



T.C.

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTÖRN VE  
ASİSTAN HEKİMLERİN DERİ KANSERLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zülküf AKBALIK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN

VAN-2024

T.C.  
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTÖRN VE  
ASİSTAN HEKİMLERİN DERİ KANSERLERİ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Zülküf AKBALIK  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN

VAN-2024

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yetişmemde büyük emekleri olan ve tez sürecinde büyük desteğini gördüğüm değerli hocam Prof. Dr.Hüseyin Avni ŞAHİN'e,

Rotasyon yaptığım bölümlerde bana emeği geçen değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimi sürecinde beraber çalıştığım bölüm arkadaşlarıma,

Verilerimin toplanmasına yardımcı olan intörn arkadaşlarıma,

Ve desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen aileme,

Çok teşekkür ederim  
Dr. Zülküf AKBALIK

## ÖZET

**AKBALIK Z, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İntörn ve Asistan Hekimlerin Deri Kanserleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van, 2024.**

**Amaç:** Bu çalışmada Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki asistan ve intörn hekimlerin deri kanserleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Yüz yüze anket çalışmasıdır. Çalışma Ağustos- Eylül 2023 tarihleri arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütülmüştür. Çalışmaya araştırmaya katılmayı kabul eden ve onam veren asistan ve intörn hekimler dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak 36 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Sosyodemografik verileri ve deri kanserleri hakkındaki farkındalığı değerlendirmek amacıyla oluşturulan 16 soru, Literatür taranarak ve konusunda uzman hekimlere danışılarak oluşturulan deri kanseri bilgisini ölçen 20 soruluk bilgi düzeyi anketi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 93'ü (%38,7) kadın ve 147'si (%61,3) erkek olmak üzere toplam 240 hekim dahil edilmiştir. Hekimlerin %8,8'i dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde, %48,3'ü dahili bölümlerde ve %15'i cerrahi bölümlerde asistan iken %27,9'u intörn hekimdir. Bölümler arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanı olanlar ile diğer bölümler arasındaki farktan kaynaklanmış olup dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanı olanların puanı daha yüksektir. Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanlarının aldıkları ortalama puan  $18,8\pm 1,0$  iken(max. puan 20) , dahili bölüm asistanları  $13,7\pm 2,6$  puan, cerrahi bölüm asistanları  $13,9\pm 1,8$  puan ve intörn hekimler  $13,4\pm 2,4$  puan almıştır. Katılımcıların %29,6'sı deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu, %57,9'u güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu, %27,9'u deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığını düşünüyor. Katılımcıların %7,1'i Mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldığını bildirmiştir. Hekimlerin %46,7'si düzenli güneş kremi kullanıyor iken %52,9'u daha önce kendi kendine deri muayenesi yaptığını belirtmiştir.

**Sonuç:** Bu çalışma ile dermatoloji ve plastik cerrahi asistanları dışındaki asistanların ve intörnlerin deri kanseri bilgisi ve güneşten korunma davranışlarının yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlere mezuniyet sonrasında da bu konu hakkında eğitim verilmeli ve verilen eğitim ara ara tekrarlanmalıdır. Ayrıca hekimlerin deri kanserleri ve güneşten korunma yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini arttırmaları gerekmektedir. Böylelikle hem kendilerini hem de hizmet verdikleri bireyleri deri kanserinden daha iyi koruyabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** deri kanseri, güneşten korunma, bilgi, farkındalık



## ABSTRACT

**AKBALIK Z, Evaluation of the Knowledge Levels of Interns and Assistant Physicians about Skin Cancers, Van Yüzüncü Yıl University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialization Thesis, Van, 2024.**

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the knowledge level and awareness of resident and intern physicians at Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine about skin cancers.

**Method:** Our study was cross-sectional and descriptive. It is a face-to-face survey. The study was carried out between August and September 2023 at Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine. Resident and intern physicians who agreed to participate in the study and gave their consent were included in the study. A questionnaire consisting of 36 questions was used as a data collection tool. 16 questions created to evaluate sociodemographic data and awareness about skin cancers, A 20-question knowledge level questionnaire measuring skin cancer knowledge, which was created by reviewing the literature and consulting specialist physicians, was applied.

**Results:** A total of 240 physicians, 93 (38.7%) female and 147 (61.3%) male, were included in the study. While 8.8% of the physicians are assistants in the dermatology + plastic and reconstructive surgery department, 48.3% in the internal departments and 15% in the surgical departments, 27.9% are intern physicians. There was a significant difference between the departments in terms of total score ( $p < 0.001$ ). This difference was due to the difference between those who were dermatology + plastic and reconstructive surgery assistants and other departments, and those who were dermatology + plastic and reconstructive surgery assistants had higher scores. While the average score of dermatology + plastic and reconstructive surgery assistants was  $18.8 \pm 1.0$  (max. score 20), internal department assistants received  $13.7 \pm 2.6$  points, surgical department assistants  $13.9 \pm 1.8$  points and intern physicians  $13.4 \pm 2.4$  points. 29.6% of the participants think that they have sufficient information about skin cancers and precancerous lesions, 57.9% think that they have sufficient information about sun protection methods, and 27.9% think that they have received sufficient education about skin cancers. 7.1% of the participants reported that they attended any course or congress related to skin cancer before and after graduation. While 46.7% of the physicians used sunscreen regularly, 52.9% stated that they had done a self-examination before.

**Conclusion:** In this study, it was concluded that the skin cancer knowledge and sun protection behaviors of residents and interns other than dermatology and plastic surgery assistants were not sufficient. Physicians should be trained on this subject after graduation and the training should be repeated from time to time. In addition, physicians need to increase their level of knowledge about skin cancers and sun protection methods. In this way, they can better protect both themselves and the individuals they serve from skin cancer.

**Keywords:** skin cancer, sun protection, information, awareness



# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Güneş ve Güneşten Korunma.....	3
2.1.1. Güneş Işığı.....	3
2.1.2. Ultraviyole Işınları.....	4
2.1.3. Güneşten Korunma Yöntemleri.....	5
2.2. Deri.....	7
2.2.1. Derinin Yapısı ve Görevleri .....	7
2.2.2. Fitzpatrick Deri Tipleri.....	9
2.3. Deri Kanseri.....	10
2.3.1. Derinin Prekanseroz Lezyonları .....	11
2.3.2. Bazal Hücreli Karsinom .....	12
2.3.3. Skuamöz Hücreli Karsinom .....	14
2.3.4. Malign Melanom .....	18
2.4. Benign Pigmente Cilt Lezyonları.....	23
2.5. Deri Kanserinden Korunmada Aile Hekimlerinin Rolü.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi .....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Etik Kurul Onayı.....	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	26
3.6. Veri Toplama Araçları .....	26
3.7. Araştırmanın Literatüre Sağlayacağı Katkı.....	27
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	27
4. BULGULAR.....	28

5. TARTIŞMA .....	46
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları .....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
7.KAYNAKÇA.....	55
8. ÖZGEÇMİŞ .....	65
9. EKLER.....	66
9.1. Ek 1. Anket Formu .....	66
9.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu .....	69



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Elektromanyetik spektrum.....	3
Şekil 2. Derinin yapısını oluşturan epidermis, dermis ve hipodermis tabakaları.....	7
Şekil 3. Fitzpatrick deri tipleri .....	10
Şekil 4. Malign melanom erken tanısı için ABCDE kriterleri.....	20
Şekil 5. Katılımcıların bölümleri.....	29
Şekil 6. Bölümlere göre toplam puan.....	33



## TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....	28
Tablo 2. Katılımcıların mesleki özellikleri .....	28
Tablo 3. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar .....	30
Tablo 4. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar	31
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre toplam puanın karşılaştırılması .....	32
Tablo 6. Katılımcıların mesleki özelliklerine göre toplam puanın karşılaştırılması.....	32
Tablo 7. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre toplam puanın karşılaştırılması .....	34
Tablo 8. Yaş ile toplam puan korelasyonu .....	35
Tablo 9. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumunun karşılaştırılması.....	35
Tablo 10. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumunun karşılaştırılması .....	36
Tablo 11. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığını düşünme durumunun karşılaştırılması .....	37
Tablo 12. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katılma durumunun karşılaştırılması .....	38
Tablo 13. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etme durumunun karşılaştırılması .....	39
Tablo 14. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre ailede veya yakınlarda deri kanseri öyküsüne sahip birinin olma durumunun karşılaştırılması .....	40
Tablo 15. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre düzenli güneş kremi kullanma durumunun karşılaştırılması.....	41
Tablo 16. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre daha önce deri malignitesi şüphesiyle biyopsi alınma durumunun karşılaştırılması .....	42
Tablo 17. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre daha önce kendi kendine deri muayenesi yapma durumunun karşılaştırılması .....	43

Tablo 18. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon varlığının karşılaştırılması.....	44
Tablo 19. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon varlığında yaklaşımının karşılaştırılması.....	45



## SİMGELER VE KISALTMALAR

**UV:** Ultraviyole

**IR:** Kıızıl ötesi=İnfrared

**MDDK:** Melanoma dışı deri kanserleri

**MM:** Malign melanoma

**BHK:** Bazal hücreli karsinom

**SHK:** Skuamoz hücreli karsinom

**DFSP:** Dermatofibrosarkom protuberans

**SPF:** Sun Protection Factor

**HPV:** Human papilloma virüsü

**YYMM:** Yüzeyel yayılan malign melanom

**NMM:** Nodüler malign melanom

**LMM:** Lentigo malign melanom

**ALMM:** Akral lentiginöz malign melanom

**KMN:** Konjenital melanositik nevüs

**YYÜTF:** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi

**IARC:** International Centre for Research on Cancer

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DNA:** Deoksiriboz nükleik asit

**RCM:** Reflectance confocal microscopy

**MPM:** Multiphoton microscopy

**OCT:** Optical coherence tomography

**PUVA:** Psoralen Ultra-Violet A

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**KKDM:** Kendi kendine deri muayenesi

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deri hücrelerinden ve derinin eklerinden köken alan kanser türüne deri kanseri denir. Deri kanserleri başlıca melanom ve melanom dışı deri kanserleri olarak ikiye ayrılır. Köken aldıkları hücreye göre isimlendirilir. En sık görülen tipleri Bazal hücreli karsinom(BHK) skuamöz hücreli karsinom(SHK) ve malign melanom(MM)dur. Nadir görülen tipleri de vardır. Bunlardan bazıları Kutanöz T hücreli lenfoma, dermatofibrosarkom protuberans (DFSP), Merkel hücreli karsinom, sebaseöz karsinomdur (1,2).

En yaygın görülen deri kanseri tipi bazal hücreli karsinomdur. Melanositik olmayıp bazal tabakadan kaynaklanır (3-4). En yaygın ikinci deri kanseri skuamöz hücreli karsinomdur (5). Melanositlerden gelişen bir neoplazma olan malign melanom ise en agresif deri tümörlerindedir. Sık metastaz yapma ve yüksek mortalite oranına sahiptir. Ayrıca tedaviyede oldukça dirençlidir (6).

Dünya çapında sık görülen kanserlerden biri olan deri kanserinin insidansı giderek artmaktadır. Ozon tabakasının incelmeye başlaması, dünya nüfusunun yaşlanması, yaşam süresinin uzaması, yaşam tarzı değişiklikleri, iklim değişiklikleri, değişen giyim tarzı ve açık alan aktivitelerinin yaygınlaşması bu artışın başlıca nedenlerindedir (7,8). 2018'de dünyada bildirilen kanserlerin %1,6'sını melanom, %5,8'ini melanom dışı deri kanseri(MDDK) oluştururken 2020'de bu oranlar sırasıyla %1,7 ve %6,2'ye yükselmiştir (9,10). 2007'de 5,8 milyon olan melanom dışı deri kanseri insidansı %33 artarak 2017 de 7,7 milyona yükselmiştir (11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında dünyada 325.000 melanom ve 1.2 milyon melanom dışı deri kanseri(MDDK) yeni vaka olarak tespit edilmiştir. 2020 yılında dünya genelinde melanoma bağlı 57.000 ölüm bildirilirken melanom dışı deri kanserinde bu sayı 64.000 dir (9). Ülkemizde bu oranlarla ilgili az sayıda veri bulunmaktadır. 2017 yılında Kanser Kayıt Merkezi verilerine göre her 100.000 kişide melanom insidansı erkeklerde 1,7 kadınlarda 1.2; MDDK insidansı ise erkeklerde 25,5 kadınlarda 16,7 dir (12).

Ultraviyole(UV) maruziyeti deri kanseri için en önemli risk faktörüdür. UV maruziyetinin azaltılmasıyla deri kanserlerinin büyük oranda azaltılabileceği düşünülmektedir. UV maruziyeti aynı zamanda değiştirilebilir bir risk faktörü olduğundan büyük önem arz etmektedir (13). Diğer risk faktörleri arasında çevresel

kanserojenler, aile öyküsü, displastik nevüsler, çocukluk çilleri, güneş yanıkları, açık cilt gibi risk faktörleri sayılabilir (14).

Birçok kanser türünde olduğu gibi deri kanserinde de erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Deri kanserlerinde hekimler tarafından çıplak göz veya dermaskop gibi basit muayene yöntemleri kullanılarak prekanseröz lezyonlar, ileri araştırma gerektirecek veya takip edilecek lezyonlar tespit edilebilir. Erken teşhis hasta sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Aynı zamanda erken teşhis edilen prekanseröz bir lezyon veya deri kanserinde tedavi maliyetleri de en aza indirilerek ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır. Sağlık çalışanlarının iş yükünde de hafifleme sağlayacaktır.

Hastalar tüm klinik bölümlerine deri ile ilgili şikayet ile başvurabilmektedirler. Deri muayenesi de kolay yöntemlerle yapılabilmektedir. Hekimlerin bu konuda bilgi ve tecrübe sahibi olması, hastayı muayene etmesi, muayene sonrasında tedavi veya sevk etmesi hem hasta sağlığı açısından hemde yukarıda saydığımız nedenlerden ötürü oldukça önemlidir.

Bu çalışmadaki amacımız ülkenin her tarafına dağılıp çeşitli birimlerde görev yapacak asistan ve intörn hekimlerimizin deri kanserleri hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek, buna yönelik farkındalık oluşturmak ve gerektiğinde eğitim birimleriyle iletişime geçip deri kanserleri konusunda eğitim, seminer, konferans benzeri bilgilendirici faaliyetlerde bulunmalarını sağlamaktır. Hekimlere sorulan sorularla kendi kendine deri muayenesi, güneş kremi kullanımı veya kendilerinde herhangi bir lezyonun olup olmadığı ve varsa bu lezyona yönelik ne yaptıkları gibi konular da irdelenerek farkındalığın artması hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

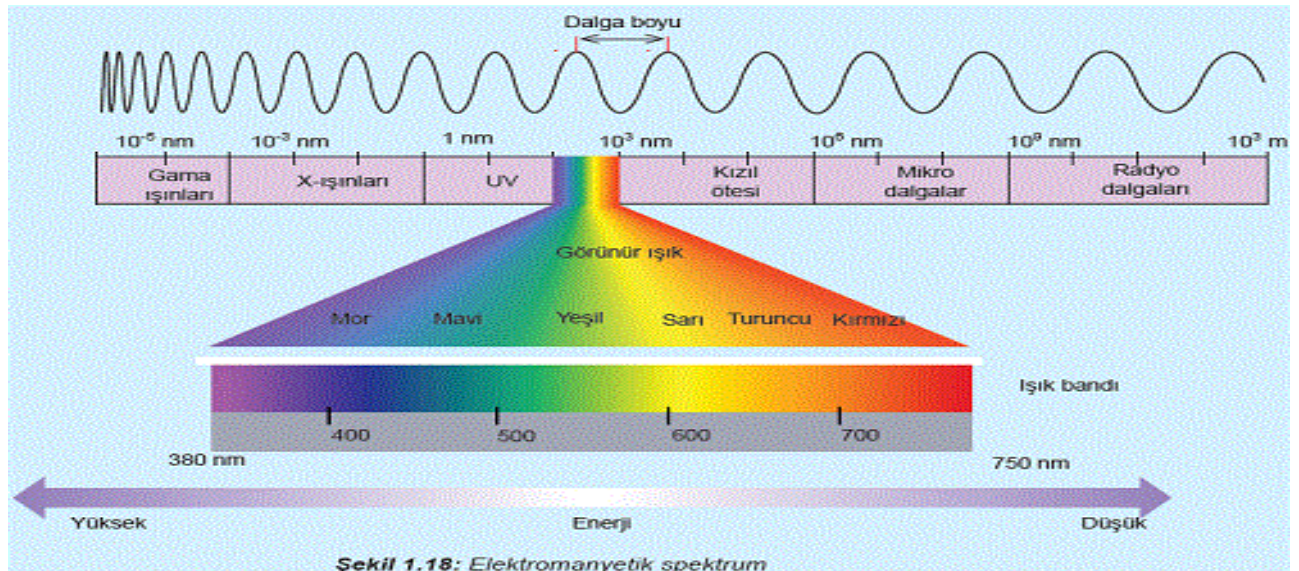
### 2.1. Güneş ve Güneşten Korunma

#### 2.1.1. Güneş Işığı

Güneş ışığı; güneşten yayılan, uzayda 300.000 km/s gibi inanılmaz bir hızla ilerleyen farklı dalga boylarından oluşan elektromanyetik radyasyon enerjisidir. Bize gereksinimiz olan ışık ve ısı enerjisini sağlar. Biyolojik yaşam ve insan fizyolojisi için gerekli bir düzenleyici olan güneş ışığı bunun yanında tarımda, ısınmada ve daha birçok alanda kullanılan enerji kaynağıdır. Birçok yararlı etkileri ve bunun yanında zararlı etkileri de vardır. Görme duyusu, D vitaminin sentezi, patojenlerin yok edilmesi, fotosentez, ciltteki melaninin koruma fonksiyonuna yol açan sağlıklı bronzlaşma ve insan psikolojine olumlu etkisi gibi yararlı etkileri vardır (15). Bu yararlı etkilerinin yanında pigmentasyon artışı, deri kanseri, ciltte yaşlanma, güneş yanığı gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilmektedir (16).

Güneş radyo dalgaları, mikrodalga, görünür ışık, gama ışınları, X ışınları, ultraviyole radyasyon, kızılötesi radyasyonun kaynağıdır. Işık türleri elektromanyetik spektrumda frekans ve dalga boylarına göre sıralanır (17).

Sekil 1. Elektromanyetik spektrum (18)



Güneş ışığının sadece belli bir kısmı ozon tabakasını aşarak dünyamıza ulaşır. Bu ışınlar %6 UV, %52 görünür ışık ve %42 kızılötesi radyasyon olmak üzere 3 dalga boyu bileşeninden oluşmaktadır (19).

### 2.1.2. Ultraviyole Işınları

Elektromanyetik spektrumda X ışınları ile görünür ışık arasında yer alır. İyonize olmayan radyasyon sınıfındadır. Biyolojik etkilerine ve dalga boylarına göre başlıca 3 gruba ayrılır. Bunlar UVA, UVB, ve UVC dir (20). Güneş dışında yapay UV kaynakları da vardır. Bunlara fototerapi ve bronzlaşma lambaları, endüstriyel uygulamalar, aydınlatma amaçlı kullanılan floresanlar örnek verilebilir (21).

**UVA:** Yeryüzüne ulaşan ultraviyolenin büyük bir kısmını oluşturur. Diğer UV ışınlarına göre daha düşük enerjili ve daha az tehlikelidir. Derinin derinlerine penetre olup dermis ve epidermiste etkindir. Erken yaşlanmaya neden olması başlıca zararlıdır. Diğer UV ışınları kadar kanserojen olmasada deri kanseri oluşmasına neden olabilmektedir (22).

**UVB:** Ultraviyole bandının ortalarında yer almaktadır. UVA'dan tahmini 1000 kat daha kuvvetlidir. İnsanlar üzerinde önemli etkileri vardır. Bunlar ileri yaşta katarakt, geçici körlük, korneanın zedelenmesi ve en önemlisi bağışıklık sistemini zayıflatmasıdır. Deri kanserine neden olmaktadır. Ozon tabakası tarafından absorbe edilerek büyük kısmının dünya üzerine ulaşması engellenmektedir. Solaryum lambalarında ve endüstriyel ışıklandırma sistemlerinde kullanılmaktadır (23).

**UVC:** En kanserojen ultraviyole türüdür. Atmosferdeki ozon ve moleküler oksijen tarafından absorbe edilerek yeryüzüne ulaşması engellenir (22).

Ultraviyole ışınlarına makul miktarda maruz kalmanın yararlı etkileri vardır. D vitamini sentezini sağlar, stresi azaltır, zihinsel aktiviteyi artırır ve duygu-durumun düzenlenmesinde rol oynar. Atopik dermatit ve psöriyazis gibi bazı hastalıklarda da tedavi aracı olarak kullanılabilir (24). UV radyasyonu deride bazı değişikliklere yol açar. Güneş yanığı, epidermal hiperplazi, pigmentasyon artışı akut etkilerindenken, fotokarsinogenez ve fotoyaşlanma kronik etkilerindedir (25).

