

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**TARIMDA ÇALIŞANLARIN DERİ KANSERİ RİSK
DÜZEYLERİ, RİSK ALGILARI, BİLGİ VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Dilek GÜNDOĞDU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2016-ANTALYA

Dilek GÜNDOĞDU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2016-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TARIMDA ÇALIŞANLARIN DERİ KANSERİ RİSK
DÜZEYLERİ, RİSK ALGILARI, BİLGİ VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

DİLEK GÜNDOĞDU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Selma ÖNCEL

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2016-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 15/07/2016

İmza

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma ÖNCEL
(Akdeniz ¼niversitesi)

¼ye : Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
(Ege ¼niversitesi)

¼ye : Prof. Dr. Sebahat GZ¼M
(Akdeniz ¼niversitesi)

¼ye : Prof. Dr. Levent DÖNMEZ
(Akdeniz ¼niversitesi)

¼ye : Yrd. Doç. Dr. Ayşe MEYDANLIOğLU
(Akdeniz ¼niversitesi)

Bu tez, Enstit¼ Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun gr¼lm¼ř ve Enstit¼ Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼
Prof. Dr. Narin DERİN

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Dilek GÜNDOĞDU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Selma ÖNCEL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her aşamada rehberlik eden, destek veren, bilgi ve emeğini benden esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Selma ÖNCEL'e,
Yüksek lisans eğitimim süresince gelişimimde önemli katkısı olan değerli hocalarıma,
Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve bana zaman ayıran tüm katılımcılara,
Yüksek lisans eğitimim süresince bana yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,
Her zaman ve her koşulda yanımda olan, hiçbir yardım ve desteğini esirgemeyen kardeşime ve aileme teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, tarımda çalışan bireylerin deri kanseri risk algıları, risk düzeyleri, güneşten korunma bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Mart-Temmuz 2015 tarihleri arasında Antalya İli Kumluca İlçe merkezinde yapılmıştır. Evrenin bilinmediği durumlardaki örnekleme yöntemi kullanılarak, tarımda çalışan 415 birey örnekleme alınmıştır. Veriler, ilgili literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış bir soru formu ile toplanmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanan araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare Analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis- H testi, Korelasyon Analizi ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonunda çalışanların %25.5'inin yüksek risk düzeyinde olduğu fakat %49.2'sinin kendisini deri kanseri için riskli görmediği belirlenmiştir. Katılımcıların bilgi puan ortalaması 6.40 ± 2.17 , davranış puan ortalaması 9.11 ± 4.92 'dir. Bilgi puan ortalamasını; risk algısının yüksek olması 1.306 puan, 30 yaşından küçük olma 1.054 puan, eşit gelir gider düzeyi 0.666 puan, kadın cinsiyeti 0.592 puan, yüksek eğitim seviyesi de 0.607 puan arttırmaktadır. Davranış puan ortalamasını ise yüksek risk algısı 2.774 puan, yüksek eğitim düzeyi 1.898 puan, kadın cinsiyeti 1.303 puan arttırmaktadır. Katılımcıların bilgi ve davranış puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma sonunda; genç yaşta, ortaokul ve üzerinde eğitim seviyesinde, bekar, eşit gelir gider dengesine sahip ve 10 yıldan az süredir çalışıyor olanların, hem risk algılarının hem de bilgi ve davranış puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar kapsamında özellikle risk düzeyi yüksek, bilgi, davranış ve risk algı düzeyleri düşük bireylere yönelik, deri kanseri ve güneşten korunma eğitim ve tarama programlarının düzenlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: halk sağlığı hemşireliği, tarımda çalışanlar, deri kanseri, risk düzeyi, risk algısı, güneşten korunma bilgi ve davranış

ABSTRACT

Objective: This study was conducted in order to determine skin cancer risk perceptions and risk levels of individuals who are agricultural laborers as well as their knowledge and behaviors for protection against sun.

Method: This descriptive study was conducted in Kumluca District center of Antalya Province between March and July 2015. The sample method with unknown population was used and 415 agricultural laborers were included in the sample. The data were collected by using semi-structured questionnaire prepared according to relevant literature and expert opinions. In the evaluation of the data collected by using face-to-face interview method; descriptive statistics, Chi-square analysis, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis- H test, correlation analysis, and multiple linear regression analysis were used.

Results: At the end of the study, it was determined that 25.5% of the individuals participating in the study were at high risk, but 49.2% of the individuals did not consider themselves under risk for skin cancer. Participants' knowledge mean score was 6.40 ± 2.17 and behavior mean score was 4.92 ± 9.11 . High risk perception increased knowledge mean score as 1.306 points, being younger than 30 as 1.054 points, equal income-expense level as 0.666 points, female gender as 0.592, and high education level as 0.607 points. High risk perception increased behavior mean score as 2.774 points, high educational level as 1.898 points, and female gender as 1.303 points. There was a positive correlation between knowledge and behavior mean scores of the participants.