**Fotoyaşlanma:** Kronik olarak güneşe maruz kalmanın sonucunda ciltte fotoyaşlanma meydana gelmektedir. Başlıca belirtiler kuruluk, çiller, düzensiz pigmentasyon, kalıcı pigmentasyon, kırışıklık ve telanjiektazilerdir. Bu bulgular genellikle yüz, boyun ve üst ekstremitelerde bulunur. Geçmişte güneşe çok fazla maruz kalmış açık tenli bireylerde daha fazla görülür. Fotokarsinogenez ve güneş yanıklarında UVB daha fazla rol oynarken fotoyaşlanmadan UVA'nın önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (26).

**Fotokarsinogenez:** Ultraviyole deriye ulaştıktan sonra derideki kromoforlar tarafından absorbe edilmektedir. Bunlardan biriside DNA'dır ve DNA hasarı meydana getirebilmektedir. DNA tarafından absorbe edilen ultraviyole, siklobütan primidin dimerleri gibi fotoürünler oluşturan bir takım fotokimyasal reaksiyonlar meydana getirir. Epiderminin bazal katmandaki DNA fotoürünlerini indüklemek için en etkili dalga boyuna UVB sahipken bunun yanında UVA da pirimidin dimerleri üretebilmektedir (27,28). DNA hasarı oluştuktan sonra çeşitli onarım mekanizmaları devreye girer ve çoğunlukla hasar başarılı bir şekilde düzeltilir. Bu hasarların yanlış onarılması epidermal hücrelerde mutasyona yol açar ve böylelikle karsinogenez başlar (29).

Atmosferi geçerek bize ulan bir ışın türünde IR(kızıl ötesi=infrared ışınlar) ışınlarıdır. IR ışınların IRA, IRB, IRC olmak üzere 3 türü vardır. IRB ve IRC cilde penetre olmaz ama IRA hipodermis ve dermise penetre olur ve ciltte fotoyaşlanma ve fotokarsinogenezde rol oynayabilmektedir (30). IR ışınlarının bir diğer etkisi ise ciltte ısı artışına neden olmaktadır. Buda elastozu ve kollajen yıkımını arttırmakta ve inflamasyonu tetiklemekte bu şekilde fotoyaşlanmada rol oynayabilmektedir (31).

### **2.1.3. Güneşten Korunma Yöntemleri**

Maligniteler ortaya çıkmadan onları önlemeye çalışmak ve onlara neden olabilecek etkenleri ortadan kaldırmak kanserle savaştaki en etkili yollardan birisidir. Deri kanserinin etyojisinde UV ışınlarının ve onlardan kaynaklanan mutasyonların rolü bilinmektedir. UV maruziyetini azaltmanın deri kanseri gelişiminin önlenmesinde büyük faydaları olacağı kesindir. Bundan dolayı başlıca güneş ışığı ve bronzlaşma yatakları gibi UV maruziyetine neden olabilen kaynaklara daha az maruz kalınmasının büyük etkisi olacaktır (32,33). Bunu sağlamanın ilk adımı güneşin zararlı etkileri ve güneşten korunma yöntemleri hakkında insanları bilgilendirmektir. Böylelikle farkındalık artar ve insanlar ona göre davranmaya başlarlar (34).

DSÖ güneşten korunma konusunda çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şöyledir; güneşe en yoğun maruz kalınan öğlen saatlerinde maruziyeti azaltın, koruyucu elbise giyin, gölge arayın, yüz, boyun ve gözlerinizi koruyacak geniş kenarlı şapka takın, güneş gözlüğü takın ve geniş spektrumlu güneş kremi kullanın, solaryumdan kaçının, bebekleri ve küçük çocukları koruyun (35).

10:00-16:00 saatleri arası güneş ışığının en yoğun olduğu saatlerdir. Bu saatlerde mümkün oldukça güneş ışığına maruz kalınmamalıdır. Dışarı çıkmamak veya o saatler arasında açık alanda etkinlik yapmamakla maruziyet azaltılabilir. Eğer o saatlerde dışarı çıkılacaksa veya herhangi bir etkinlik yapılacaksa en azından şemsiye, gölgelik vs. gibi gölgeliklerin sağlanması gerekmektedir (36). Baş ve boyun güneş ışınlarından en çok etkilenen bölgelerdir. Bu bölgelerin geniş kenarlı şapkalar kullanılarak korunması etkili bir yöntemdir. Doğrudan güneş ışınları altında insan saçı düşük koruyuculuk sağladığından şapka kullanılması gerekli hale gelmektedir (37).

Ultraviyole ışınları gözlerde hasara sebebiyet verebilir ayrıca göz kapaklarında da maligniteye neden olabilmektedir. Bu nedenle güneş gözlüğü kullanmak önem arz etmektedir. Gözlerin etrafına sarılacak şekilde tasarlanan güneş gözlükleri göz ve göz kapağının korunmasını arttırmaktadır (38).

Ultraviyole ışınlarında korunmak için giysiler iyi birer koruyucudurlar. Kolay bulunup, pratik olarak kullanılmalarının yanında ıslanmadıkları sürece koruyuculuklarında da azalma olmaz. Daha önce yapılan bir çalışmada nevüs gelişiminin azaltılmasında, uygun kıyafet giymenin etkili olduğu tespit edilmiştir (39). Seçilecek giysilerin özellikleri de önemlidir. Daha koyu giysilerin daha açık renklilere göre ve daha sıkı örgülü giysilerin daha gevşek giysilere göre UV koruyuculuğu fazladır. Ayrıca pamuk ve keten gibi malzemelerden yapılmış giysiler, polyester ve yün gibi sentetik malzemelerden yapılmış giysilere oranla daha az koruyucudur (40).

Güneşten etkili bir korunma için diğer önlemlerin yanında güneş kremi kullanmakta oldukça önemlidir. Topikal olarak kullanılan güneş kremleri, düzenli olarak kullanıldığında cilt yaşlanması, cilt lekeleri, deri kanseri gelişimi ve güneş ışınlarının diğer akut ve kronik zararlı etkilerinden korunma sağlanmasında önemli rol oynar (41). Güneş kremlerinin daha fazla koruma sağlaması için dışarı çıkmadan en az 15-30 dakika önce uygulanması ve en az 30 SPF içermesi önerilmektedir. Güneş kremlerinde bulunan koruma faktörü SPF(Sun Protection Factor) olarak adlandırılmaktadır. SPF güneş ışınlarının yakma etkisini bloke etmektedir. Güneş kremlerindeki SPF miktarı değişebilmektedir ve SPF derecesi güneş kreminin güneşin yakma etkisini ne kadar bloke ettiğini göstermektedir (42).

Günümüzde genellikle bronzlaşmak amacıyla kullanılan solaryum cihazları güneşe oranla 10-15 kat fazla miktarda UVR yayabilmektedir. Solaryum cihazlarının SHK, BHK, immünsüpresyon, cilt yanıkları, fotoyaşlanma, kutanöz melanom ve oküler melanom gelişme riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (43).

## 2.2. Deri

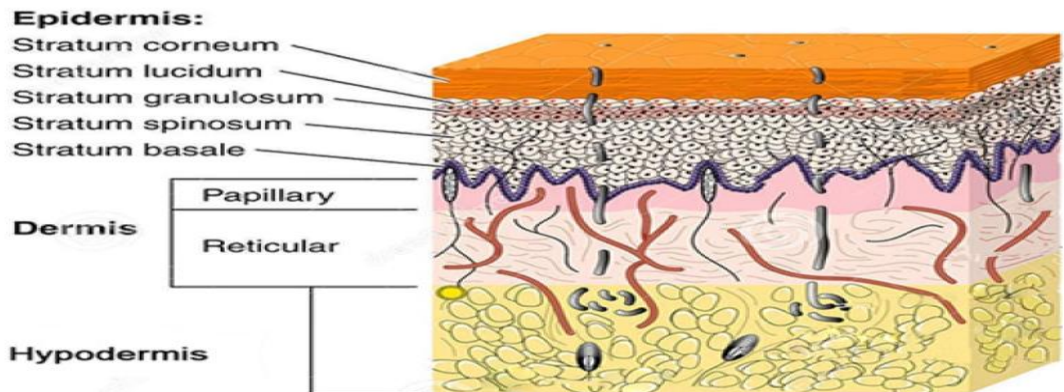
### 2.2.1. Derinin Yapısı ve Görevleri

Deri vücudumuzdaki en büyük organdır. Kişiye göre değişmekle beraber yaklaşık 3-3,5 kg ağırlığında ve 1,6-1,8 m<sup>2</sup> yüzey alanına sahiptir ve vücudumuzu bir örtü şeklinde sarar (44).

Derinin çok çeşitli işlevleri ve görevleri vardır. Deri içerisinde sinir sistemi bulunur ve bu sistem sayesinde kişinin dış dünyayla olan bağlantısı sağlanır. Soğuk, sıcak, kaşıntı, dokunma, ağrı gibi duyumları deri sayesinde hissederiz. Vücut ısısının düzenlenmesinde, terlemede rol alır. Ayrıca immünolojik fonksiyonu da vardır, bu fonksiyonunu içerdiği hormonlar ve sitokinler vasıtasıyla yapar. İçerdiği melanin pigmenti UV ışınlarının deri hücrelerinde DNA hasarına neden olmasına engel olur. Bunların yanında derinin en temel işlevi fiziksel bariyer görevi görüp vücudu korumaktır (45). Derinin ayrıca kimyasal ve mikrobiyal tehditlere karşı koruma, sentezleme, depolama, su ve elektrolit regülasyonu, boşaltım, vitamin D sentezi, emilim ve sekresyon gibi görevleri de vardır (46,47).

Deri epidermis, dermis ve hipodermis olarak adlandırılan üç tabakadan oluşur (48).

Şekil 2. Derinin yapısını oluşturan epidermis, dermis ve hipodermis tabakaları



**Epidermis:** Keratinize çok katlı yassı epitelden oluşur. 5 tabakaya sahiptir. Bunlar dıştan içe stratum korneum, stratum lusidum, stratum granulozum, stratum spinosum ve stratum bazale olarak sıralanır. Epidermis tabakası yaklaşık her 15-20 günde bir yenilenir (49).

Epidermisteki hücrelerin büyük kısmı keratinositlerden oluşur. Stratum bazale en alttaki tabakadır ve tek sıra bazal hücrelerden oluşur ve bu bazal hücreler keratinositlerin öncüsüdür. Bu tabakada dokunma duyusunu ileten merkel hücreleri bulunur. Ayrıca melanosit hücreleride bu tabakadadır. Melanositler melanin pigmenti üretir ve bu melanin pigmenti saça ve cilde rengini verir. Melanin aynı zamanda epidermisteki canlı hücrelerin çekirdeklerinde bulunan DNA nın, UV radyasyonunun neden olabileceği hasarlardan korunmasına yardımcı olur. Stratum bazalenin üstünde bulunan ikinci tabaka stratum spinosumdur. Makrofaj görevi gören langerhans hücreleri bu tabakadadır. Langerhans hücreleri yabancı parçacıkları, hasarlı hücreleri ve keratinositlerin arasındaki bakterileri yutarak makrofaj görevi görür. Alttaki tabakada oluşan hücrelerin üst üste birikmesi ve evrimleşmesiyle üçüncü tabaka olan stratum granulosum oluşur. Dördüncü tabaka olan stratum lucidum ise sadece derinin kalın olduğu ellerin avuç içlerinde ve ayak tabanında bulunur. Beşinci ve en üstteki tabaka stratum corneumdur ve buradaki hücrelerin neredeyse tümü ölü hücrelerdir. Epidermiste kan damarları bulunmadığı için beslenmesini dermis tabakasının hücreleri arasından diffüzyonla geçen doku sıvıları ile sağlar (50).

**Dermis:** Dermis kıl follikülleri, ter bezleri, yağ bezleri, kan damarları, sinirler, glikozaminoglikanlar, kollajen ve elastin liflerden zengin bağ dokusu içerir. Cilde gerilme ve esneklik işlevi kazandırarak mekanik destek sağlar (46).

Epiderminin altında bulunan dermis iki ayrı tabakadan oluşur. Bunlardan üstte bulunan papiller dermis makrofaj, lökosit ve mast hücrelerinin daha yoğun olduğu tabakadır. Dermisin ikinci tabakası ise tip 1 kollajen başta olmak üzere liflerin daha yoğun olarak bulunduğu retiküler dermistir (51). Papiller dermis retiküler dermise göre daha incedir, farklı tipte savunma hücreleri, serbest sinir uçları ile dokunma ve basınç algılayıcı yapıları bulundurur. Papiller dermis parmak benzeri çıkıntılara sahiptir, bu sayede epidermise güçlü bir şekilde tutunur. Ayrıca bu çıkıntılar sayesinde daha fazla kılcal damarlar ile epiderminin beslenmesini sağlar (52).

Retiküler dermis, papiller dermisin altında bulunur. İçerisinde ter bezleri, yağ bezleri, kıl hücreleri, kas hücreleri ve bu yapıları birarada tutan ve onlara destek sağlayan bağ dokusu hücreleri bulunur. Ayrıca içerdiği kalın ve elastik lifler sayesinde bir ağ yapısı oluşturur (52).

Elastin deriye esneklik kazandırırken, kollajen ise dayanıklılık kazandırır. Güneşe maruziyet ve yaşın ilerlemesi ile kollajen yapısı bozularak elastik lifler azalır. Böylece zamanla cilt elastikiyetini kaybederek kırışıklar oluşmaya başlar (53).

**Hipodermis:** En alt tabaka olan hipodermis cildi kas fasyasına bağlayan yapıdır. Bol yağ dokusu ve gevşek areolar bağ dokudan oluşur ve iyi bir damar yapısına sahiptir. Mekanik tampon görevi görerek travmaya karşı koruyuculuk sağlar. Ayrıca enerji deposu olarak görev görür ve sıcaklık dalgalanmalarına karşı vücudu korur (50).

### 2.2.2. Fitzpatrick Deri Tipleri

Derinin rengi içerdiği hemoglobin, karotenoidler ve melanin pigmentine bağlı olarak şekillensede rengi sağlayan ana pigment melanindir. Melanin küçük, koyu kahverengi, siyah granüller şeklinde derinin hücrelerinde bulunur ve derinin çeşitli tabakalarında dağılmıştır. Melanin ışığı absorbe ederek, dağıtarak ve yansıtarak deri renginin belirlenmesinde rol oynar (54). Melanin epidermis tabakasında bulunan melanositlerden sentezlenir ve birçok dokuda bulunur. Melanin sayesinde epidermisteki hücreler güneş ışığının zararlı etkilerinden korunur. Fazla güneş maruziyetinde güneşin zararlı etkilerden korunmak için melanin pigmenti çoğalarak deriye daha esmer bir renk verir ve bu şekilde deriyi korur (46).

Dr. Thomas FİTZPATRİCK bireylerin ten rengi, göz rengi, saç rengi gibi özelliklerine ve güneş maruziyeti sonrası oluşan cilt reaksiyonlarını değerlendirerek, 1975 yılında kendi ismini verdiği bir deri tipi sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Fitzpatrick deri tipleri altı çeşittir ve 1'den 6'ya doğru melanin içeriği giderek artmakta, cilt kanseri geliştirme yatkınlığı ve güneş hasarına hassasiyet ise azalmaktadır (55). Tip I ve tip II deri kanseri açısından en riskli gruplardır ve diğer tiplere göre daha beyazdır. Tip VI en fazla melanin içeren tiptir ve daha siyahtır (56).

### Şelil 3. Fitzpatrick deri tipleri

Tip I	Her zaman kolaylıkla yanar ve hiçbir zaman bronzlaşmaz.
Tip II	Genellikle kolay yanar ve çok zor bronzlaşır.
Tip III	Bazen yanar ve zamanla orta derecede bronzlaşır.
Tip IV	Nadiren yanar ve kolaylıkla bronzlaşır.
Tip V	Çok nadiren yanar ve çok çabuk bronzlaşır.
Tip VI	Güneş yanığı oluşmaz, çok kolay bronzlaşır.

Kaynak: (56) Araştırmacı tarafından düzenlenmiştir.

### 2.3. Deri Kanserleri

Deri kanserinin insidansı ülkemizde ve dünyada giderek artmaktadır. ABD’de beyaz ırkta en sık görülen kanser tipi olduğu bilinmektedir (57). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kanser tanısı alan her 3 kişiden biri deri kanseridir (58).

Ozon tabakası stratosferde bulunur ve dünyayı çevreler. Zamanla zarar görüp incilmesi nedeniyle UV ışınları yüksek düzeyde yeryüzüne ulaşır. Bundan dolayı zaman geçtikçe güneş ışığının zararlı etkisi daha da belirgin hale gelir ve deri kanserlerinin görülme oranı gittikçe artar (59). Özellikle yoğun güneş maruziyeti, artmış deri kanseri ile ilişkilidir (60).

Deri kanseri oluşumunda güneş ışığı en büyük risk faktörüdür ama bunun dışında çeşitli çevresel ve genetik risk faktörleri de mevcuttur. Çocukluk çağında güneş yanığı öyküsü olması, sigara kullanımı, yapay UV kaynakları(solaryum), kimyasal maddeler, iyonizan ışınlar ve ilaçlar(hidrokarbonlar, psoralenler, mekloretamin) bazı çevresel risk faktörlerine örnek gösterilebilir. Açık ten rengine sahip olmak, vücutta çok sayıda ben olması, renkli göze sahip olmak ve ailede deri kanseri öyküsüne sahip olmak genetik etmenlere örnek gösterilebilir (61).

Deri kanserleri köken aldıkları hücreye göre sınıflandırılmaktadır. Başlıca melanom ve melanom dışı deri kanserleri olarak ikiye ayrılır. BHK, SHK ve MM en sık görülen deri kanseri tipleridir. Bunlar dışında deri eklerinden gelişen kanserler, lenfomalar ve çok nadir görülen tümörler de vardır. Bunlara dermatofibrosarkom protuberans(DFSP), Merkel hücreli karsinom, sebaceöz karsinom, Kutanöz T hücreli lenfoma örnek verilebilir. (1,2)

Deri kanserlerinden en sık görüleni BHK'dır. Tüm deri kanserlerinin %79'unu oluşturur. İkinci en sık görüleni tüm deri kanserleri arasında %14 sıklıkla görülen SHK'dur. Bunları %5 sıklıkla görülen melanom ve diğer deri maligniteleri takip eder. Bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom melanom dışı deri kanserleridir ve keratinosit karsinomları olarak da adlandırılmaktadır. Malign melanom deri kanseri tanılarının %5 ini oluşturmasına rağmen tüm deri kanserleri arasında mortaliteye en sık neden olmaktadır. Bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom malign melanoma göre daha az öldürücüdür. BHK ve SHK genelde baş ve boyun kısmına yerleştikleri için hastalarda daha çok estetik ve fonksiyonel bozukluk oluşturarak önemli morbiditeye neden olurlar (62).

Melanom dışı deri kanserleri genellikle iyi prognozludur. Son yıllarda görülme insidansı %3-8 oranında arttığı tahmin edilmektedir. Giderek insidansının artması, geç tanı ve yetersiz tedavi sonucunda insan derisinde şekil bozukluğuna neden olması ve devlet ekonomilerine getirdiği yük nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (63).

### **2.3.1. Derinin Prekanseröz Lezyonları**

Deride bulunan bazı lezyonlar normalde iyi huyludurlar ama seyirlerinin herhangi bir döneminde maligniteye dönüşme ihtimalleri vardır. Seyirlerinin herhangi bir döneminde %10'un üzerinde maligniteye dönüşebilen lezyonlara prekanseröz lezyonlar denilir. Bu lezyonları erken evrede tanımak ve eşlik edebilecek malign hastalıklar açısından hastayı taramak hayati önem taşımaktadır. Erken evrede tanınan prekanseröz lezyonun deri kanserine dönüşmeden sık kontrollerle takip edilmesi ve tedavisine erken başlanması hem hastanın sağlığı açısından hem de sağlık harcamalarının en aza indirilmesi açısından oldukça önem teşkil etmektedir (64).

Prekanseröz lezyonlardan malign nevüsler ve lentigo maligna, malign melanoma dönüşme potansiyeli taşıırken, lökoplazi, eritroplazi, kornu kutane, Queyrat eritroplazisi, Bowen hastalığı, aktinik keratoz, aktinik keilitis, arsenik keratozu, kronik radyasyon keratozu, viral keratozlar, termal keratozlar, hidrokarbon keratozları, kronik skar keratozları ve reaksiyonel keratozlar skuamöz hücreli karsinoma dönüşme potansiyeli taşırlar (65). Prekanseröz lezyonlardan aktinik keratozun hem melanom hem de melanom dışı deri kanseri gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir (66).

### 2.3.2. Bazal Hücreli Karsinom

Bazal hücreli karsinom epiderminin bazal tabakasındaki non-keratinize hücrelerden ve bazal tabakanın uzantılarından köken alan ve en yaygın görülen deri kanseridir. Bu tümörler genellikle lokal invazivdirler ama nadiren de olsa metastatik özellik gösterebilirler ve çıktıkları bölgedeki deri ve çevresindeki yapılara zarar verebilirler. Bazal hücreli karsinomun görülme sıklığı yaşın ilerlemesiyle artar. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha fazladır ve erkek/kadın oranı yaklaşık 3/2 dir. Genellikle güneş gören alanlar olan baş, boyun ve üst ekstremitelerin proksimalinde görülen bu tümörler özellikle burunda yerleşim gösterir ve mukozal yüzeylerde tutulum göstermez. Gelişiminde genetik, çevresel ve fenotipik özellikler rol oynar. BHK için en önemli risk faktörü güneş ışığına ve UV radyasyonuna maruz kalmaktır. Kronik arsenik maruziyeti, uzun süreli immunsupresif tedavi ve radyoterapi diğer risk faktörleri arasında sayılabilir (67,68).

Kişilerin UV'ye duyarlılığı da bazal hücreli karsinomun gelişiminde riski arttıran önemli bir faktördür. Fitzpatrick deri tiplerinde tip 1 ve tip 2 deri tipine sahip olan, açık ten rengine sahip olan, mavi-yeşil göz rengine sahip olan ve kıvrık saçlara sahip olan bireyler daha yüksek riske sahiptirler. Bronzlaşmak için solaryuma gitmek, güneş yanığı geçirmiş olmak ve ailede deri kanseri öyküsünün varlığı da riski arttıran nedenlerdendir (69).

Bazal hücreli karsinomun metastaz yapma ihtimali oldukça düşüktür bu nedenle nadiren ölümcül seyreder ama lokal invazyon gösterdiğinde ve bazı durumlarda ciddi morbiditelere neden olabilmektedir (70). Bazal hücreli karsinom değişik görünümde ortaya çıkmaktadır. Genellikle ülser bir nodül, eritemli ve pullanma gösteren bir plak veya telenjiektatik damarlanmaları olan pembe-beyaz bir papül şeklinde kendini gösterebilmektedir. Bazen pigmentasyon gösterdiğinden malign melanomla karıştırılabilir (71). Zamanında tedavi edilmezse veya yetersiz tedavi durumlarında lokal invazyon göstererek ülserasyon, enfeksiyon, kanama ve şekil bozukluklarına yol açabilir ve burun, kulak, göz gibi organlarda işlev bozukluklarına yol açıp önemli morbiditelere neden olabilir (62).

Bazal hücreli karsinomun insidansı ırka, enleme, güneş maruziyetine ve coğrafi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Melanom dışı deri kanserlerinin %75'ini oluşturan bazal hücreli karsinom dünyada en sık görülen kanserdir. 100.000 kişi başına

bildirilen yıllık insidans oranı >1000/100.000 ile Avustralya en yüksek insidansa sahipken bu oran İngiltere, Kenya ve Japonya'da en düşüktür (72,73).

### **Bazal Hücreli Karsinomun Alt Tipleri**

Bazal hücreli karsinomun klinik ve histopatolojik incelemeye göre 5 ana alt tipi vardır.

**1. Nodüler BHK:** Tüm bazal hücreli karsinomların %60'ını oluşturur ve en yaygın görülen tipidir (74). Sıklıkla yüz, yanaklar, alın, nazolabial kıvrımlar, göz kapakları ve özellikle burun gibi güneş gören baş ve boyun bölgelerinde ortaya çıkar. Tipik olarak üzerinde telenjektazisi olan parlak, pembe veya ten rengi bir nodül veya papül olarak karşımıza çıkar. Hastaların ana yakınmaları genellikle kabuklanma ve tekrarlayan kanamalardır. Tümör zamanla büyüyebilir ve merkezden ülserleşip kemirgen ülser görünümü verebilir. Bu ülserler 'Rodent ülser' olarak adlandırılır. Pigmentli nodüler BHK koyu tene sahip olan bireylerde daha yaygındır (75,76).

**2. Yüzeysel BHK:** Bazal hücreli karsinomun en sık görülen ikinci alt tipidir(%10). Klinik olarak psöriasis veya egzama gibi inflamatuvar dermatozlara benzer şekilde pullu, pembe-kırmızı makül ve yama şeklinde görülebilir. Sıklıkla yüzeysel ülserasyonlar, eritematöz veya akıntılı bir lezyon şeklinde görülür. Genellikle gövde ve ekstremitelerde görülebilen yüzeysel BHK'un sık olarak görüldüğü alanlar göğüs, sırt ve omuzlardır. İyi sınırlıdır ve genellikle sınırları yuvarlak veya ovaldir. Yüzeysel BHK'nın bazı bölümleri zamanla nodüler BHK'ya dönüşebilirken, pigmente varyantları izlenebilir ve çoklu lezyon şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Yüzeysel BHK daha gençlerde görülürken, nodüler BHK daha yaşlılarda görülür (75,76).

**3. Mikronodüler BHK:** Nodüler BHK'ya benzer histolojik özelliklere sahiptir. Çok sayıda nodülden oluşur. Lokal nüks riski solid tipe göre çok daha fazladır (75).

**4. Fibroepitelyal BHK (Pinkus'un fibroepitelyoması):** Nadir görülür ve yavaş büyür. Daha çok gövdede yerleşir ve sıklıkla sırtın alt kesiminde görülür. Genellikle sapsız papül nodüler, eritemli sesil plak veya pembe papül şeklinde görülür. Amelanotik melanom, fibroepitelyal polip veya non-pigmente seboreik keratozla karıştırılabilirler (3,70).

**5. Morfeiform BHK:** Diğer varyantlara göre daha nadir görülen bu tip derin subkutisi infiltre etme eğilimindedir. Morfreiform bazal hücreli karsinom diğer tiplere göre daha agresif seyreder. Şekli beyaz endure plak gibidir ve skara benzer bu nedenle tanısı zordur ve genellikle geç tanı alır (70).

Bu tipler dışında BHK'nın başka alt tipleri de vardır. Bunlardan biri olan Pigmente BHK; hiperpigmente ve yarı şeffaf papül şeklinde olup erode olabilir ve malign melanomla karışabilir (70).

### **Bazal Hücreli Karsinomda Tanı ve Tedavi**

Bazal hücreli karsinomda iyi bir klinik muayene ve dermoskop yardımıyla lezyonun incelenmesi tanı koymada oldukça yardımcı olur. Klinik belirtilere aşına olan klinisyenler muayene ve dermoskopta tanı koyabilirler ancak kesin tanı için biyopsi gereklidir. Deri kanserlerinin tanısında son yıllarda in vivo reflektans konfokal mikroskop (RCM), multifoton mikroskop (MPM) ve optik koherens tomografisi (OCT) gibi yeni non-invaziv tanı teknikleri de kullanılmaya başlanmıştır.

Bazal hücreli karsinomun tedavisinde cerrahi ve cerrahi olmayan tedavi seçenekleri mevcuttur ama tedavide öncelik cerrahi müdahaledir. Cerrahi tedavide küretaj, standart eksizyon, Mohs mikroskopik cerrahi seçenekleri vardır. Cerrahi tedavi için uygun olmayan veya cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar için imikimod ve 5-florourasil gibi topikal tedaviler, oral retinoidler, topikal tretinoin, karbondioksit ve neodimyum-YAG lazerleri ve intralezyonel ilaç uygulaması tedavi seçeneklerindedir. Ameliyata uygun olmayan ve metastatik tümörler için kemoterapi de bir seçenektir. BHK tedavisinde radyoterapinin de yeri vardır. Genellikle büyük ve yaygın lezyonları olan ve cerrahinin uygun olmadığı yaşlı hastalarda radyoterapi yararlı bir tedavi yöntemidir. Yüzeysel bazal hücreli karsinomda etkili olan topikal fotodinamik tedavi iyileşmede oldukça etkilidir ayrıca kozmetik açıdan da fayda sağlar (77,78,79).

### **2.3.3 Skuamöz Hücreli Karsinom**

Skuamöz hücreli karsinom epidermal keratinositlerden köken alır. Melanom dışı deri kanserleri arasında bazal hücreli karsinomdan sonra %20 oranla en sık görülen ikinci deri kanseri türüdür. Tüm deri kanserleri arasında da ikinci en sık görülen deri kanseridir ve dünya çapında insidansı hızla artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 1 milyona yakın skuamöz hücreli karsinom vakası tespit edilirken her yıl 9 bine yakın tahmini ölüm olmaktadır (80,81).

Skumaöz hücreli karsinom kadınlara oranla erkeklerde daha sık görülür (3:1 oranında) ve beyaz bireylerde daha çok yaygındır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artar ve ortalama başlangıç yaşı 60'ların ortalarıdır. Skumöz hücreli karsinom için en önemli risk faktörü güneş ışığı ve UV radyasyona olan maruziyettir. Buda yaşla beraber sıklığının artmasını açıklamaktadır. Diğer risk faktörleri arasında güneş yanıkları, iyonlaştırıcı radyasyon, açık ten, ela veya mavi gözler, sarı veya kıvıllı saçlar, çillenme veya yüzde telenjiyektazi, oral psöralen, PUVA tedavisi, nitrosaminler, alkilleyici ajanlar, arsenik, polisiklik aromatik hidrokarbonlar (katran, zift vs.), sigara kullanımı, immunsüpresyon sayılabilir. Human papilloma virüsü(HPV) enfeksiyonu da skumöz hücreli karsinom için bir risk faktörüdür ve özellikle anogenital ve periungal SHK ile ilişkilendirilmektedir. DNA onarım bozukluğu veya ışığa duyarlılık ile ilişkili bazı nadir görülen ailesel sendromlara sahip bireylerde genç yaşta SHK görülme riski artmıştır (82,83).

Skumöz hücreli karsinom genellikle prekanseröz lezyonlardan olan aktinik keratozdan gelişir. Aktinik keratozlar yüz, boyun, kol ve kel kafa derisi gibi güneş maruziyetinin daha çok olduğu bölgelerde daha sık görülür (84). Aktinik keratoz ve aktinik keilit dışında marjolin ülserleri, osteomiyelit sinüsleri, fistüller gibi kronik skar ve inflamasyonun olduğu bölgelerden de gelişebilmektedir. Kronik yaralardan gelişen skumöz hücreli karsinomların %26 gibi yüksek bir oranda metastaz riskleri vardır (85). Sigara da SHK gelişiminde rol oynar. Özellikle alt dudakta aktinik keilit zemininden gelişen skumöz hücreli karsinomda sigaranın rol oynadığı tespit edilmiştir (86).

Skumöz hücreli karsinomun gelişiminde immunsüpresyon önemli rol oynar. İmmün sistemi baskılanmış solid organ alıcılarında skumöz hücreli karsinom gelişme riski normal popülasyona göre 65-250 kat artmıştır (81). SHK'nın gelişiminde genetik mutasyonlar da rol oynamaktadır. En yaygın görülen mutasyon p53 mutasyonudur. Özellikle bağışıklığı baskılanmış kişilerde HPV, p53 inhibisyonuna neden olarak SHK gelişimine yol açabilmektedir (51). Klinik olarak genellikle güneşe maruz kalan yerlerde soliter, eritemli, üzeri skuamli plak veya ülser lezyon şeklinde karşımıza çıkar. Baş boyun bölgesi, el ve kolun ekstansör yüzeyleri en sık yerleştiği alanlardır. Skumöz hücreli karsinom BHK'ya göre daha agresif seyredir. SHK'da kısa sürede büyüyen, hızlı gelişen, alt dokuya invaze olabilen, nekroz ve ülser görülebilen, ağrılı ve kaşıntılı olabilen lezyonlar mevcuttur (76).

Skvamöz hücreli karsinomda oluşan lezyonlar genellikle tedavi ile yüksek kür sağlanabilen düşük riskli lezyonlardır ama metastaz da yapabilmektedirler. Metastazın en sık olduğu yerler bölgesel lenf nodlarıdır. Lenf nodlarına %4 oranında metastaz sıklığına sahipken mortalite oranı %2 civarındadır. Deri kanserlerine bağlı ölümlerde malign melanomdan sonra ikinci sırada skuamöz hücreli karsinom gelmektedir. 85 yaş üstü bireylerde deri kanserine bağlı ölümlerin çoğundan SHK sorumludur (87). Kötü prognostik faktörlerin varlığı metastaz riskini arttırmaktadır. Bu faktörlere;

- Hücrelerin orta veya az diferansiye olması
- İmmünsüpresyon durumu
- Kulak veya dudakta oluşan SHK
- Skar veya kronik inflamatuvar alanlarda gelişen SHK
- Perinöral invazyon olması
- Subkutan dokuya 6 mm'den fazla invazyon
- Tümör çapının 2 cm'den büyük olması
- Temiz olmayan cerrahi sınırların varlığı örnek verilebilir (88).

### **Skvamöz Hücreli Karsinomun Alt Tipleri**

**1. Keratoakantom:** Ayrı bir tümörmü yoksa skuamöz hücreli tümörün iyi farklılaşmış alt tipimi olduğu tartışmalıdır. Keratositik epitel tümörleridir. Histolojik ve klinik olarak skuamöz hücreli tümöre benzer. Hızlı başlangıç büyüme paterni gösterir. Lezyonların ortası krater nodüller veya keratotik çekirdek kubbe şeklindedir. Genellikle uzun süre yoğun güneş görmüş hasarlı deride görülür (76).

**2. Verrüköz karsinom:** Nadir görülen bir skuamöz hücreli karsinom türüdür. Kronik irritasyona bağlı oluşur. Sınırları belirgin, ekzofitik, karnabahar benzeri büyüme paterni gösteren büyük siğillere benzer. Çeşitli yerlerde görülebilir ve görüldüğü yere göre adlandırılırlar. Oral mukozada görülen verrüköz karsinom oral floroid papillomatozis olarak adlandırılırken, ayak tabanında görülen verrüköz karsinom epitelyoma kunikulatum olarak adlandırılır. Ayrıca Buschke-Löwenstein'in dev kondiloma acuminatumu olarak bilinen anogenital verrüköz karsinom, skrotum, penis veya perianal bölgede görülen verrüköz karsinom türüdür (89).

**3. Marjolin ülseri:** Kronik yaralar veya skarların olduğu yerlerde ortaya çıkan ve nadir görülen skuamöz hücreli karsinom tipidir. Hücrelerin maligniteye dönüşmesi genellikle yavaştır. Başlangıçta iyileşmeyen bir ülser olarak ortaya çıkabilen tümör zamanla nodüler hale gelebilir. Başka klinik belirtiler de gösterebilir. Bunlara hızlı boyut artışı, dokunmakla kanama, aşırı granülasyon dokusu, ters çevrilmiş veya yuvarlanmış yara kenarları örnek verilebilir (89).

**4.Cildin lenfoepitelyoma benzeri karsinomu:** Skuamöz hücreli tümörün bir alt tipi olan bu tümör epitelyal kökenlidir. Çok nadir görülen malign bir deri tümörüdür. Sert bir nodül veya plak şeklinde karşımıza çıkan bu tümör en sık baş ve boyun bölgesinde görülür. Genellikle ten rengi görünümündedir (82).

Bunların dışında başka alt tipleri de mevcuttur. Dudağın SHK'sı olarak adlandırılan tipi genel olarak alt dudakta görülür ve nodüller, ülserler veya beyaz plaklaklar şeklindeki lezyonlarla karşımıza çıkar. Oral SHK olarak adlandırılan diğer tipi ise daha sık olarak erkeklerde görülür ve genellikle dil, ağız tabanı ve yumuşak damakta yerleşim gösterir. Oral skuamöz hücreli karsinomun oluşmasına kronik alkol alımı, uzun süreli sigara içimi ve tütün çiğneme sebep olur. Liken planus ve lökoplaki oral SHK'nın öncü lezyonları olabilirken asemptomatik eritroplaki zemininden de gelişebilir (76,82).

### **Skuamöz Hücreli Karsinomda Tanı ve Tedavi**

Skuamöz hücreli tümörün en net ve güvenilir tanısını histolojik inceleme sağlar. Şüpheli lezyonlardan biyopsi alınmalıdır. Çeşitli biyopsi alma teknikleri mevcuttur. Bunlar insizyonel biyopsi, punch biyopsi ve eksizyonel biyopsi gibi tekniklerdir. Hangi biyopsi tekniğinin kullanılacağı tümörün boyutu ve tedavi yaklaşımına göre değişebilmektedir. Hasta ve hekim işbirliğinde anatomik lokalizasyon, tümör morfolojisi, beklenen histolojik alt tip ve derinlik, kanama ve yara iyileşme bozukluğu gibi faktörler göz önünde bulundurularak karar verilir (90).

Skuamöz hücreli karsinomda primer tedavi yöntemi cerrahidir. İnvaziv SHK'da cerrahi eksizyonla tümör temizlenmelidir, eğer metastaz gerçekleşmişse metastaz alanları da cerrahi olarak temizlenmelidir. Cerrahi tedavinin yetersiz kaldığı veya yapılamadığı durumlarda tedaviye adjuvan radyoterapi eklenebilir. Cerrahi müdahale ve radyoterapi ile yeterince yönetilemeyen lokal ilerlemiş hastalarda kemoterapi de bir tedavi seçeneğidir. Tedavide sisplatin, topikal fluorourasil ve bleomisin kullanılabilir. Tedaviden sonra nüks ve metastaz görülebilir (88,91).

#### 2.3.4. Malign Melanom

Melanosit hücrelerinden köken alan melanom yüksek ölüm oranlarına sahip agresif bir tümördür. Sık metastaz yapar ve mevcut tedavilere dirençlidir. Deri ve deri dışı organlarda görülür (6). Tüm deri kanserlerinin içinde %4 oranında görülmesine rağmen deri kanserlerine bağlı ölümlerin %75'inden malign melanom sorumludur (77). Malign melanom insidansı dünya çapında gittikçe artmaktadır. Aşırı güneşe maruz kalan açık tenli insanların yaşadığı beyaz popülasyonda bu insidans daha fazla artmaktadır. Arupada yıllık insidans oranı 100.000 kişide 10-25 iken ABD'de 100.000 kişide 20-30 civarındadır. Yüksek insidansın gözlendiği Avusturalya'da 100.000 kişide 50-60 yeni melanom vakası tespit edilmektedir (92). Açık tenli insanlarda afrika kökenli insanlara göre 20 kat fazla görülme olasılığı olmasına rağmen koyu tenli insanlarda da melanom riski vardır. Koyu tenli bireylerde özellikle ayak tabanı, avuç içi, tırnak yatağı ve ağızda malign melanom gelişme riski mevcuttur (93). DSÖ verilerine göre dünyada her yıl 60.000 kişi deri kanserleri nedeniyle ölmektedir, bu ölümlerin 48.000'ine malign melanom sebep olmaktadır (94).

Malign melanom vücudun çeşitli yerlerinde görülebilmektedir. Teşhis edilen tüm melanomların %91.2'si kutanöz melanomlardır. Deri dışında göz, genitoüriner sistem, nazofarenks, meninksler gastrointestinal sistem ve mukozalarda gelişebilmektedir (95).

Malign melanomun oluşmasına neden olan çeşitli risk faktörleri mevcuttur bunlardan bazıları şunlardır; UV maruziyeti, açık ten, genetik zemin(CDKN2A gen mutasyonu), displastik nevüs varlığı, önceden var olan melanositik nevüs sayısı ve daha önce geçirilmiş melanom öyküsüdür (96). Kutanöz malign melanom gelişiminde en önemli risk faktörü aralıklı ve şiddetli UV maruziyetidir. Güneş yanığı oluşturacak dozda ultraviyole ışınlarına maruz kalmak bu riski çok daha fazla arttırmaktadır (22). Melanom gelişmesinde bir diğer risk faktörü solaryumdur. Solaryum hem melanom hem de diğer deri kanserlerinin gelişme riskini arttırır. Uluslar Arası Kanseri Araştırma Ajansı(IARC) 2009 yılında kapalı ortamda bronzlaşmayı(solaryum) grup 1 kanserojen olarak nitelendirilmiştir. Bu tarihten sonra bazı ülkeler solaryuma yaş sınırlaması getirirken Brezilya ve Avusturalya solaryumu tamamen yasaklamıştır. Ergenlik ve erken yetişkinlikte kullanımı, riski daha çok arttırmaktadır. Yapılan bazı çalışmaların derlemesinde solaryumun melanom gelişimini 1.2 kat, 35 yaşından önce kullanımının ise melanom gelişme riskini 1.59 kat arttırdığı tespit edilmiştir (97,98).

Malign melanom riskini arttıran bir diğer husus ise ailede MM öyküsünün varlığıdır. Birinci derece yakınında MM öyküsünün olması MM riskini 1.7 kat arttırmaktadır. İki tane birinci derece yakınında MM öyküsü ise bu riski 9 kat arttırmaktadır (99). BRAF genindeki aktive edici somatik mutasyonlar MAPK yolunun yapısal aktivasyonuna yol açmaktadır ve kutanöz malign melanomun %40-%60'ında görülmektedir. Malign melanomda BRAF genindeki mutasyon dışında başka mutasyonlar da görülebilmektedir, bunlara; NRAS(%28), P53(%15), NF1(%14), CDKN2A(%13) ve PTEN(%9) gen mutasyonları örnek verilebilir (100).