Conclusion: It was determined that both risk perceptions and knowledge and behavioral levels were higher in those who were at young age, had secondary school and above education level, were single, had equal income-expense balance, and working for less than 10 years. Within the scope of these results, regulation of education and screening programs for skin cancer and protection against sun is recommended especially for individuals who had high risk level and low knowledge, behavior, and risk perception.

Key words: Public health nursing, agricultural laborers, skin cancer, risk perception, risk level, knowledge and behavior for protection against sun.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2.GENEL BİLGİLER	
2.1. Kanser	4
2.2. Deri Kanseri	5
2.2.1. Deri Kanserinin Etiyolojisi	5
2.2.2. Deri Kanserinde Risk Grupları ve Özellikleri	7
2.3. Deri Kanserlerinin Sınıflaması	8
2.3.1. Melanom Dışı Deri Kanseri	9
2.3.2 Malign Melanoma	12
2.4 Deri Kanserinden Korunma	17
2.4.1 Ultraviyole Radyasyon Etkisini Sınırlamak	18
2.4.2 Gölge Alanların Tercih Edilmesi	18
2.4.3 Koruyucu Giysiler Giymek	18
2.4.4 Şapka Giymek	19
2.4.5 Güneş Koruyucu Kremler Kullanmak	19
2.4.6 Güneş Gözlüğü Kullanmak	19
2.4.7 Kişisel Deri Taraması	19
2.5 Deri Kanserinden Korunmada Hemşirenin Rolü	21

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1	Araştırmanın Tipi	23
3.2	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	23
3.4	Kullanılan Soru Formu	24
3.5	Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	26
3.6	Araştırma Etiği	26
3.7	Araştırma Verilerinin Toplanması	26
3.8	Araştırmanın Değişkenleri	26
3.9	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	26

4. BULGULAR

4.1	Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	28
4.2	Çalışmaya Katılan Bireylerin Risk Düzeylerinin İncelenmesi	29
4.3	Çalışmaya Katılan Bireylerin Risk Algılarının İncelenmesi	30
4.4	Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Bilgi ve Davranış Puan Ortalamalarının İncelenmesi	33
4.5	Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
4.6	Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Güneşten Korunma Davranış Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	38

5. TARTIŞMA

5.1	Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri Risk Düzeyleri ve Risk Algıları	43
5.2	Çalışmaya Katılan Bireylerin Güneşten Korunma Bilgilerini Etkileyen Faktörler	47
5.3	Çalışmaya Katılan Bireylerin Güneşten Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler	49

SONUÇ ve ÖNERİLER	52
--------------------------	-----------

KAYNAKLAR

55

EKLER

EK: 1 Veri Toplama Formu

EK: 2 Etik Kurul İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ

71



SİMGELER VE KISALTMALAR

AK	: Aktinik Keratozis
BHK	: Bazal Hücreli Karsinom
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GKF	: Güneş Koruma Faktörü
IARC	: International Agency for Research of Cancer
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
MDDK	: Melanoma Dışı Deri Kanseri
SEER	: Surveillance Epidemiology and End Results
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UKAA	: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
UVR	: Ultraviyole Radyasyon
UVA	: Ultraviyole A Işını
UVB	: Ultraviyole B Işını
UVC	: Ultraviyole C Işını
YHK	: Yassı Hücreli Karsinom

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
2.2.2	Fitzpatrick deri tipi sınıflaması	8
2.3.2	Malign melanom, yassı ve bazal hücreli karsinomların özellikleri	13
2.3.2.2	ABCDE bulguları	17
2.3.2.2	Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin hazırladığı kişisel deri taraması	20
4.2.2	Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri risk düzeyleri	30



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa
4.1.1.	Çalışmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri	29
4.2.1.	Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri risk düzeyleri	30
4.3.1.	Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri risk algıları	31
4.3.2.	Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile deri kanseri risk algılarının karşılaştırılması	32
4.4.1.	Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	34
4.4.2.	Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma davranışı sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	35
4.5.1.	Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile deri kanseri ve güneşten korunma bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
4.6.1.	Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile güneşten korunma davranış puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
4.7.	Çalışmaya katılan bireylerin bilgi ve davranış puan ortalamaları arasındaki ilişki	40
4.8.	Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Puan Ortalamalarını Etkileyen Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine Göre İncelenmesi	40
4.9.	Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Davranış Puan Ortalamalarını Etkileyen Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine Göre İncelenmesi	41