Malign melanom genellikle sağlam deriden köken alırken, bazı hastalarda ise var olan melanositik nevüslerden köken alır. Melanositik nevüs sayısının artması melanom gelişme riskini arttırdığı, yüz taneden fazla klasik melanositik nevüsü olanlarda bu riskin 3-10 kat arttığı tahmin edilmektedir (101). Bu risk nevüslerin sayısı ve çapı ile ilişkilidir. Başka bir çalışmaya göre ise tüm vücutta 22 ve üzeri benin olması kutanöz malign melanom riskini 3.5 kat arttırmaktadır. Melanositik nevüs üzerinden gelişen melanomlar en sık yüzeysel yayılan melanom tipindedirler ve tüm kutanöz malign melanom vakalarının yaklaşık 1/3 ü melanositik nevüs üzerinden gelişmektedir. Deri melanomu için en riskli nevüsler atipik/displastik nevüslerdir (102).

Malign melanomda iyi prognoz için erken ve doğru tanı çok önemlidir. Malign melanom erken teşhis edildiğinde hem başarılı bir şekilde tedavi edilebilir hem de sağkalım oranı yüksek seyreder. Agresif bir tümör olan melanomda metastazın gerçekleşmesi durumunda ise sağkalım oranları ciddi oranda düşer (103). Kutanöz malign melanomlar genellikle asemptomatik seyreder ancak bazen ağrı, kanama, kaşıntı gibi semptomlar görülebilir. Yeni oluşan bir pigmente lezyon veya mevcut pigmente lezyonda meydana gelen renk, şekil, sayı ve boyut değişiklikleri malign melanom geliştiğine dair işaretler olabilir (71). Bir kişide diğer nevüslerden açıkça farklı olan bir diğer nevüsü tanımlamak için çirkin ördek yavrusu işareti terimi kullanılır. Bu terim dermaskopik ve görsel olarak incelenen hastada melanom şüphesinin bir göstergesidir. Hastanın nevüslerinin karşılaştırmalı analizinde bu terim kullanılır (104). Kutanöz malign melanomun erken teşhisi için iyi bir deri muayenesi ve lezyonların dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir.

1985 yılında New York Üniversitesi'ndeki bir grup dermatoloji uzmanı tarafından hem birinci basamak hekimlerine yardımcı olması hem de halka yol göstermesi amacıyla MM'nin erken tanısı için bazı kriterler belirlenmiştir. Başlangıçta ABCD kısaltmasıyla dört adet olan bu kriterlere 2004 yılında E kriteri de eklenerek ABCDE kriterleri olarak düzenlenmiştir. Bu kriterler malign melanom tanısında iyi birer tarama aracı olmuşlardır. ABCDE kriterlerinden sırasıyla A asimetriyi tariflerken, B sınır düzensizliğini tarif etmektedir. C meydana gelen renk değişikliğini, D çapın  $> 6$  mm olmasını tarifler. E ise var olan bir nevüsün modifikasyonunu veya özellikle yaşlı bireylerde bu nevüsün farklı bir lezyona dönüşümünü tarif eden değişmeyi tarif eder (105).

Şekil 4. Malign melanom erken tanısı için ABCDE kriterleri (105)

- Asymmetry (asimetri)
- Border irregularities (sınır düzensizliği)
- Color variegation (renk çeşitliliği)
- Diameter  $\geq 6$  mm (çapın 6mm ve üzeri olması)
- Evolution (evrimleşme, değişim)

Kutanöz malign melanom yaşlı bireylerde genellikle kronik güneşe maruz kalan yüz bölgesi, el ve ayak bölgelerinde oluşurken genç erişkinlerde daha çok aralıklı güneşe maruz kalan vücut bölgelerinde oluşur. Genç erişkinlerde meydana gelen malign melanom genelde erkeklerde gövdede, kadınlarda ise bacaklarda gelişir (106,107).

#### **Malign Melanomun Alt Tipleri**

Kutanöz malign melanomun yüzeysel yayılan melanom, nodüler melanom, lentigo malign melanom, akral lentiginöz melanom olmak üzere dört ana alt tipi vardır (108). Bu alt tipler dışında spesifik bir takım mutasyonlar sonucu gelişen ve nadir görülen malign melanom alt tipleri de vardır. Bunlara spitzoid MM, pleomorfik MM, desmoplastik MM, amelonitik MM, yumuşak dokuların melanomu olan şeffaf hücreli sarkoma ve malign mavi nevüs gibi alt tipler örnek verilebilir.

**1. Yüzeyel yayılan malign melanom(YYMM):** Yüzeyel yayılan malign melanom %70 oranıyla en sık görülen alt tiptir. Genellikle aralıklı güneş maruziyetinin olduğu vücut bölgelerinde görülür. Bu bölgeler çoğunlukla kadınlarda alt ekstermiteler ve erkeklerde sırtın üst kısmıdır. Klinik görünümü klasik olarak düzensiz pigmentasyon ve düzensiz sınırlardır. Malign melanomda mavi, gri, kırmızı, beyaz ve siyah renklerde lezyonlar karşımıza çıkabilsede çoğu melanositik lezyonun karakteristik rengi kahverenginin değişen tonlarıdır. Önceden var olan nevüslerle en sık ilişkili olan melanom alt tipi YYMM'dir. Genellikle yavaş yavaş değişen bir görünümü olan, birkaç milimetreden birkaç santimetre çapa ulaşabilen, düzensiz sınıra sahip, değişken pigmentli bir makül veya ince plak şeklinde karşımıza çıkar (109).

**2. Nodüler malign melanom(NMM):** Tüm melanomların %15-%30'unu oluşturan nodüler melanom ikinci sıklıkla görülen melanom türüdür. En yaygın tutulum alanı gövdedir. Var olan bir nevüsten gelişebilir ama daha çok herhangi bir lezyon olmadan kendiliğinden gelişir. Genellikle dikey büyüme gösteren nodüler melanom birkaç hafta- ay içerisinde hızlı ve dikkat çekici bir değişim gösterir. Tipik bir görünüme sahip olan NMM genellikle mavimsi kırmızı kabarık lezyon veya koyu mavi-siyah lezyon şeklinde görülür. Bazen de amelanotik bir lezyon olarak karşımıza çıkabilmektedir. Nodüler melanomun lezyonlarının erken döneminde asimetri izlenmez, düzenli sınırlara ve tek tip renge sahiptirler. Bazen diğer deri maligniteleriyle karıştırılabilir. Pigmente lezyonlar mavi nevüs ve pigmente bazal hücreli karsinomla karıştırılabilirken, amelanotik lezyonlar hemanjiyom, piyojenik granülom veya BHK ile karıştırılabilir (109). NMM daha çok vertikal büyüme eğiliminde olduğundan erken metastaz yapar. Bu yüzden malign melanomun alt tipleri arasında en tehlikelidir (110). Malign melanomun diğer alt tiplerine göre daha genç kişilerde ortaya çıkan bu tipin oluşumunda aralıklı fakat şiddetli ultraviyole maruziyeti rol oynamaktadır.

**3. Lentigo malign melanom(LMM):** Kutanöz malign melanomların %10-%15'ini oluşturan LMM, lentigo malignadan gelişir. Diğer MM türlerine göre daha yaşlı kişilerde ortaya çıkar ve en sık 70-80'li yaşlarda görülür. 40 yaşından önce nadir görülür. Aralıklı güneş maruziyetinden çok özellikle kronik güneşe maruz kalan vücut bölgelerinde ortaya çıkar. En sık görüldüğü yerler yüz, yanak, burun, boyun ve kulaktır. Klinik olarak görünümü, genellikle uzun süreli güneş maruziyetine kalmış hasarlı deride ortaya çıkan, başlangıçta düz, yavaş büyüyen, çil benzeri, düzensiz şekilli, kahverengi ve

ten renginin farklı tonlarında olan bir makül şeklindedir. Genellikle kötü sınırlara sahiptir. LMM diğer MM alt tiplerine göre desmoplastik melanom ile en yüksek ilişki oranına sahipken, nevüslerle en az ilişki oranına sahiptir (109).

**4. Akral lentiginöz malign melanom(ALMM):** Ten rengi farklı olan ırklar arasında görülme sıklığı değişebilen ALMM, daha çok koyu ten rengine sahip bireylerde görülür. Beyaz ten rengine sahip bireylerin olduğu popülasyonlarda melanomların %2-%8'ini oluşturur. Bu oran koyu ten rengine sahip olan popülasyonlarda çok daha yüksektir. Güneş ışığıyla ilişkili olmadığı düşünülen ALMM, en sık ayak tabanında görülür. Avuç içi ve tırnak yatakları bir diğer görüldüğü yerlerdir. Genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkar ve ortalama başlangıç yaşı 65'tir. Klinik olarak görünümü genellikle kahverengi-siyah renkte olan, bazen kırmızı renkte varyasyonları görülebilen ve düzensiz sınıra sahip olabilen bir lezyon şeklindedir. ALMM'nin bir varyantı olan subungal melanom sıklıkla ayak ve el başparmaklarının tırnak matriksinde ortaya çıkar ve tırnak yatağında büyüyen, kahverengi-siyah renge sahip bir lezyon olarak görülür. ALMM hematom veya plantar siğil ile karıştırılabilir, yanlış teşhise neden olan bu durum lezyonun geç tanı almasına ve tedavisinin gecikmesine yol açarak kötü sonuçlara neden olabilir (109).

#### **Malign Melanomda Tanı ve Tedavi**

Malign melanomda iyi bir prognoz için erken tanı oldukça önemlidir, çünkü infiltrasyon derinliği arttıkça metastaz riski artar. Renk değişikliği, var olan lezyonun boyutunda artış, yeni bir lezyonun ortaya çıkması, hasta tarafından kolayca fark edilen ve melanom ile diğer iyi huylu lezyonları ayırt etmede oldukça yararlı olabilen özelliklerdir (111). Morfolojik yapıları ve belirgin pigmentasyonları sayesinde melanomların çoğuna, deneyimli bir doktorun yaptığı görsel muayene ile kolayca tanı konabilmektedir (112).

İyi bir görsel muayene için deri muayenesi optimal aydınlanma altında yapılmalıdır. Kafa derisi, dış oküler kanal, konjonktiva, oral mukoza, kasık, kalçalar avuç içi, ayak tabanları ve parmak araları dahil tüm deriyi kapsamalıdır. Dermoskopi, malign melanomların tanısında deneyimli bir hekim tarafından kullanıldığında doğruluğu oldukça arttırmaktadır. Malign melanomların yaklaşık %70'i uzman dermatologlar tarafından yapılan klinik muayene ile doğru teşhis edilirken bu oran dermoskopi sayesinde %90'a kadar arttırılabilir. Ayrıca çoklu atipik nevüsleri olan hastaların takibinde tanısal doğruluğu arttırmak için videodermoskopi kullanılabilir (112,113).

Histopatolojik kesin tanı biyopsi ile konulur. Melanomdan şüphelenilen hastalara hızlı bir şekilde biyopsi yapılmalıdır. Mümkün olduğunca eksizyonel biyopsi tercih edilmelidir ancak lezyon büyükse veya eksizyonel biyopsinin yapılamayacağı anatomik bölgelerdeyse insizyonel biyopsi tercih edilir (109).

Malign melanomda metastaz yapmadan erken teşhis edilen tümörün tedavisi öncelikli olarak cerrahidir. Metastaz yapmış olan malign melanom vakalarında ise hastalar için en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Klinik olarak fayda sağlayabilen cerrahi metastazektomi, immünoterapi, metastazların semptomatik bölgelerine radyasyon tedavisi diğer tedavi seçenekleridir (114). Sitotoksik kemoterapinin, malign melanomun ilerlemiş vakalarında genel sağkalım üzerine iyileştirici etkisi gösterilmemiştir ve kullanımı diğer sistemik tedavilere rağmen progrese olmuş malign melanom hastalarında sınırlı kalmıştır (115).

#### **2.4. Benign Pigmente Cilt Lezyonları**

Deride bulunan iyi huylu pigmente lezyonlardır. Bu benign lezyonlardan cafe au lekeleri, becker nevüs ve lentigo epidermis tabakasında bulunan melanositlerden gelişirken, ito nevüsü, edinilmiş dermal melanositoz, mavi nevüs, mongol lekesi, ota nevüs ve melanositik nevüsler dermal melanositlerden gelişir (116).

Halk arasında ben olarak adlandırılan melanositik nevüsler melanositlerden oluşan benign proliferasyonlardır. Nevuselüler nevüs, pigmente nevüs, kıllı nevüs ve yumuşak nevüs olarak adlandırılır. Melanositik nevüsler kırmızı-kahverengi, siyah, mavi veya deri rengine olan makül veya papül şeklindedir. Konjenital melanositik nevüs ve edinsel melanositik nevüs olmak üzere 2 alt tipi mevcuttur (117).

**1. Konjenital melanositik nevüs(KMN):** Melanositlerin embriyogenez oluşumu sırasında meydana getirdikleri iyi huylu proliferasyonlardır (118,119). Yapılan bazı çalışmalara göre yenidoğan bebeklerde %1-3 oranında KMN tanısı ile uyumlu lezyon görülmektedir (120). 20.000 doğumda bir dev konjenital melanositik nevüs görülme ihtimali vardır (121).

Konjenital melanositik nevüsler siyahtan bronza kadar farklı renklerde olabilir ve çoğunun üstünde koyu, kaba kıllar bulunabilir. Genellikle düzgün bir sınıra sahip değillerdir (122). 1.5 santimetrenin altında olan nevüsler küçük çaplı nevüs olarak tanımlanırken 1.5-2 santimetre arası çapta olanlar orta çaplı nevüs olarak tanımlanır.

2 santimetrenin üstünde olanlar ise büyük veya dev nevüs olarak adlandırılır (123). Değişik yaş grubundaki insanlar üzerine yapılan bir çalışmada konjenital melanositik nevüsün boyutuyla malignite potansiyeli arasındaki ilişki araştırılmıştır. Dev konjenital melanositik nevüslerde %5-20 oranında malignite gelişme riski bulunurken orta ve küçük çaplı nevüslerde malignite gelişip, gelişmediği ile ilgili net bir kanıya varılmamıştır. Dev KMN'lerde kaşıntı, ağrı, ülserasyon, kanama, fokal büyüme ve koyu renkli pigmentasyon artışı malignite lehine bulgulardır (124).

Konjenital melanositik nevüslere iki durumda müdahale edilir. Kozmetik açıdan rahatsız ediyorsa veya nevüsün maligniteye eğiliminde bir risk saptandığında nevüs cerrahi müdahaleyle çıkarılır (117).

**2. Klasik Edinsel Melanositik Nevüs:** Yaygın olarak görülen bu nevüsler, beyaz ten rengine sahip bireylerin olduğu popülasyonlarda her bir bireyde yaklaşık 20 adet civarında bulunur. 30'lu yaşlara kadar artmaya başlayan nevüsler yaşın ilerlemesiyle azalma eğilimi gösterir. Gebe bayanlarda ve erkek çocuklarda daha sık görülür (117). Genellikle sonradan oluşan nevüsler, nevüs hücrelerinin benign bir şekilde artması sonucu oluşur (125). Çocukluk çağında güneş ışınlarına maruz kalma derecesi ve kalıtım(ebeveynlerde çok sayıda ben olması) edinsel melanositik nevüs oluşumu için risk faktörleridir (126). Yaşam boyu erkek ve bayanlar arasında görülme oranı benzerdir (127).

Edinsel melanositik nevüsler klinikte karşımıza farklı boyut ve şekillerde çıkabilir. 1-2 mm çaptan başlayıp vücudun yarısından fazlasını kaplayan boyut değişiklikleri olabilirken deri ile aynı seviyeden başlayıp daha büyük plaklara kadar değişebilen şekillere sahip olabilir (123). Pigmentsel noktalanma veya perifoliküler hipopigmentasyon gibi şekillerle de karşımıza çıkabilir (128). Klasik edinsel melanositik nevüsler benigndirler ve belli aralıklarla takip edilmeleri yeterlidir ancak çok fazla sayıda nevüsü olan bireylerde malign melanom riski arttığı için takiplerinde bireyin cilt muayenesi iyi yapılmalıdır ve nevüsü olan bireyler güneşten korunma konusunda bilgilendirilmelidirler (129).

### **2.5. Deri Kanserinden Korunmada Aile Hekimlerinin Rolü**

Aile hekimleri, hizmet verdiği toplum içindeki bireylerin sağlık hizmetlerine erişimindeki temel rolü üstlenen hekimlerdir. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır.

Bireylere yaş, cisiyet ve hastalık durumu farketmeksizin fiziksel ve ruhsal açıdan bütüncül bakar. Sorumluluğu altındaki kişilere koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunar. Sadece bireyin değil aynı zamanda ailesindeki bütün bireylerin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını, kronik hastalıklarını bilir ve güvene dayalı iletişim kurar. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan ele alır. Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarını bilerek onlara en iyi şekilde hizmet sunmaya çalışır. Aynı zamanda koruyucu sağlık uygulamalarını ve bireylere sağlık eğitimlerinin nasıl verileceğini de bilir (130).

Birincil koruma, hastalık ortaya çıkmadan hastalığa yol açabilecek etkenlere maruz kalmayı azaltarak riski azaltma ve hastalığa yol açabilecek davranışların değiştirilmesini hedeflerken, ikincil koruma prelinik patolojik değişikliklerin farkına varıp onları tedavi ederek hastalığın ilerlemesini kontrol etmeyi hedefler (131). Birincil ve ikincil korumada aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir. Bireylerin periyodik olarak sağlık muayenelerini yapmaları da hem hekim açısından hem de birey açısından oldukça önem arz etmektedir. Periyodik sağlık muayenesi, tarama testleri, fizik muayene, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklı kişilerin hastalık ortaya çıkmadan önce sağlıklarını koruma amacıyla yaptıkları kontrollerdir (132).

Deri kanserlerinden korunmak için toplumun bilgi düzeyinin artırılması, korunma davranışlarının geliştirilmesi ve kişinin kendi kendine deri muayenesinin öğretilip, uygulanmasına teşvik edilmesinde aile hekimleri kilit role sahiptir. Bu basit yöntemlerle ve erken tanı ile deri kanserlerinin önlenmesi mümkündür (133).

Deri kanserinden korunmada özellikle risk altında olan bireylerin erken tanı belirtileri hakkında bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Malign melanom açısından yüksek riskli bireylerin 3-4 ayda bir kendi kendine deri muayenesi ve bir hekim tarafından 6-12 ayda bir deri muayenesi yaptırmaları tavsiye edilmelidir. Orta ve düşük risk grubunda olan bireylerin dahi yıllık kendi kendine deri muayenesi ve gerektiğinde hekime başvurmaları konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (134). Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre düzenli aile hekimi kontrolüne giden bireylerde melanomun ilerlemiş olma ihtimali, hiç gitmemiş olan bireylere göre %66 daha düşük bulunmuştur (135).

Potansiyel olarak ölümcül olan bu kanserin erken tanı ve teşhisi ile birçok hayat kurtarılabilir ve mali açıdan sağlık sistemine katkı sağlanabilir. Bu noktada hastayla ilk teması kuran aile hekimlerinin rolünün önemi bir kez daha anlaşılmaktadır (84).

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi (Van YYÜTF) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun izni alındıktan sonra Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışan asistan ve intörn hekimlere Ağustos-Eylül 2023 tarihleri arasında anket formu yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

### 3.3. Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlamadan önce Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi (Van YYÜTF) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan 2023/07-10 karar nolu onay alındı (Ek 2).

### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Van YYÜ Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışan intörn veya asistan hekim olmak
- Gönüllülük esasına uygun olarak çalışmaya katılmayı kabul etmek

### 3.5 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Van YYÜ Tıp Fakültesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde çalışan intörn veya asistan olmamak.
- Çalışmamıza katılmaya gönüllü olmamak.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Literatür ve kaynak kitapların taranması sonucunda elde edilen güncel bilgiler doğrultusunda, deri kanserleri konusunda uzman hekimlerin görüşleri de alınarak oluşturulan sorularla hazırlanan anket formu ile veriler toplanmıştır (Ek 1).

### **3.7. Araştırmanın Literatüre Sağlayacağı Katkı**

Hastalarla birebir iletişim halinde olan hekimlerin deri kanserleri hakkındaki farkındalıklarını arttırmak ve bu sayede hastalarda gördükleri lezyonları ve hastalardan aldıkları anamnezde elde ettikleri bilgileri harmanlayıp deri kanserini erken teşhis etmelerine veya daha oluşmadan önlenmesini sağlamalarına yardımcı olmak suretiyle bilime katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda hekimlerin farkındalıklarının artması ve bu farkındalığı hastalara yansıtması sonucunda hastaların da deri kanserleri hakkında farkındalıkları artar. Hekimlerin bilgi düzeylerine göre deri kanserleri hakkında aldıkları eğitimin yeterli olup olmadığı ve bunun neticesinde gerekli mercilere bu durumu bildirmek suretiyle de bilime katkı sağlanabilir.

### **3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc. Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) ve medyan interquartile range (25-75 persantil değerleri) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U-testi, ikiden fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 93'ü (%38,7) kadın ve 147'si (%61,3) erkek olmak üzere toplam 240 hekim dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $28,5 \pm 4,2$  (min=21-maks=51) yıldır. Hekimlerin 83'ü (%34,6) evli ve 157'si (%65,4) bekar (Tablo 1).

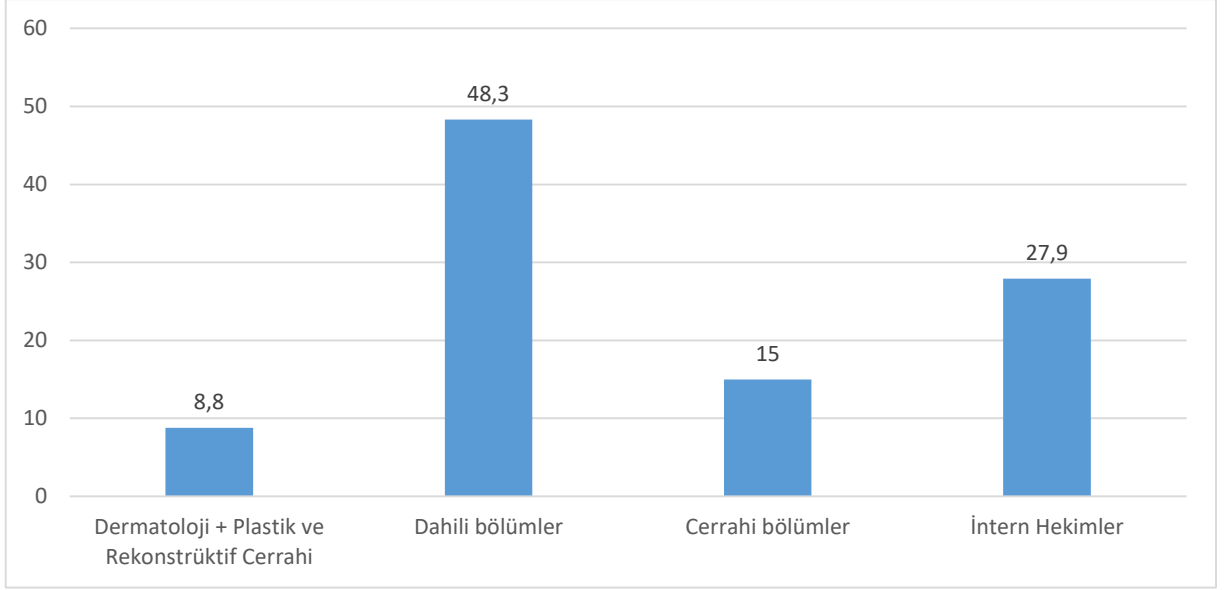
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	93	38,7
	Erkek	147	61,3
<b>Yaş, Ort±SS</b>		28,5±4,2	
<b>Medeni durum</b>	Evli	83	34,6
	Bekar	157	65,4

Hekimlerin %8,8'i dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde, %48,3'ü dahili bölümlerde ve %15'i cerrahi bölümlerde asistan iken %27,9'u intörn hekimdir (Şekil 5). Hekimlerin %62,5'inin meslekteki çalışma yılı 0-3 yıl iken %22,1'inin 4-6 yıl ve %15,4'ünün ise 6 yıldan fazladır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların mesleki özellikleri

		Sayı	%
<b>Bölüm</b>	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	21	8,8
	Dahili bölümler	116	48,3
	Cerrahi bölümler	36	15,0
	İntern Hekimler	67	27,9
<b>Meslekteki çalışma yılı</b>	0-3 yıl	150	62,5
	4-6 yıl	53	22,1
	>6 yıl	37	15,4



Şekil 5. Katılımcıların bölümleri

Katılımcıların %29,6'sı deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu, %57,9'u güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu, %27,9'u deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığını düşünüyor. Katılımcıların %7,1'i mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldığını bildirmiştir. Hekimlerin %27,1'i daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etmiştir. Katılımcıların %11,3'ünün ailesinde veya yakınlarında deri kanseri öyküsüne sahip biri vardır. Hekimlerin %46,7'si düzenli güneş kremi kullanıyor. Katılımcıların %2,5'inden daha önce deri malignitesi şüphesiyle biyopsi alınmış iken %52,9'u daha önce kendi kendine deri muayenesi yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %30,4'ünün cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon (nevüs, yanık izi, skar vs.) var iken bunların %17,8'i düzenli dermatoloji takibine gider, %58,9'u kendi lezyonunu kendi takip ediyor, %6,8'i lezyonu aldırılmayı düşünüyor ve %16,4'ü lezyona yönelik bir şey yapmayı düşünmüyor (Tablo3).

Tablo 3. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar

		Sayı	%
Deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	71	29,6
	Hayır	169	70,4
Güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	139	57,9
	Hayır	101	42,1
Deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?	Evet	67	27,9
	Hayır	173	72,1
Mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldınız mı?	Evet	17	7,1
	Hayır	223	92,9
Daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi ettiniz mi?	Evet	65	27,1
	Hayır	175	72,9
Ailenizde veya yakınlarınızda deri kanseri öyküsüne sahip biri oldu mu?	Evet	27	11,3
	Hayır	213	88,8
Düzenli güneş kremi kullanıyor musunuz?	Evet	112	46,7
	Hayır	128	53,3
Daha önce deri malignitesi şüphesiyle sizden biyopsi alındı mı?	Evet	6	2,5
	Hayır	234	97,5
Daha önce kendi kendinize deri muayenesi yaptınız mı?	Evet	127	52,9
	Hayır	113	47,1
Cildinizde tehlikeli olabileceğini düşündüğünüz bir lezyon (nevüs, yanık izi, skar vs.) var mı?	Evet	73	30,4
	Hayır	167	69,6
Lezyon varsa yaklaşımınız nasıldı?	Düzenli dermatoloji takibine giderim.	13	17,8
	Kendim takip ederim.	43	58,9
	Lezyonu aldirmayı düşünüyorum.	5	6,8
	Lezyona yönelik hiçbir şey yapmam.	12	16,4

Tablo 4. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar

	Sayı	%
Ultraviyole (UV) ışınları arasında en kanserojen UVC iken, deri kanserlerine en sık neden olan UVB dir.	230	95,8 ↑
Kızıl ötesi ışınlar deride fotoyaşlanma ve karsinogenezde rol oynamamaktadır.	161	67,1
Normal şartlarda derinin kalınlaşması ve melanin üretiminin artarak bronzlaşma sağlanması güneş ışığının zararlı etkilerinden bizi korur.	161	67,1
Deri kanserlerinin gelişiminde genetik zemin rol oynamaz.	226	94,2
Yapay UV kaynakları(solaryum) deri kanserleri için risk faktörüdür.	219	91,3
Deri kanseri insidansı giderek azalmaktadır.	227	94,6
Deri kanseri erkeklerde daha sık görülmektedir.	138	57,5
Deri kanseri en sık gövdeyi tutar.	197	82,4
Deri kanserinin en sık görülen türü skuamoz hücreli karsinomdur.	99	41,3
Fitzpatrick sınıflamasına göre Tip 1 ve Tip 2 cilt tipleri deri kanseri için en riskli gruplardır.	141	58,7
Fitzpatrick sınıflamasına göre melanin içeriği en fazla olan ve kolaylıkla bronzlaşabilen tip Tip 1 dir.	88	36,7 ↓
En iyi korunma için güneş kremi, güneşe çıkmadan hemen önce veya güneşe çıktıktan sonra kullanılmalıdır.	126	52,5
Skuamöz hücreli karsinom daha çok beyaz bireylerde yaygındır ve erkeklerde kadınlardan daha sık görülür.	186	77,5
Uzun süreli sigara içimi, tütün çiğneme ve kronik alkol alımı oral skuamoz hücreli karsinom riskini arttırır.	229	95,4
Kronik inflamasyon ile sonuçlanan, skar, yanık, kronik ülser, sinüs traktı veya diğer inflamatuvar durumlardan en sık kaynak alan deri kanseri bazal hücreli karsinomdur.	91	37,9
ABCDE kriterleri malign melanom erken tanısı için oluşturulmuştur.	198	82,5
ABCDE kriterlerinden E çapı ifade eder.	149	62,1
Bazal hücreli karsinomun en sık görülen tipi nodüler bazal hücreli karsinomdur.	154	64,2
Displastik nevüslerle en sık ilişkili olan deri kanseri malign melanomdur.	194	81,2
Deri kanserlerinin tanısında en net sonucu görüntüleme yöntemleri(Usg. Bt. Mr..) verir.	207	86,3

Katılımcıların en fazla doğru bildikleri soru “Ultraviyole (UV) ışınları arasında en kanserojen UVC iken, deri kanserlerine en sık neden olan UVB dir.” iken en az doğru bildikleri soru ise “Fitzpatrick sınıflamasına göre melanin içeriği en fazla olan ve kolaylıkla bronzlaşabilen tip Tip 1 dir.” sorusudur. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili bilgi sorularına verikleri doğru cevapların sayısı ve yüzdesi Tablo 4’te gösterilmiştir. Hekimlerin tüm sorulardan aldıkları puan ortalaması  $14,1\pm 2,8$  şeklindedir.

Cinsiyet ( $p=0,106$ ) ve medeni durum ( $p=0,528$ ) arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 5).

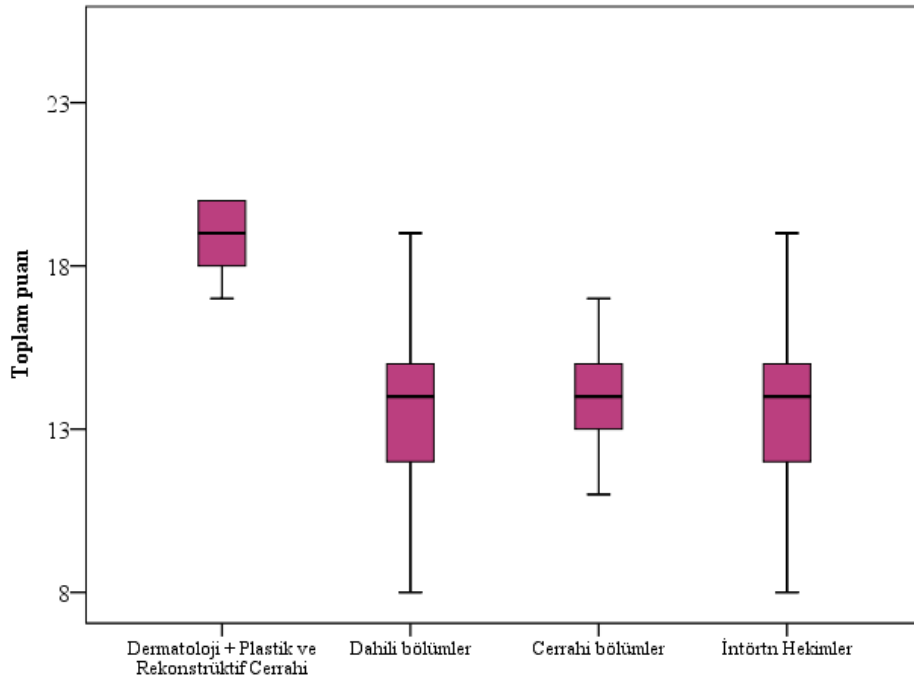
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre toplam puanın karşılaştırılması

		<b>Toplam puan</b>	<b>p</b>
		Ort±SS	
Cinsiyet	Kadın	14,5±2,9	0,106
	Erkek	13,9±2,6	
Medeni durum	Evli	13,9±2,6	0,528
	Bekar	14,2±2,8	

Bölümler arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanı olanlar ile diğer bölümler arasındaki farktan kaynaklanmış olup dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanı olanların puanı daha yüksektir. Meslekteki çalışma yılı arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p=0,116$ )(Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların mesleki özelliklerine göre toplam puanın karşılaştırılması

		<b>Toplam puan</b>	<b>p</b>
		Ort±SS	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	18,8±1,0 <sup>a</sup>	<0,001
	Dahili bölümler	13,7±2,6 <sup>b</sup>	
	Cerrahi bölümler	13,9±1,8 <sup>b</sup>	
	İntörtn Hekimler	13,4±2,4 <sup>b</sup>	
Meslekteki çalışma yılı	0-3 yıl	13,9±2,8	0,116
	4-6 yıl	14,8±2,6	
	>6 yıl	13,9±2,6	



Şekil 6. Bölümlere göre toplam puan

Deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin toplam puanı yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,005$ ). Mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katılanların toplam puanı kurs veya kongreye katılmamış olanların puanından anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,003$ ). Daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi edenlerin toplam puanı etmemiş olanların puanından anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0,001$ ). Cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon olanların toplam puanı lezyon olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,02$ )(Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların deri kanseri ile ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre toplam puanın karşılaştırılması

		<b>Toplam puan</b>	<b>p*</b>
		Ort±SS	
Deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	15,0±2,9	<b>0,005</b>
	Hayır	13,7±2,6	
Güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	14,3±2,8	0,228
	Hayır	13,8±2,7	
Deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?	Evet	14,1±3,2	0,884
	Hayır	14,1±2,6	
Mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldınız mı?	Evet	16,3±3,2	<b>0,003</b>
	Hayır	13,9±2,7	
Daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi ettiniz mi?	Evet	15,6±3,0	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	13,5±2,4	
Ailenizde veya yakınlarınızda deri kanseri öyküsüne sahip biri oldu mu?	Evet	14,1±2,9	0,821
	Hayır	14,1±2,7	
Düzenli güneş kremi kullanıyor musunuz?	Evet	14,4±3,0	0,223
	Hayır	13,9±2,5	
Daha önce deri malignitesi şüphesiyle sizden biyopsi alındı mı?	Evet	14,5±1,0	0,610
	Hayır	14,1±2,8	
Daha önce kendi kendinize deri muayenesi yaptınız mı?	Evet	14,3±3,0	0,283
	Hayır	13,9±2,5	
Cildinizde tehlikeli olabileceğini düşündüğünüz bir lezyon( nevüs, yanık izi, skar vs.) var mı?	Evet	13,4±2,8	<b>0,02</b>
	Hayır	14,4±2,7	
15. Soruya cevabınız evet ise bu lezyona yaklaşımınız nedir?	Düzenli dermatoloji takibine giderim.	13,5±2,5	0,595**
	Kendim takip ederim.	13,3±3,1	
	Lezyonu aldirmayı düşünüyorum.	14,6±3,0	
	Lezyona yönelik hiçbir şey yapmam.	13,2±1,5	

\*Mann Whitney U testi, \*\*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Yaş ile toplam puan arasında anlamlı bir korelasyon görülmemiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Yaş ile toplam puan korelasyonu

		Yaş
Toplam puan	r	,017
	p	,794

Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde asistan olanların %71,4'ü, dahili bölümlerde asistan olanların %28,4'ü, cerrahi bilimlerde asistan olanların %25'i ve intörnlerin %20,9'u deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünüyor iken aralarında anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Cinsiyet, medeni durum ve çalışma yılı arasında deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo 9).

Tablo 9.Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumunun karşılaştırılması

		Deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	33	35,5	60	64,5	0,111
	Erkek	38	25,9	109	74,1	
Medeni durum	Evli	25	30,1	58	69,9	0,895
	Bekar	46	29,3	111	70,7	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	15	71,4	6	28,6	<0,001
	Dahili bölümler	33	28,4	83	71,6	
	Cerrahi bölümler	9	25,0	27	75,0	
	İntörtn Hekimler	14	20,9	53	79,1	
Çalışma yılı	0-3 yıl	42	28,0	108	72,0	0,716
	4-6 yıl	18	34,0	35	66,0	
	>6 yıl	11	29,7	26	70,3	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Kadınların güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme oranı (%68,8) erkeklerin oranından (%51) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,007). Medeni durum, bölüm ve çalışma yılı arasında güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo 10).

Tablo 10. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme durumunun karşılaştırılması

		Güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahib olduğunuzu düşünüyor musunuz?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	64	68,8	29	31,2	<b>0,007</b>
	Erkek	75	51,0	72	49,0	
Medeni durum	Evli	44	53,0	39	47,0	0,263
	Bekar	95	60,5	62	39,5	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	16	76,2	5	23,8	0,170
	Dahili bölümler	65	56,0	51	44,0	
	Cerrahi bölümler	17	47,2	19	52,8	
	İntörtn Hekimler	41	61,2	26	38,8	
Çalışma yılı	0-3 yıl	87	58,0	63	42,0	0,986
	4-6 yıl	31	58,5	22	41,5	
	>6 yıl	21	56,8	16	43,2	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, bölüm ve çalışma yılı arasında deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığını düşünme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo 11).

Tablo 11. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığımı düşünme durumunun karşılaştırılması

		Deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	31	33,3	62	66,7	0,137
	Erkek	36	24,5	111	75,5	
Medeni durum	Evli	22	26,5	61	73,5	0,723
	Bekar	45	28,7	112	71,3	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	10	47,6	11	52,4	0,067
	Dahili bölümler	35	30,2	81	69,8	
	Cerrahi bölümler	6	16,7	30	83,3	
	İntörtn Hekimler	16	23,9	51	76,1	
Çalışma yılı	0-3 yıl	44	29,3	106	70,7	0,392
	4-6 yıl	11	20,8	42	79,2	
	>6 yıl	12	32,4	25	67,6	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde asistan olanların %38,1'i, dahili bölümlerde asistan olanların %4,3'ü, cerrahi bilimlerde asistan olanların %2,8'i ve intörtnlerin %4,5'i mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katılmış iken aralarında anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Cinsiyet, medeni durum ve çalışma yılı arasında mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katılma açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo 12).

Tablo 12. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katılma durumunun karşılaştırılması

		Mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldınız mı?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	8	8,6	85	91,4	0,466
	Erkek	9	6,1	138	93,9	
Medeni durum	Evli	5	6,0	78	94,0	0,642
	Bekar	12	7,6	145	92,4	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	8	38,1	13	61,9	<0,001
	Dahili bölümler	5	4,3	111	95,7	
	Cerrahi bölümler	1	2,8	35	97,2	
	İntörtn Hekimler	3	4,5	64	95,5	
Çalışma yılı	0-3 yıl	9	6,0	141	94,0	0,268
	4-6 yıl	3	5,7	50	94,3	
	>6 yıl	5	13,5	32	86,5	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Evli olanların daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etme oranı (%34,9) bekarların oranından (%22,9) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,046). Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde asistan olanların %90,5'i, dahili bölümlerde asistan olanların %25,9'u, cerrahi bilimlerde asistan olanların %33,3'ü ve intörtnlerin %6'sı daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etmiş iken aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Çalışma yılı 0-3 yıl olanların %20'si, 4-6 yıl olanların %35,8'i ve 6 yıl üzeri olanların ise %43,2'si daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etmiş iken aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,005). Cinsiyet arasında daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,342)(Tablo 13).

Tablo 13. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi etme durumunun karşılaştırılması

		Daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi ettiniz mi?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	22	23,7	71	76,3	0,342
	Erkek	43	29,3	104	70,7	
Medeni durum	Evli	29	34,9	54	65,1	<b>0,046</b>
	Bekar	36	22,9	121	77,1	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	19	90,5	2	9,5	<b>&lt;0,001</b>
	Dahili bölümler	30	25,9	86	74,1	
	Cerrahi bölümler	12	33,3	24	66,7	
	İntörtn Hekimler	4	6,0	63	94,0	
Çalışma yılı	0-3 yıl	30	20,0	120	80,0	<b>0,005</b>
	4-6 yıl	19	35,8	34	64,2	
	>6 yıl	16	43,2	21	56,8	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, bölüm ve çalışma yılı arasında ailede veya yakınlarda deri kanseri öyküsüne sahip birinin olma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo 14).

Tablo 14. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre ailede veya yakınlarda deri kanseri öyküsüne sahip birinin olma durumunun karşılaştırılması

		Ailenizde veya yakınlarınızda deri kanseri öyküsüne sahip biri oldu mu?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	12	12,9	81	87,1	0,519
	Erkek	15	10,2	132	89,8	
Medeni durum	Evli	10	12,0	73	88,0	0,776
	Bekar	17	10,8	140	89,2	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	3	14,3	18	85,7	0,279
	Dahili bölümler	12	10,3	104	89,7	
	Cerrahi bölümler	7	19,4	29	80,6	
	İntörtn Hekimler	5	7,5	62	92,5	
Çalışma yılı	0-3 yıl	19	12,7	131	87,3	0,656
	4-6 yıl	5	9,4	48	90,6	
	>6 yıl	3	8,1	34	91,9	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Kadınların düzenli güneş kremi kullanma oranı (%76,3) erkeklerin oranından (%27,9) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Bekarların düzenli güneş kremi kullanma oranı (%53,5) evlilerin oranından (%33,7) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p=0,004$ ). Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde asistan olanların %71,4'ü, dahili bölümlerde asistan olanların %45,7'si, cerrahi bilimlerde asistan olanların %33,3'ü ve intörnlerin %47,8'i güneş kremi kullanıyor iken aralarında anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,049$ ). Çalışma yılı arasında güneş kremi kullanma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p=0,261$ )(Tablo 15).

Tablo 15. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre düzenli güneş kremi kullanma durumunun karşılaştırılması

		Düzenli güneş kremi kullanıyor musunuz?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	71	76,3	22	23,7	<b>&lt;0,001</b>
	Erkek	41	27,9	106	72,1	
Medeni durum	Evli	28	33,7	55	66,3	<b>0,004</b>
	Bekar	84	53,5	73	46,5	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	15	71,4	6	28,6	<b>0,049</b>
	Dahili bölümler	53	45,7	63	54,3	
	Cerrahi bölümler	12	33,3	24	66,7	
	İntörtn Hekimler	32	47,8	35	52,2	
Çalışma yılı	0-3 yıl	75	50,0	75	50,0	0,261
	4-6 yıl	24	45,3	29	54,7	
	>6 yıl	13	35,1	24	64,9	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, bölüm ve çalışma yılı arasında daha önce deri malignitesi şüphesiyle biyopsi alınma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo 16).

Tablo 16. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre daha önce deri malignitesi şüphesiyle biyopsi alınma durumunun karşılaştırılması

		Daha önce deri malignitesi şüphesiyle sizden biyopsi alındı mı?				p*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	1	1,1	92	98,9	0,409
	Erkek	5	3,4	142	96,6	
Medeni durum	Evlü	3	3,6	80	96,4	0,419
	Bekar	3	1,9	154	98,1	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	0	,0	21	100,0	0,919
	Dahili bölümler	4	3,4	112	96,6	
	Cerrahi bölümler	1	2,8	35	97,2	
	İntörtn Hekimler	1	1,5	66	98,5	
Çalışma yılı	0-3 yıl	5	3,3	145	96,7	0,841
	4-6 yıl	1	1,9	52	98,1	
	>6 yıl	0	,0	37	100,0	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, bölüm ve çalışma yılı arasında daha önce kendine deri muayenesi yapma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ )(Tablo 17).

Tablo 17. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre daha önce kendi kendine deri muayenesi yapma durumunun karşılaştırılması

		Daha önce kendi kendinize deri muayenesi yaptınız mı?				P*
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	53	57,0	40	43,0	0,315
	Erkek	74	50,3	73	49,7	
Medeni durum	Evli	43	51,8	40	48,2	0,802
	Bekar	84	53,5	73	46,5	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	15	71,4	6	28,6	0,345
	Dahili bölümler	60	51,7	56	48,3	
	Cerrahi bölümler	19	52,8	17	47,2	
	İntörtn Hekimler	33	49,3	34	50,7	
Çalışma yılı	0-3 yıl	79	52,7	71	47,3	0,372
	4-6 yıl	25	47,2	28	52,8	
	>6 yıl	23	62,2	14	37,8	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde asistan olanların %19'unun, dahili bölümlerde asistan olanların %37,1'inin, cerrahi bilimlerde asistan olanların %38,9'unun ve intörnlerin %17,9'unun cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü lezyon var iken aralarında anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,02). Cinsiyet, medeni durum ve çalışma yılı arasında cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü lezyon varlığı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo 18).

Tablo 18. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon varlığının karşılaştırılması

		Cildinizde tehlikeli olabileceğini düşündüğünüz bir lezyon( nevüs, yanık izi, skar vs.) var mı?				p *
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	31	33,3	62	66,7	0,435
	Erkek	42	28,6	105	71,4	
Medeni durum	Evli	29	34,9	54	65,1	0,268
	Bekar	44	28,0	113	72,0	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	4	19,0	17	81,0	<b>0,02</b>
	Dahili bölümler	43	37,1	73	62,9	
	Cerrahi bölümler	14	38,9	22	61,1	
	İntörtn Hekimler	12	17,9	55	82,1	
Çalışma yılı	0-3 yıl	45	30,0	105	70,0	0,111
	4-6 yıl	12	22,6	41	77,4	
	>6 yıl	16	43,2	21	56,8	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde asistan olanların tamamı lezyonu kendi takip ederken, dahili bölümlerde asistan olanların %16,3'ü düzenli dermatoloji takibine gider, %69,8'i kendi kendine takip eder, %4,7'si lezyonu aldirmayı düşünüyor ve %9,3'ü lezyona yönelik bir şey yapmıyor. Cerrahi bilimlerde asistan olanların %21,4'ü düzenli dermatoloji takibine gider, %35,7'si kendi kendine takip eder ve %42,9'u lezyona yönelik bir şey yapmıyor. İntörnlerin %25'i düzenli dermatoloji takibine gider, %33,3'ü kendi kendine takip eder, %25'i lezyonu aldirmayı düşünüyor ve %16,7'si lezyona yönelik bir şey yapmıyor. Bölümler arasında yaklaşım açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,021). Cinsiyet, medeni durum ve çalışma yılı arasında cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon varlığında yaklaşım açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)(Tablo 19).

Tablo 19. Sosyodemografik ve bölümle ilgili özelliklere göre cildinde tehlikeli olabileceğini düşündüğü bir lezyon varlığında yaklaşımının karşılaştırılması

		Düzenli dermatoloji takibine giderim.		Kendim takip ederim.		Lezyonu aldırılmayı düşünüyorum.		Lezyona yönelik hiçbir şey yapmam.		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	7	22,6	16	51,6	4	12,9	4	12,9	0,238
	Erkek	6	14,3	27	64,3	1	2,4	8	19,0	
Medeni durum	Evli	5	17,2	15	51,7	2	6,9	7	24,1	0,526
	Bekar	8	18,2	28	63,6	3	6,8	5	11,4	
Bölüm	Dermatoloji + Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	0	,0	4	100,0	0	,0	0	,0	<b>0,021</b>
	Dahili bölümler	7	16,3	30	69,8	2	4,7	4	9,3	
	Cerrahi bölümler	3	21,4	5	35,7	0	,0	6	42,9	
	İntörtn Hekimler	3	25,0	4	33,3	3	25,0	2	16,7	
Çalışma yılı	0-3 yıl arası	8	17,8	25	55,6	4	8,9	8	17,8	0,872
	4-6 yıl arası	3	25,0	7	58,3	1	8,3	1	8,3	
	6 yıldan fazla	2	12,5	11	68,8	0	,0	3	18,8	

\*Kikare analizi uygulanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Dünya genelinde son yıllarda yaşam koşulları değişmiş ve buna bağlı olarak ortalama yaşam süresi de uzamıştır. Yaşam süresinin uzaması ve ozon tabakasının incilmesi sebebiyle karsinojenlere maruziyet artmış ve buna bağlı olarak kanser sıklığı artmıştır (136). Dünyada ve ülkemizde insidansı giderek artan ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen kanserlerden biri de deri kanseridir. Deri kanserinin etyolojisinde en önemli rolü oynayan faktör UV ışınlarıdır (137,138). Türkmen ve ark.'nın (139) çalışmasına göre son 20 yıl içerisinde deri kanseri her yıl bir önceki yıla göre %4 oranında artış göstermiştir.

Dünyada ve ülkemizde daha önce halkın veya öğrencilerin deri kanseri ve güneşten korunma hakkındaki bilgi ve davranış düzeylerini değerlendirmek amacıyla bazı çalışmalar yapılmıştır ama hekimlerin deri kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmalar kısıtlıdır. Deri kanserinde erken teşhis ve tedavi hayati öneme sahiptir. Bu yüzden hastaların başvurdukları hekimlerin bu konuda bilgi sahibi olması ve hastayı tedavi veya sevk edebilmesi oldukça önemlidir. Araştırmamızın birincil amacı hekimlerin deri kanseri ve deri kanseri risk faktörleri hakkındaki farkındalıklarını arttırmaktır. Ayrıca sorduğumuz diğer sorularla bu konudaki farklı noktalar irdelenmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimler dört ayrı gruba ayrılmıştır. Deri kanseriyle sık karşılaşan dermatoloji ve plastik cerrahi bölümündeki asistanlar bir grup oluştururken, dahili bölümlerdeki asistanlar bir grup, cerrahi bölümlerdeki asistanlar bir grup ve intörn hekimler de bir grup oluşturmaktadırlar. Çalışmamıza 93'ü (%38,7) kadın ve 147'si (%61,3) erkek olmak üzere toplam 240 hekim dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 28,5±4,2 (min=21-maks=51) yıldır. Hekimlerin 83'ü (%34,6) evli ve 157'si (%65,4) bekarıdır. Hekimlerin %8,8'i dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünde, %48,3'ü dahili bölümlerde ve %15'i cerrahi bölümlerde asistan iken %27,9'u intörn hekimdir. Dünyada ve ülkemizde yapılan benzer çalışmalara baktığımızda Uslu ve ark.'nın (140) Adnan Menderes Üniversite'sindeki hekimlere yönelik yaptıkları çalışmaya 196 hekim katılmıştır. Çalışma popülasyonunun yaş ortalaması 34.1±7.1 ve çalışmaya katılan hekimlerin %51.5'i kadın, %48.5'i erkektir. Özüguz ve ark.'nın (141) tıp öğrencileri arasında yaptıkları bir çalışmaya toplam 120 öğrenci katılmış ve katılımcıların 64'ü (%53.33) erkek, 56'sı (%46.66) kadındır.

Stephenson ve ark.'nın (142) Journal of the American Academy of Dermatology'de yayınlanan aile hekimlerinin malign melanom bilgilerini irdeleyen çalışmasına 355 aile hekimi katılmıştır. Çalışmamıza katılan hekim sayısı bu çalışmalar da göz önünde bulundurulduğunda yeterli sayıdadır ancak bizim çalışmamızdaki erkek/kadın oranı diğer çalışmalara göre daha fazladır denilebilir.

Uslu ve ark.'nın (140) Adnan Menderes Üniversite'sindeki hekimlerinin deri kanserleri ve güneşten korunma yollarına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, deri kanserleri ve güneşten korunma ile ilişkili sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde bilgi skorunun 9 üzerinden 0 ile 8 arasında değişmekte olup ortalamasının  $5.4 \pm 1.4$  olduğu saptanmıştır. Hekimlerin deri kanserleri konusundaki bilgi düzeyleri ve güneşten korunma davranışlarının yeterli olmadığı belirtilmiştir. Tüm hekimlerin güneş maruziyetinin deride oluşturabileceği zararlı etkiler ve deri kanserlerinin gelişmeden engellenmesi konusunda toplumu eğitmek amacıyla yapılacak çalışmalara katkıda bulunmaları gerektiği, bu nedenle hekimlerin deri kanserleri, güneş maruziyetinin deride oluşturabileceği zararlı etkiler ve deri kanserlerinden korunma yolları hakkında bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını arttırmalarına ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır.

ABD'de yapılan bir çalışmada tıp fakültesi eğitimi süresince deri kanseri muayenesi araştırılmış, katılımcıların deri kanseri konusunda danışmanlık hizmetleri ve deri kanserini azaltmaya yönelik pratikleri sorgulanmış ve bu konudaki eksikliğe dikkat çekilmiştir. Konuyla ilgili olarak eğitim programına kısa bir müfredat eklenmesinin, melanom dışı deri kanserlerinin ve malign melanomun erken tanısında yararlı olacağı belirtilmiştir. Deri kanserinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve erken tanınmasının tıp fakültesinde eğitim gören hekim adaylarına daha sık ve etkili deri kanseri muayenesinin öğretilmesiyle mümkün olacağı vurgulanmıştır (143)

Garrido ve ark.'nın (144) Brezilya'da partisyen ve dermatolog hekimlerin malign melanom hakkındaki bilgi düzeylerine ve yaklaşımlarına yönelik yaptıkları bir çalışmada, yüksek riskli melanom hastalarının cildinin tam muayenesini yapan hekimlerin yüzdesi uzmanlar arasında %90, pratisyen hekimler arasında ise %24,5 olarak belirtilmiştir. Ayrıca pratisyen hekimlerin malign melanomun erken tanısı için geliştirilen ABCDE kriterlerini dermatologlara oranla çok az bildikleri görülmüştür. Melanom ileri evrelerde teşhis edildiğinde yüksek ölüm oranına sahiptir. Bu nedenle hastanın iyi prognoza sahip olması için erken tanının önemi vurgulanmıştır.

Aynı çalışmada hastaların çoğunluğunun ilk başvurduğu hekimlerin pratisyen hekimler olduğu ve bu yüzden pratisyen hekimlerin melanom konusundaki aşinalıklarını ve bilgilerini arttırmanın, tanı ve tedaviyi iyileştirmek açısından çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Çalışmanın sonuç kısmında Belo Horizonte'deki birinci basamak sağlık sektörü doktorlarının melanom hakkında çok az bilgi sahibi oldukları ve risk altındaki veya şüpheli lezyonları olan hastalara yönelik yönetimlerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda birçok doktorun melanomu erken teşhis etme ve hastayı en iyi şekilde tedavi etme konusunda yetersiz olduğu sonucuna varılmış ve hekimlerin morbidite-mortalite oranı yüksek hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları, bu hastalıkların hem önlenmesi hem de erken tanısının sağlanması açısından önemi vurgulanmıştır.

Cassileth ve ark.'nın (145) yaptığı çalışmada dermatolog ve dermatolog olmayan hekimlere malign melanom, displastik nevüs, seboreik keratoz ve yaygın görülen zararsız lezyonların olduğu görseller gösterilmiş ve hekimlerden bu lezyonları tanımaları istenmiştir. Dermatolog olmayan hekimler arasında doğru bilme oranı oldukça düşük çıkmış ve malign melanom lezyonlarını içeren altı görselden dört ve üstünü doğru bilen hekim oranı %38 olarak belirtilmiştir. Ayrıca dermatolog olmayan hekimlerin %58'i displastik nevüs tanısını koyamamıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin %83'ü bu konu hakkında aldıkları eğitimin kötü olduğunu düşünmektedirler. ABD'de malign melanoma bağlı ölümlerin azaltılması isteniyorsa deri lezyonlarının teşhisi konusunda verilen eğitimin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %70,4'ü deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını, %42,1'i güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünmektedir. Ayrıca %72,1'i deri kanserleri hakkında yeterli eğitim olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların sadece %7,1'i mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldığını bildirmiştir. Bu verilere göre hekimlerimiz kendilerini deri kanseri ve güneşten korunma yöntemleri hakkında yetersiz görmektedirler ve verilen eğitimin yeterli olmadığını düşünmektedirler. Ayrıca bu konu hakkındaki bilgilerini taze tutmak için çok az bir kısmı verilen eğitim dışındaki eğitici bir etkinliğe katılmıştır.

Bölümler arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Bu farklılık dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanı olanlar ile diğer bölümler arasındaki farktan kaynaklanmış olup dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanı olanların puanı daha yüksektir. dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanlarının aldıkları ortalama puan  $18,8\pm1,0$  iken(max. puan 20) , dahili bölüm asistanları  $13,7\pm2,6$  puan, cerrahi bölüm asistanları  $13,9\pm1,8$  puan ve intörn hekimler  $13,4\pm2,4$  puan almıştır. Mezuniyet sonrası deri kanseri ile primer ilgilenen bölüm hekimlerinin diğer hekimlere oranla bilgi seviyesi oldukça yüksek çıkmıştır. Dermatoloji ve plastik cerrahi bölümünde çalışan hekimlerin mezuniyet sonrası bu konu hakkında aldıkları eğitim ve gördükleri hastalar bu farklılığın nedeni olarak açıklanabilir. Ayrıca diğer bölümlerde çalışan hekimlere yönelik eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Literatürde daha önce yapılan çalışmalara baktığımızda yaşa göre bilgi düzeyinin değiştiğinin ortaya konulduğunu görmekteyiz. Terzi ve ark.'nın (146) polikliniğe başvuran hastalar üzerinden yaptıkları çalışmada genç katılımcıların deri kanseri bilgisi yaşlı katılımcılardan daha yüksekti. Gavin ve ark.'nın (147) Kuzey İrlanda'da yaptıkları bir çalışmaya göre katılımcıların bilgi düzeyleri yaş ilerledikçe azalmıştır. Ergin ve ark.'nın (148) yaptıkları çalışmaya göre de genç annelerin bilgisi yaşlı olanlardan daha yüksekti. Farklı olarak Haney ve ark.'nın (149,150) onkoloji hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmaya göre yaş ilerledikçe bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kendi çalışmamıza baktığımızda yaş ile toplam puan arasında anlamlı bir korelasyon görülmemiştir. Katılımcıların %84.6'sının meslekteki çalışma yılının 0-6 yıl arasında olması, yaşlarının birbirine yakın olması ve katılımcıların hepsinin hekim olması hasebiyle aldıkları eğitimin benzer olması gibi nedenlerden ötürü yaş ile bilgi seviyesi arasında anlamlı bir korelasyon görülmemiştir denilebilir.

Literatüre baktığımızda güneşten korunma bilgi ve davranışı konusunda kadın cinsiyetin erkek cinsiyete göre belirgin şekilde önde olduğu görülmüştür. ABD'de üniversite sporcuları üzerinde yapılan bir çalışmada kadın sporcuların erkek sporculara göre bilgi, tutum ve davranışta anlamlı düzeyde daha iyi puan aldıkları görülmüştür (151). Portekiz'de yapılan bir çalışmada deri kanseri açısından yüksek riskli bir grup olan açık hava koşucuları arasında, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre güneşten daha fazla korundukları tespit edilmiştir (152). İrlanda'da yapılan çalışmaya göre kadınların erkeklere göre bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuş ve kadınlar daha fazla güneş

koruyucu davranış sergilemişlerdir (147). Miami’de yapılan bir çalışmaya göre tıp öğrencileri arasında, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre hem güneşten korunmada hem de bilgide önde oldukları saptanmıştır. (153).

Türkiye’de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin bilgisi erkek öğrencilerin bilgisinden anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (154). Bizim çalışmamızda ise kadın ve erkeklerin deri kanserleri hakkındaki bilgi düzeyleri benzer bulunmuştur ve aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ancak kadınların güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünme oranı (%68,8) erkeklerin oranından (%51) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların düzenli güneş kremi kullanma oranı (%76,3) erkeklerin oranından (%27,9) anlamlı şekilde yüksektir. Aslında erkekler deri kanseri açısından kadınlara göre daha fazla risk altındadır ve bu sebepten dolayı güneşten korunma yöntemlerini daha iyi uygulamaları gerekmektedir fakat kadınlar bu konuda erkeklerden daha bilinçli hareket etmektedirler. Bunun sebebi kadınların cilt güzelliğine daha fazla önem vermeleri ve estetik kaygılarının erkeklerle göre daha fazla olması olabilir.

Ailede deri kanseri öyküsü olması ile bilgi düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda daha önce yapılan çalışmalarda farklılıklar mevcuttur. Kıbrıs’ta ilkokul öğrencileri ve onların aileleri ile yapılan bir çalışmada ailesinde deri kanseri öyküsü olan kişilerin güneşten korunma konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli seviyede olmadığı sonucuna varılmıştır (155). Patel ve ark.’nın (153) yaptıkları çalışmada ailesinde deri kanseri öyküsü olanların bilgisi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yurtseven ve ark.’nın (34) ve Kudubes ve ark.’nın (150) yaptıkları çalışmalarda ailede deri kanseri öyküsünün varlığı bilgi düzeylerini olumlu yönde etkilemiştir. Haney ve ark.’nın (149) yaptıkları çalışmada ise ailede deri kanseri öyküsünün olması bilgi düzeyi üzerinde farklılık oluşturmamıştır. Bizim çalışmamızda da ailesinde veya yakınlarında deri kanseri öyküsünün olması bilgi düzeyinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır.

İrlanda’da yapılan bir çalışmaya katılan kişilerin %35’inin aylık periyotlarla kendi kendine deri muayenesi(KKDM) yaptığı saptanmıştır (156). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %58’i ya deri muayenesi için başka birisinden yardım aldığını ya da KKDM yaptığını belirtmiştir (157). Bizim çalışmamızda katılımcıların %52,9’u daha önce KKDM yaptığını belirtmiş olup katılımcıların hekim olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu oran pek istenen düzeyde değildir. Ayrıca cildindeki lezyonun tehlikeli olabileceğini düşünen hekimlerin %16,4’ü lezyona yönelik dermatoloji

takibi, lezyonu aldırma veya kendi kendine takip gibi yolları izlemezken lezyona yönelik bir şey yapmıyor. Deri kanseri erken teşhis edildiğinde tedavi başarısı oldukça yüksektir. Özellikle metastaz yapabilen ve hızlı ilerleyebilen malign melanom için erken teşhisin ayrı bir önemi vardır. Bu nedenle erken teşhis ve şüpheli lezyonların erken farkedilmesi için KKDM yapılması ve hastalarada tavsiye edilmesi büyük önem arz etmektedir.

Lee ve ark.'nın (158) yaptıkları çalışmada yaşın ilerlemesiyle KKDM yapma oranı anlamlı bir şekilde artmıştır. İrlanda'da yapılan başka bir çalışmada kadınların ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin düzenli KKDM yapma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (147). Bizim çalışmamızda ise cinsiyet, medeni durum, bölüm ve çalışma yılı arasında daha önce kendine deri muayenesi yapma durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

Güler ve ark.'nın (159) yaptıkları çalışmada katılımcıların %62.2'si bronzlaşmak için solaryumun kullanılmasının faydalı olmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki katılımcıların %91.3'ü yapay UV kaynaklarının(solaryum) deri kanserleri için risk faktörü olduğunu doğru bilmişlerdir. Diğer çalışmaya göre doğru farkındalığın nedeni çalışmamızdaki katılımcıların hekim olması ile açıklanabilir. Bazı insanlarda bronzlaşmanın faydalı olduğuna dair yanlış bir inanış vardır ama bazı insanlar ise güzellik algısı uğruna güneşle veya solaryum cihazları ile bronz bir tene sahip olmak için bile bile sağlıklarını riske atmaktadırlar.

Güler ve ark.'nın (159) yaptıkları çalışmada, en iyi koruma için güneş kreminin ne zaman kullanılmasına yönelik sorulan soruyu doğru bilme oranı %70.2 iken Terzi ve ark.'nın (146) çalışmasında bu oran 81.2 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise en iyi korunma için güneş kreminin ne zaman kullanması gerektiğini irdelediğimiz soruyu katılımcıların %47,5'i yanlış cevaplamıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların hekim olduğuda göz önünde bulundurulduğunda doğru bilenlerin oranı oldukça düşüktür. Güneş ışınlarından etkin bir korunma için güneş kremlerinin ne zaman kullanılması gerektiğini bilmeliyiz.

Bu noktalara baktığımızda özellikle dermatoloji uzmanları ve aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Hele ki temel düsturlarından biri koruyucu hekimlik olan birinci basamak hekimleri deri kanserleri ve güneşten korunma konusunda bilgi düzeylerini arttırmalı ve daha fazla bilinçlenmelidirler. Aynı zamanda hastalarını

bilgilendirmeleri gerekmektedir, böylelikle hastalarda iyi yönde davranış değişiklikleri sağlanabilir.

### **5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışmamız kesitsel tipte olduğu için sonuçlar tüm topluma genellenemez.

Çalışmamız sadece Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan asistan ve intörn hekimlere yapılmıştır bu yüzden Türkiye'deki tüm tıp fakültelerinin katılım sağladığı bir çalışma yapılması daha doğru ve aydınlatıcı bir çalışma olacaktır ve daha doğru sonuçlar verecektir.

Çalışmamızda kullandığımız anket literatür taraması ve konusunda uzman hekimlerin görüşüne başvurularak güncel bilgiler doğrultusunda hazırlanmıştır ancak tüm literatür taranamadığı ve gözden kaçabilecek noktalar olabildiğinden önemli olduğu düşünülen noktalar üzerinde durulmuştur. Bu sebeple geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış bir anket ile yapılması daha doğru ve güvenilir sonuçlar verecektir.

Çalışmamıza dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi bölümünden 21 hekim, dahili bölümlerden 116 hekim, cerrahi bölümlerden 36 hekim ve 67 intörn hekim katılmıştır. Bölümler arasındaki katılımcı sayısı farklılık gösterdiğinden, bölüm katılımcı sayılarının daha yakın olduğu ve daha homojen dağıldığı bir çalışma yapılması daha doğru olur.

Çalışmamızda hekimlerin teorik bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir ama pratik anlamda hasta yaklaşımları değerlendirilememiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

240 hekimin katıldığı çalışmamızdaki önemli gördüğümüz bazı sonuçlar ve bu sonuçlar göz önünde bulundurularak yaptığımız öneriler kısaca şu şekilde özetlenmiştir.

Katılımcı hekimlerin %70,4'ü deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını, %42,1'i güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünmektedir. Ayrıca katılımcı hekimlerin sadece %27,9'u deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığını düşünüyor ve katılımcıların sadece %7,1'i mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldığını bildirmiştir. Bu oranlar doğrultusunda tıp fakültelerinde deri kanserleri ve korunma yöntemleri hakkında verilen eğitimi yeterli görmeyen hekimler ile hangi noktalarda eksiklik gördükleri istişare edilip verilen eğitim gözden geçirilebilir ve verilen eğitimin kalıcı olması için neler yapılabileceği tartışılabilir. Ayrıca mezuniyet sonrasında, ara ara bu bilgilerin seminer ve ders şeklinde tekrarlanması yararlı olacaktır.

Katılımcı hekimlerin sadece %46,7'si düzenli güneş kremi kullandığını belirtmiştir ve kadınların güneş kremi kullanma oranı erkeklerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca dermatoloji ve plastik cerrahideki asistan hekimlerin diğer hekimlere göre güneş kremi kullanma oranı oldukça yüksektir. Güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünen kadın hekimler erkeklere oranla anlamlı dercede yüksektir. Plastik cerrahi ve dermatoloji bölümündeki asistanlar, diğer bölümdeki asistanlara oranla güneşten korunma yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerini daha yeterli görmektedirler. Deri kanserinin gelişiminde en önemli risk faktörünün güneş ışınları olduğunu göz önünde bulundurursak hekimler arasında güneş kremi kullanımını düşük bulunmuştur. Ayrıca güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını düşünen hekim sayısı oldukça yüksektir. Özellikle dermatoloji ve plastik cerrahi dışındaki asistan ve intörlere güneşten korunma yöntemleri ve güneş kreminin kullanılmasının önemi hakkında eğitim verilerek hem kendilerini hem de hastalarını güneş maruziyetinden korumaları sağlanabilir.

Katılımcı hekimlerin en az doğru bildikleri sorular Fitzpatrick deri tipi sınıflandırmasına yönelik olan sorulardır. Hekimlerin sadece deri kanseri değil, deri tipleriyle ilgilide bilgilerini arttırmaları gerekmektedir.

Bölümler arasında toplam puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,001$ ). Dermatoloji + plastik ve rekonstrüktif cerrahi asistanlarının aldıkları puanlar diğer bölümlerdeki asistanların aldıkları puana göre anlamlı derecede yüksektir. Dermatoloji ve plastik cerrahisindeki asistanlar diğer hekimlere göre mezuniyet öncesi ve sonrasında daha fazla kurs veya kongreye katılmış ve deri kanseri ve prekanseröz lezyonlar hakkında kendilerini daha yeterli görmekte-dirler. Ayrıca daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi edenlerin toplam puanı etmemiş olanların puanından anlamlı şekilde yüksektir

Vucudunda tehlikeli lezyon olduğunu düşünen hekimler arasında lezyona yönelik hiçbir şey yapmayan hekimler olduğu gibi dermatoloji takibine gitmeyen hekimlerin oranı da oldukça yüksektir. Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin %47,1'i daha önce kendi kendine deri muayenesi yapmamıştır.

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda dermatoloji ve plastik cerrahi bölümleri dışındaki asistan ve intörn hekimlerin deri kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Dermatoloji ve plastik cerrahi bölümünde çalışan asistan hekimler dışındaki asistan ve intörn hekimlerin güneş kremi kullanımı ve kendi kendine deri muayenesi konularına da yeterli önemi göstermedikleri görülmektedir. Hekimler hem kendi sağlıkları için hem de yol gösterdikleri toplumun sağlığı için deri kanserleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalıdırlar. Deri kanserinin önlenmesi amacıyla güneşten korunma yöntemleri ve kendi kendine deri muayenesi gibi konularda öncelikli olarak kendileri daha bilinçli hareket etmeli ve toplumu da o şekilde yönlendirmelidirler. Bu amaçla mezuniyet öncesi deri kanserleri ve güneşten korunma yöntemleri ile ilgili eğitimlere daha önem verilmelidir. Hastalar deri lezyonları ile ilgili şikayetlerini her bölümde dile getirebildikleri için mezuniyet sonrasında hekimlerin bu konu hakkında okumalar ve araştırmalar yapmaları gerekmektedir. Ayrıca bağlı oldukları kurum ve ana bilim dalları tarafından da bu konu hakkında ara ara eğitim verilerek hekimlerin bilgi ve farkındalıkları canlı tutulmalıdır.

## 7.KAYNAKÇA

1. American Society Of Clinical Oncology. Skin Cancer (Non-Melanoma) Erişim Adresi: <https://www.Cancer.Net/Cancer-Types/Skin-Cancer-NonMelanoma>; Erişim tarihi:06 Ekim 2023
2. Calzavara-Pinton P, Ortel B, Venturini M. Non-Melanoma Skin Cancer, Sun Exposure And Sun Protection. *G Ital Dermatol E Venereol Organo Uff Soc Ital Dermatol E Sifilogr.* 2015;150(4):369-78.
3. Cameron, M. C., Lee, E., Hibler, B. P., et al (2019). Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(2), 303–317.
4. Cameron, M. C., Lee, E., Hibler, B. P., Giordano, C. N., Barker, C. A., Mori, S., Cordova, M., Nehal, K. S., & Rossi, A. M. (2019). Basal cell carcinoma: Contemporary approaches to diagnosis, treatment, and prevention. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(2), 321–339.
5. Betti, R., Radaelli, G., Mussino, F., Menni, S., & Crosti, C. (2009). Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinomas in adults younger than 40 or 90 and older: any difference?. *Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al.]*, 35(2), 201–206.
6. Kim, J. E., Chung, B. Y., Sim, C. Y., Park, A. Y., Lee, J. S., Whang, K. U., Park, Y. L., Kim, H. O., Park, C. W., & Lee, S. Y. (2019). Clinicopathologic Features and Prognostic Factors of Primary Cutaneous Melanoma: a Multicenter Study in Korea. *Journal of Korean medical science*, 34(16), e126.
7. De Buhr Y, Bunde H, Großmann E, Breitbart EW. Prävention von Hautkrebs. *Der Onkologe.* 2021;28(1):49-54.
8. Mohan SV, Chang AL. Advanced basal cell carcinoma: epidemiology and therapeutic innovations. *J Current Dermatology Report* 2014;3(1):40-45.
9. IARC, Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today/home>
10. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *J Cancer Clinicians* 2018;68(6):394-424.
11. Global Burden of Disease Cancer C, Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2019;5(12):1749-68.
12. Kara F, Keskinlik B, ed. Türkiye kanser istatistikleri 2017. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2021. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2017.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf)
13. Stanton WR, Janda M, Baade PD, Anderson P. Primary prevention of skin cancer: a review of sun protection in Australia and internationally. *Health Promot Int.* 2004;19(3):369-78.

14. Khaled M, Whiteman DC, Tran B, Kimlin MG, Olsen CM, Neale RE. A meta-analysis of pigmentary characteristics, sun sensitivity, freckling and melanocytic nevi and risk of basal cell carcinoma of the skin. *Cancer Epidemiol.* 2013;37(5):534-43.
15. Kurumlu Z. Ultraviole ve Ultravioleden Korunma. *Türkiye Klin Kozmetoloji Derg.* 1998;1(2):75-82.
16. Mazeto I, Esposito ACC, Cassiano DP, Miot HA. Sun exposure (UVB, UVA, and blueviolet visible light) in ordinary daily situations. *Int J Dermatol.* 2022;61(8):e291-e3.
17. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, eds. *World cancer report: Cancer research for cancer prevention.* Lyon: International Agency for Research on Cancer 2020.
18. <https://prosafety.com.tr/elektromanyetik-spektrum-radyoaktivite/>
19. Polefka TG, Meyer TA, Agin PP, Bianchini RJ. Effects of solar radiation on the skin. *J Cosmet Dermatol* 2012;11(2):134-43.
20. Khan AQ, Travers JB, Kemp MG. Roles of UVA radiation and DNA damage responses in melanoma pathogenesis. *Environ Mol Mutagen.* 2018;59(5):438-60
21. Rütger TM. Cutaneous Photobiology. 2019 [cited 2022/08/18]. In: Fitzpatrick's Dermatology, 9e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education, [cited 2022/08/18]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161321744](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161321744).
22. Uzuner Yağın Y. Güneşin Cilde Etkisi ve Güneşten Koruyucu Ürünler; *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics* ,2017;10(1):24-38.
23. Perincek SD, Duran K, Körlü AE, Bahtiyari MI. Ultraviolet technology. *Tekstil ve Konfeksiyon.* 2007;17(4):219-23.
24. Holick MF. Biological effects of sunlight, ultraviolet radiation, visible light, infrared radiation and vitamin d for health. *J Anticancer Research* 2016;36(3):1345-56.
25. Sklar LR, Almutawa F, Lim HW, Hamzavi I. Effects of ultraviolet radiation, visible light, and infrared radiation on erythema and pigmentation: a review. *Photochem Photobiol Sci.* 2013;12(1):54-64.
26. Kochevar I. Molecular and cellular effects of UV radiation relevant to chronic photodamage. Cambridge: Blackwell Science; 1995.
27. Cadet J, Sage E, Douki T. Ultraviolet radiation-mediated damage to cellular DNA. *J Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis* 2005;571(1-2):3-17.
28. Young AR, Chadwick CA, Harrison GI, Nikaido O, Ramsden J, Potten CS. The similarity of action spectra for thymine dimers in human epidermis and erythema suggests that dna is the chromophore for erythema. *J Investigative Dermatology* 1998;111(6):982-88.
29. Rütger TM. Ultraviolet radiation. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatology.* 4th Ed. China: Elsevier 2018:1536-47.
30. Baron ED, Suggs AK. Introduction To Photobiology. *Dermatologic Clinics.* 2014;32(3):255-66.
31. Han A, Chien AL, Kang S. Photoaging. *Dermatol Clin.* 2014;32(3):291-9, Vii.
32. Tsai KY, Dlugosz AA. Carcinogenesis and Skin. 2019 [cited 2022/08/28]. In: Fitzpatrick's Dermatology, 9e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education, [cited

- 2022/08/28]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161321943](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161321943).
33. LaPlante MJ, Usatine RP. Sun Damage and Skin Cancer Prevention. 2019 [cited 2022/08/28]. In: *The Color Atlas and Synopsis of Family Medicine, 3e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education, [cited 2022/08/28]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1164361212](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1164361212).
34. Yurtseven E, Ulus T, Vehid S, Koksall S, Bosat M, Akkoyun K. Assessment of Knowledge, Behaviour and Sun Protection Practices among Health Services Vocational School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9(7):2378-85.
35. World Health Organization (WHO), Global solar UV index. <https://www.who.int/publications/i/item/9241590076>
36. Centers For Disease Control And Prevention. Sun Safety 2022 [cited 2022 August ]. Available from: [https://www.cdc.gov/cancer/skin/basic\\_info/sun-safety.htm](https://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/sun-safety.htm).
37. Parisi AV, Smith D, Schouten P, Turnbull DJ. Solar ultraviolet protection provided by human head hair. *Photochemistry and Photobiology* 2009;85(1):250-54.
38. Sun EC, Fears TR, Goedert JJ. Epidemiology of squamous cell conjunctival cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 1997;6(2):73-7.
39. Autier P, Doré J-F, Cattaruzza MS, Renard F, Luther H, Gentiloni-Silverj F, et al. Sunscreen use, wearing clothes, and number of nevi in 6-to 7-year-old European children. *Journal of the National Cancer Institute*. 1998;90(24):1873-80.
40. Balk SJ. Ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;127(3):e791-e817.
41. Sewell MJ, Burkhart CN, Morrell DS. *Dermatological Pharmacology*. 2017 [cited 2022/08/25]. In: *Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics, 13e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education, [cited 2022/08/25]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1162548094](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1162548094).
42. American Society Of Clinical Oncology. 10 Tips For Protecting Your Skin From The Sun. Erişim Adresi: <https://www.Cancer.Net/Blog/2015-07/10-Tips-Protecting-Your-Skin-Sun>
43. Le Clair MZ, Cockburn MG. Tanning bed use and melanoma: Establishing risk and improving prevention interventions. *J Preventive Medicine Reports* 2016;14(3):139-44.
44. Leider M. On the weight of the skin. *J Investigative Dermatology* 1949;12(3):187-91
45. Arda O, Goksugur N, Tuzun Y. Basic histological structure and functions of facial skin. *Clin Dermatol*. 2014;32(1):3-13.
46. Kazancı A. Yaşlanmayla Deride Meydana Gelen Değişimlerin İncelenmesi (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
47. Hall JE. *Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji*. Yeğen BÇ, Çev. 13. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2017.
48. Bernard JJ, Gallo RL, Krutmann J. Photoimmunology: how ultraviolet radiation affects the immune system. *Nat Rev Immunol* 2019;19:688-701.
49. Gawkrödger DJ, Ardern-Jones MR. *Dermatology: An illustrated colour text*. Poland: Elsevier 2021.

50. Lademann J, Meinke MC, Schanzer S, Albrecht S, Zastrow L. Neue Aspekte Bei Der Entwicklung Von Sonnenschutzmitteln. *Hautarzt*. 2017;68(5):349-53.
51. Losquadro WD. Anatomy of the skin and the pathogenesis of nonmelanoma skin cancer. *J Facial Plastic Surgery Clinics of North America* 2017;25(3):283-89.
52. <http://www.iudermatoloji.com/tag/derinin-yapisi>.
53. Junquera LC, Carneiro J. Temel Histoloji. Aytekin Y, Solakoğlu S. Çev.Ed, 10. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
54. Koca R. Hiperpigmentasyon Oluşturan Eksojen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol Special Topics* 2012; 5(4):31-7.
55. Yakut ÇD, Orhan AE, Bali YY, Hasçıçek NC, Ünlü RE. Nonmelanom Deri Kanserli Hastalarda Tanı Öncesi Güneş Koruyucu Ürün Kullanım Alışkanlıkları. *Türkiye Klinik Dermatoloji Derg*. 2016;26(1):15-24.
56. Gupta V, Sharma VK. Skin Typing: Fitzpatrick Grading And Others. *Clin Dermatol*. 2019;37(5):430-6.
57. Aydemir EH. Deri kanserleri. Tüzün Y, Engin B. Dermatolog olmayanlar için dermatoloji'de. İstanbul:İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak Tıp Eğitimi Komisyonu; 2012: 43-7.
58. World Health Organization. Radiation: Ultraviolet (UV) radiation and skin cancer 2017 [cited 2022 August ]. Available from: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-\(uv\)-radiation-and-skin-cancer](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer).
59. Ergün A, Aygün Ö. Investigation of 6-8. Grades secondary school students of the sun protection behaviors in Sakarya Province. 2016
60. Elwood JM, Jopson J. Melanoma and sun exposure: an overview of published studies. *International Journal of Cancer*. 1997;73(2):198-203
61. Eşer İ, Khorshid L, Güneş ÜY, Zaybak A. Sağlıklı Bireylerde Kanser Risk Faktörleri. *Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg*. 2007;23(2):13-22.
62. Sreekantaswamy SA, Olbricht S, Weiss J, Butler DC. Skin Cancer. 2022 [cited 2022/08/29]. In: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 8e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education, [cited 2022/08/29]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1190913235](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1190913235).
63. Sümen A. Denizcilik lisesi öğrencilerine cilt kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisi (Yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Antalya; 2014.
64. Tanrıverdi MH, Turan E. Birinci Basamakta Epidermal Prekanseroz Lezyonlara Yaklaşım. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2010;2(1):53-6.
65. Aydemir EH. Prekanseroz Hastalıklar ve Deri Kanserleri. *Klinik Gelişim*. 2009;14-20.
66. Ekiz Ö. Epitelyal Prekanseroz Lezyonlar. 2016;7(28):46-55. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2016;7(28):46-55.
67. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, Nijsten T. Epidemiology Of Basal Cell Carcinoma: Scholarly Review. *Br J Dermatol*. 2017;177(2):359-72.
68. Ülker G. Nonmelanoma deri kanserleri: bazal hücreli kanser ve skuamöz hücreli kanser. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 2016;8(6):36-41.

69. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(1):13-24.
70. Wong C, Strange R, Lear J. Basal cell carcinoma. *BMJ.* 2003;327(7418):794- 8.
71. Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U, edt. Robbins temel patoloji. 9th Ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2013.
72. Tanese K. (2019). Diagnosis and Management of Basal Cell Carcinoma. *Current treatment options in oncology*, 20(2), 13.
73. ShamsiMeymandi, S., Dabiri, S., Zeynadini Meymand, A., Iranpour, M., Khalili, M., Alijani, S., & Aflatoonian, M. (2019). Evaluation of Immunohistochemical Findings and Clinical Features Associated with Local Aggressiveness in Basal Cell Carcinoma. *Iranian journal of pathology*, 14(3), 193–196.
74. Basset-Seguın, N., & Herms, F. (2020). Update in the Management of Basal Cell Carcinoma. *Acta dermato-venereologica*, 100(11), adv00140.
75. McDaniel B, Badri T, Steele RB. Basal Cell Carcinoma. [Updated 2020 Nov 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482439/>
76. Gül Ü. Nonmelanoma Deri Kanseri: Bazal Hücreli Kanseri ve Skuamöz Hücreli Kanseri. 2016;8(6):36-41.
77. Jerant AF, Johnson JT, Sheridan CD, Caffrey TJ. Early Detection And Treatment Of Skin Cancer. *Am Fam Physician.* 2000;62(2):357-68.
78. Trakatelli, M., Morton, C., Nagore, E., Ulrich, C., Del Marmol, V., Peris, K., Basset-Seguın, N., & BCC subcommittee of the Guidelines Committee of the European Dermatology Forum (2014). Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management. *European journal of dermatology : EJD*, 24(3), 312–329.
79. Sreekantaswamy S, Endo J, Chen A, Butler D, Morrison L, Linos E. Aging and the treatment of basal cell carcinoma. *J Clinics in Dermatology* 2019;37(4):373- 78.
80. Work Group, Invited Reviewers, Kim, J., Kozlow, J. H., Mittal, B., Moyer, J., Olenecki, T., & Rodgers, P. (2018). Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 78(3), 560–578.
81. Waldman, A., & Schmults, C. (2019). Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *Hematology/oncology clinics of North America*, 33(1), 1–12.
82. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: Incidence, Risk Factors, Diagnosis, And Staging. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(2):237-47.
83. American cancer society, Basal and squamous cell skin cancer risk factors. <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/causesrisks-prevention/risk-factors.html>. Erişim tarihi: 7 kasım 2023.
84. Harms KL, Orsini A, Johnson TM, Durham AB. Skin Cancer. 2017 [cited 2022/08/31]. In: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 7e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education, [cited 2022/08/31]. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1136596248](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1136596248).

85. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. *J American Academy of Dermatology* 1992;26(6):976-90.
86. Ferri FF. Ferri's clinical advisor 2022. In: Ferri FF. Squamous cell carcinoma. United States: Elsevier 2022:1410-1411. [https://www.clinicalkey.com/#!/content/derived\\_clinical\\_overview/76-s2.0-B9780323755702008626#hl0000171](https://www.clinicalkey.com/#!/content/derived_clinical_overview/76-s2.0-B9780323755702008626#hl0000171).
87. Corchado-Cobos R, García-Sancha N, González-Sarmiento R, Pérez-Losada J, Cañueto J. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: From Biology to Therapy. *Int J Mol Sci.* 2020;21(8):2956.
88. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, Malvey J, Marmol V, Becker J, et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *J European Cancer* 2015;51(14):1989-2007.
89. Parekh V, Seykora JT. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *Clin Lab Med.* 2017;37(3):503-25.
90. Stratigos, A. J., Garbe, C., Dessinioti, C., Lebbe, C., Bataille, V., Bastholt, L., et al. European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (2020). European interdisciplinary guideline on invasive squamous cell carcinoma of the skin: Part 1. epidemiology, diagnostics and prevention. *European journal of cancer* (Oxford, England : 1990), 128, 60–82.
91. Sadek H, Azli N, Wendling JL, Cvitkovic E, Rahal M, Mamelle G, Vd. Treatment Of Advanced Squamous Cell Carcinoma Of The Skin With Cisplatin, 5-Fluorouracil, And Bleomycin. *Cancer.* 1990;66(8):1692-6.
92. Garbe, C., Amaral, T., Peris, K., Hauschild, A., Arenberger, P., Bastholt, L., et al. European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (2020). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics - Update 2019. *European journal of cancer* (Oxford, England : 1990), 126, 141–158.
93. Hill D. (eds.), *Prevention of Skin Cancer*, Kluwer Academic Publishers, Australia 2004.
94. World Health Organization (WHO). Health consequences of excessive solar UV radiation. <https://www.who.int/news/item/25-07-2006-health-consequences-ofexcessive-solar-uv-radiation>.
95. Carr S, Smith C, Wernberg J. Epidemiology and risk factors of melanoma. *J Surgical Clinics of North America* 2020;100(1):1-12.
96. Watts C, Dieng M, Morton R, Mann G, Menzies S, Cust A. Clinical practice guidelines for identification, screening and follow-up of individuals at high risk of primary cutaneous melanoma: a systematic review. *British Journal of Dermatology.* 2015;172(1):33-47.
97. Paul CL, Bryant J, Turon H, Brozek I, Noble N, Zucca A. A narrative review of the potential for self-tanning products to substitute for solaria use among people seeking a tanned appearance. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2014;30(2-3):160-6.
98. Rodriguez-Acevedo AJ, Green AC, Sinclair C, van Deventer E, Gordon LG. Indoor tanning prevalence after the International Agency for Research on Cancer statement on

- carcinogenicity of artificial tanning devices: systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2020;182(4):849-59.
99. Duman N. Kutanöz Malign Melanom, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, 2014, Doi: 10.5505/aot.2014.27247.
100. Eggermont A, Spatz A, Robert C. Cutaneous melanoma. *J The Lancet* 2014;383(9919):816-27.
101. Baykal C, Ekinci AP. Malign melanom: risk faktörleri ve temel klinik özellikler. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2015;9(1):1-7.
102. Randi G, Naldi L, Gallus S, Landro AD, Vecchia CL. Number of nevi at a specific anatomical site and its relation to cutaneous malignant melanoma. *Journal of Investigative Dermatology.* 2006;126: 2106–2110.
103. Davis LE, Shalin SC, Tackett AJ. Current state of melanoma diagnosis and treatment. *Cancer Biol Ther.* 2019;20(11):1366-79.
104. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, Mccarthy WH, Osman I, Vd. Early Diagnosis Of Cutaneous Melanoma: Revisiting The ABCD Criteria. *JAMA.* 2004;292(22):2771-6.
105. Gaudy-Marqueste C, Wazaefi Y, Bruneu Y, Triller R, Thomas L, Pellacani G, Vd. Ugly Duckling Sign As A Major Factor Of Efficiency In Melanoma Detection. *JAMA Dermatol.* 2017;153(4):279-84.
106. Fiessinger LA. Nevi and Melanoma. 2022 In: *Clinical Dermatology: Diagnosis and Management of Common Disorders.* New York, NY: McGraw-Hill Education. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1190938739](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1190938739).
107. Hassel JC, Enk AH. Melanoma. 2019. In: *Fitzpatrick's Dermatology, 9e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education. Available from: [accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161336341](https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161336341).
108. Deborah L, Cummins MD, Jordon M, Cummins BA, Hardin Pantle MD, Michael A, Silverman MD, Aimee L. Leonard MD, MBA. Cutaneous malignant melanoma. *Mayo Clinic Proceedings.* 2006;81(4):500-7.
109. Hassel JC, Enk AH. Melanoma. In: *Fitzpatrick's Dermatology, 9th Edition,* Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al (Eds), McGraw-Hill Education, 2019. Vol 1, p.1982-2017.
110. Pandiani C, Beranger G, Leclerc J, Ballotti R, Bertolotto C. Focus on cutaneous and uveal melanoma specificities. *J Genes Development* 2017;31(8):724-43.
111. Liu, W., Hill, D., Gibbs, A. F., Tempany, M., Howe, C., Borland, R., Morand, M., & Kelly, J. W. (2005). What features do patients notice that help to distinguish between benign pigmented lesions and melanomas?: the ABCD(E) rule versus the seven-point checklist. *Melanoma research,* 15(6), 549–554.
112. Friedman, R. J., Rigel, D. S., & Kopf, A. W. (1985). Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA: a cancer journal for clinicians,* 35(3), 130–151.
113. Nagore, E., Oliver, V., Moreno-Picot, S., & Fortea, J. M. (2001). Primary cutaneous melanoma in hidden sites is associated with thicker tumours - a study of 829 patients. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990),* 37(1), 79–82.

114. Swetter SM, Tsao H, Bichakjian CK, Curiel-Lewandrowski C, Elder DE, Gershenwald JE, Vd. Guidelines Of Care For The Management Of Primary Cutaneous Melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(1):208-50.
115. Karakök Güngör H, Akay BN. Current Treatment Modalities İn Advanced Melanoma. *Turk J Dermatol Türk Dermatoloji Derg*. 2016;10(4):137-44.
116. <https://www.uptodate.com/contents/benign-pigmented-skin-lesions-otherthan-melanocytic-nevi-moles>.
117. Özeydın Yavuz G, Yavuz İH. Melanositik nevusler. *Van Tıp Dergisi*. 2014;21(4):259-68.
118. Tannous ZS, Mihm Jr MC, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2005;52(2):197- 203.
119. Price HN, Schaffer JV. Congenital melanocytic nevi—when to worry and how to treat: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*. 2010;28(3):293-302.
120. Kanada KN, Merin MR, Munden A, Friedlander SF. A prospective study of cutaneous findings in newborns in the United States: correlation with race, ethnicity, and gestational status using updated classification and nomenclature. *The Journal of Pediatrics*. 2012;161(2):240-5.
121. Castilla EE, Dutra MDG, Orioli-Parreiras IM. Epidemiology of congenital pigmented naevi: I. Incidence rates and relative frequencies. *British Journal of Dermatology*. 1981;104(3):307-15.
122. <https://www.uptodate.com/contents/congenital-melanocytic-nevi>. Erişim Tarihi: 16.05.2020.
123. Wolff H. Diseases of hair. *Braun-Falco's Dermatology*. Ed. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, Braun-Falco O. Italy. Springer; 2009.
124. Güzey S, Zor F, Kurt B, Işık S. Erişkin yaş grubunda saptanan orta boyutlu konjenital melanositik nevüslerde malignite potansiyeli ve tedavi yaklaşımı. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk J Plast Surg)*. 2012;19(3):117- 20.
125. Suh K-Y, Bologna JL. Signature nevi. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2009;60(3):508-14.
126. <https://www.uptodate.com/contents/acquired-melanocytic-nevi-moles>. Erişim tarihi: 15.12.2023
127. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 2 volumes. Transplantation. 2008;85(654).
128. Harrison SL, Buettner PG, MacLennan R. Body-site distribution of melanocytic nevi in young Australian children. *Archives of Dermatology*. 1999;135(1):47-52.
129. Bauer J, Garbe C. Acquired melanocytic nevi as risk factor for melanoma development. A comprehensive review of epidemiological data. *Pigment Cell Research*. 2003;16(3):297-306.
130. [hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/Turkiye\\_kanser\\_kontrol\\_programi\\_2016.pdf](http://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/Turkiye_kanser_kontrol_programi_2016.pdf). Erişim Tarihi: 15.12.2023.

131. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences* 2014;2(2):254-56.
132. Ersoy E, Saatçi E. Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2):82-9.
133. Jones OT, Ranmuthu CKI, Hall PN, Funston G, Walter FM. Recognising Skin Cancer İn Primary Care. *Adv Ther*. 2020;37(1):603-16.
134. Sinclair R, Meah N, Arasu A. Skin Checks İn Primary Care. *Aust J Gen Pract*. 2019;48(9):614-9.
135. Di Quinzio ML, Dewar RA, Burge FI, Veugelers PJ. Family physician visits and early recognition of melanoma. *Can J Public Health*. 2005;96(2):136-9.
136. Dağ S, Hisar F. Açık Alanda Çalışan İşçilerin Cilt Kanserine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(6):532-6.
137. Castro-Maqueda GD, Gutierrez-Manzanedo JV, Fernandez-Santos JR, Linares-Barrios M, Troya Martín MD. Sun Protection Habits and Sun Exposure of Physical Education Teachers in the South of Spain. *Photochemistry and photobiology* 2019;95(6):1468-1472.
138. Gül Ü. Güneş, Sıcak ve Derimiz. *Ankara Medical Journal* 2015;15(3):145-52.
139. Türkmen A, Berberoğlu Ö, Bekerecioğlu Ö, Mutaf M. Deri Kanserleri:10 Yıllık Değerlendirme. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2010;16(2):11-5.
140. Uslu, M., Karaman, G., Şavk, E., & Şendur, N. (2006). Adnan Menderes Üniversitesi hekimlerinin deri kanserleri ve güneşin etkileri konusundaki bilgi düzeyleri ile güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi.
141. Özüğuz, P., Kaçar, S. D., Akyürek, F. T., & Üzel, H. (2014). Birinci Sınıf ve Son Sınıf Tıp Öğrencileri Arasında Güneş ve Deri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Dermatology/Turk Dermatoloji Dergisi*, 8(1).
142. Stephenson, A., From, L., Cohen, A., & Tipping, J. (1997). Family physicians' knowledge of malignant melanoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 37(6), 953-957.
143. Moore MM, Geller AC, Zhang Z, et al. Skin cancer examination teaching in US medical education. *Arch Dermatol* 2006;142(4):439-44.
144. Garrido, A. Q., Wainstein, A. J. A., Brandão, M. P. A., de Vasconcellos Santos, F. A., Bittencourt, F. V., Ledsham, C., & Drummond-Lage, A. P. (2020). Diagnosis of cutaneous melanoma: the gap between the knowledge of general practitioners and dermatologists in a Brazilian population. *Journal of Cancer Education*, 35, 819-825.
145. Cassileth, B. R., Clark Jr, W. H., Lusk, E. J., Frederick, B. E., Thompson, C. J., & Walsh, W. P. (1986). How well do physicians recognize melanoma and other problem lesions?. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 14(4), 555-560.
146. Terzi S, Başak PY, Erturan İ. Polikliniğe başvuran hastalarda güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların araştırılması. *Turkish Archives of Dermatology & Venerology/Turkderm*. 2017;51(1):2-6.

147. Gavin A, Boyle R, Donnelly D, Donnelly C, Gordon S, McElwee G, et al. Trends in skin cancer knowledge, sun protection practices and behaviours in the Northern Ireland population. *Eur J Public Health*. 2012;22(3):408-12.
148. Ergin A, Bozkurt AI, Bostancı M, Özgür Ö. Beş yaşından küçük çocuğu olan annelerin güneşin sağlığa etkisine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2011(2):72-8.
149. Haney MO, Bahar Z, Beser A, Arkan G, Cengiz B. Psychometric Testing of the Turkish Version of the Skin Cancer and Sun Knowledge Scale in Nursing Students. *J Cancer Educ*. 2018;33(1):21-8.
150. Akdeniz Kudubes A, Aydın A, Ugur O, Bektas M. Factors affecting knowledge levels of oncology nurses about skin cancer and sun protection. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(6):e13310.
151. Hobbs C, Nahar VK, Ford MA, Bass MA, Brodell RT. Skin cancer knowledge, attitudes, and behaviors in collegiate athletes. *J Skin Cancer*. 2014;2014:248198.
152. Duarte AF, Nagore E, Silva JNM, Picoto A, Pereira AC, Correia OJC. Sun protection behaviour and skin cancer literacy among outdoor runners. *Eur J Dermatol*. 2018;28(6):803-8.
153. Patel SS, Nijhawan RI, Stechschulte S, Parmet Y, Rouhani P, Kirsner RS, et al. Skin Cancer Awareness, Attitude, and Sun Protection Behavior Among Medical Students at the University of Miami Miller School of Medicine. *Archives Of Dermatology*. 2010;146(7):797-800.
154. Koçak AN, Adana F. Üniversite Öğrencilerinin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Hakkındaki Bilgi ve Davranış Düzeyleri: Kesitsel Bir Çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;24(4):486-95.
155. Kaptanoğlu AF, Dalkan C, Hıncal E. Sun protection in the North Cyprus Turkish population: knowledge, attitude and behaviors of elementary school children and their families. *Turkderm-Turkish Archives of Dermatology and Venereology*. 2012;46(3):121-9
156. Jones B, Oh C, Corkery E, Hanley R, Egan CA. Attitudes and perceptions regarding skin cancer and sun protection behaviour in an Irish population. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(8):1097-101.
157. Jongenelis M, Pettigrew S, Strickland M, Minto C, Slevin T. The relationship between skin checking and sun protection behaviours: implications for skin cancer prevention campaigns. *Public Health*. 2018;155:55-8.
158. Lee A, Garbutcheon-Singh KB, Dixit S, Brown P, Smith SD. The influence of age and gender in knowledge, behaviors and attitudes towards sun protection: a cross-sectional survey of Australian outpatient clinic attendees. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(1):47- 54.
159. Güler F. Edirne merkezindeki yetişkinlerde cilt kanseri riski ve korunma davranışları(Yüksek lisans tezi). *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Edirne*, 2020.

## 9. EKLER

### 9.1. Ek 1. Anket Formu

#### SOSYO-DEMOGRAFİK FORM

1.Yaş: .....

2. Cinsiyet?

Kadın  Erkek

3. Medeni durumunuz?

Evli  Bekar

4. Bölümünüz nedir?

Deri ve Zührevi hastalıkları  Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi

Aile hekimliği  İç hastalıkları

İntörn hekim  Diğer( lütfen bölümünüzü yazınız) .....

5. Meslekte kaçınıcı yılınız?

0-3  4-6  >6

6. Deri kanserleri ve prekanseröz lezyonlar hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

7. Güneşten korunma yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

8. Deri kanserleri hakkında yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

9. Mezuniyet öncesi ve sonrası deri kanseriyle ilgili herhangi bir kurs veya kongreye katıldınız mı?

Evet  Hayır

10. Daha önce deri kanseri ön tanı veya tanısıyla herhangi bir hastayı sevk veya tedavi ettiniz mi?

Evet  Hayır

11. Ailenizde veya yakınlarınızda deri kanseri öyküsüne sahip biri oldu mu?

Evet  Hayır

12. Düzenli güneş kremi kullanıyor musunuz?

Evet  Hayır

13. Daha önce deri malignitesi şüphesiyle sizden biyopsi alındı mı?

Evet  Hayır

14. Daha önce kendi kendinize deri muayenesi yaptınız mı?

Evet  Hayır

15. Cildinizde tehlikeli olabileceğini düşündüğünüz bir lezyon( nevüs, yanık izi, skar vs.) var mı?

Evet  Hayır

16. 15. Soruya cevabınız evet ise bu lezyona yaklaşımınız nedir?

Düzenli dermatoloji takibine giderim.

Kendim takip ederim.

Lezyonu aldırılmayı düşünüyorum.

Lezyona yönelik hiçbir şey yapmam

**DERİ KANSERLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ**

	DOĞRU	YANLIŞ
1) Ultraviyole(UV) ışınları arasında en kanserojen UVC iken, deri kanserlerine en sık neden olan UVB dir.		
2) Kızıl ötesi ışınlar deride fotoyaşlanma ve karsinogenezde rol oynamamaktadır.		
3) Normal şartlarda derinin kalınlaşması ve melanin üretiminin artarak bronzlaşma sağlanması güneş ışığının zararlı etkilerinden bizi korur.		
4) Deri kanserlerinin gelişiminde genetik zemin rol oynamaz.		
5) Yapay UV kaynakları(solaryum) deri kanserleri için risk faktörüdür		
6) Deri kanseri insidansı giderek azalmaktadır.		
7) Deri kanseri erkeklerde daha sık görülmektedir.		
8) Deri kanseri en sık gövdeyi tutar.		
9) Deri kanserinin en sık görülen türü skuamoz hücreli karsinomdur.		
10) Fitzpatrick sınıflamasına göre Tip 1 ve Tip 2 cilt tipleri deri kanseri için en riskli gruplardır.		
11) Fitzpatrick sınıflamasına göre melanin içeriği en fazla olan ve kolaylıkla bronzlaşabilen tip Tip 1 dir		
12) En iyi korunma için güneş kremi, güneşe çıkmadan hemen önce veya güneşe çıktıktan sonra kullanılmalıdır.		
13) SHK daha çok beyaz bireylerde yaygındır ve erkeklerde kadınlardan daha sık görülür.		
14) Uzun süreli sigara içimi, tütün çiğneme ve kronik alkol alımı oral skuamoz hücreli karsinom riskini arttırır.		
15) Kronik inflamasyon ile sonuçlanan, skar, yanık, kronik ülser, sinüs traktı veya diğer inflamatuvar durumlardan en sık kaynak alan deri kanseri bazal hücreli karsinomdur.		
16) ABCDE kriterleri malign melanom erken tanısı için oluşturulmuştur.		
17) ABCDE kriterlerinden E çapı ifade eder.		
18) Bazal hücreli karsinomun en sık görülen tipi nodüler bazal hücreli karsinomdur.		
19) Displastik nevüslerle en sık ilişkili olan deri kanseri malign melanomdur.		
20) Deri kanserlerinin tanısında en net sonucu görüntüleme yöntemleri(Usg. Bt. Mr..) verir.		

## 9.2. Ek 2. Etik Kurul Onay Formu



**T.C.**  
**VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**KARAR FORMU**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Van Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi İntörn ve Asistan Hekimlerin Deri Kanserleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİL.CİSİ	Yok				
	<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	Tüm gözlemsel çalışmalar	<input type="checkbox"/>			
		Anket çalışmaları	<input checked="" type="checkbox"/>			
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar	<input type="checkbox"/>			
Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar		<input type="checkbox"/>				
Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma		<input type="checkbox"/>				
Hücre veya doku kültürü çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar		<input type="checkbox"/>				
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi İnsana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak olan tüm araştırmalar		<input type="checkbox"/>				
Diğer :	<input type="checkbox"/>					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	Belge Adı	<b>Açıklama</b>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	Diğer:	<input checked="" type="checkbox"/> İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

Sayfa 1/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığı

Tel : 432- 2251701-05

Faks : 432-2251091

e-posta: [etikkur@vyu.edu.tr](mailto:etikkur@vyu.edu.tr)