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tarım sektörü, özelliği gereği insana en fazla gereksinim duyulan ve insanı doğaya yakınlaştıran bir çalışma alanı olmasının yanı sıra, çevresel sağlık riskleri barındırması nedeniyle önem taşımaktadır. Tarım çalışanları da yaptıkları işin gereği olarak açık alanda uzun çalışma saatlerine sahip oldukları için, deri kanserinin etiolojisinde en önemli faktör olan ultraviyole radyasyon'a (UVR) daha çok maruz kalmaktadır (Reding ve ark., 1998; Carpender ve ark., 2002; Suisitaival ve ark., 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünyada her yıl 2-3 milyon melanom dışı 132 bin malign melanom tipi deri kanseri meydana gelmektedir. Ozon tabakasında meydana gelen değişimler bu oranı arttırmakta; bu tabakadaki %10 oranındaki bir incelmeye ekstra 300 bin malign melanoma ve 4.500 melanom dışı deri kanseri vakasına neden olacağı tahmin edilmektedir (<http://www.who.int/uv/> Erişim Tarihi: 10.04.2016).

Türkiye Kanser Daire Başkanlığı (2013) verilerine göre ülkemizde deri kanseri, diğer deri C-44 (%25.8) ve melanoma C-45 (%1.6) kodları ile en yüksek görülme hızına sahip beşinci kanser türüdür. Deri kanseri prevalansını belirlemek amacıyla ülkemizde farklı bölgelerde çalışmalar yapılmıştır. Trabzon'da deri kanseri 2007 yılında en sık görülen ikinci kanser türü (%12.3) iken (Çolak ve Yomralıoğlu, 2007), Hatay'da 2008 yılı içinde %27.7 oranıyla birinci sırada yer almıştır (Arıca ve ark., 2011). Şırnak'da 2009-2010 yılları arasında patoloji anabilim dalına başvuran kanser vakalarının incelenmesinde deri kanseri %43.4 oranı ile her iki cinste de en sık görülen kanser türü olmuştur (Bozkurt ve ark., 2011). Meray'ın (2008) Türkiye kanser coğrafyalaması çalışmasında ise deri kanserinin kıyılardan iç bölgelere doğru gidildikçe azaldığı, yoğun olarak da Antalya ilinde görüldüğü belirlenmiştir. Yılın ortalama 300 gününü güneşli geçiren Antalya ilinde, yazlar uzun ve sıcaktır (ort.30-34°C). Ilıman iklimin görüldüğü bölgede tarım faaliyetleri 12 ay sürebilmektedir. Güneşten faydalanmanın bitkisel üretim için önemli olduğu tarım sektöründe, çalışanlar geçimlerini sağlayabilmek için kendi sağlıklarını göz ardı edebilmektedir. Nitekim tarımda çalışanların diğer meslek gruplarıyla ve genel toplumla

karşılaştırıldığında deri kanseri insidansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Blair ve Freeman., 2009; Juzeniene ve ark., 2014).

Nitelik gerektirmeyen işlerden biri olan tarım sektörü çalışanlarının genellikle ilkokul mezunu olması (Şahin ve Terin., 2009; Kutlar ve ark., 2013), güneşten korunma konusunda bilinçsiz davranışları da beraberinde getirebilmektedir (Shenker ve ark., 2002; Salas ve ark., 2005; Kearney ve ark., 2013). Aynı zamanda yetersiz sosyo-ekonomik durum, güneşten koruyucu özellikteki giysilere ulaşımı zorlaştırmakta, kozmetik ürün sayılan güneş kremi kullanımını sınırlamaktadır (Silk ve Parrott, 2009; Malak ve ark., 2011). Ayrıca bireylerin kendi istekleriyle, aylık prim ödeyerek sahip oldukları sağlık güvencesine tüm çalışanların dahil olmaması bireylerin sağlık arama davranışlarını olumsuz yönde etkilemekte ve sağlık hizmetine başvurma sürelerini geciktirmektedir (Silk ve Parrot, 2006; Geatano ve ark., 2009; Karadeniz, 2011; Janda ve ark., 2014). Deri kanserinin uzun bir latent döneme sahip olması ve yavaş ilerleme göstermesi de, bireylerin sağlık risklerini önemsememelerinin nedenlerindedir (Suisitaival ve ark., 2004).

Yapılan çalışmalarda deri kanseri risk algıları ve risk düzeyleri yüksek olan bireylerin güneşten korunmayı daha çok önemsedikleri (Christensen ve ark., 2007; Hammond ve ark., 2008; McCool ve ark., 2009), bilgi (Reding ve ark., 1998; Burwell, 2004; Kearney ve ark., 2013) ve davranışlarını (Robinson ve ark., 2004; Dağ, 2013; Reeder ve ark., 2013; Stensgard 2013) olumlu yönde geliştirdikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanları tarafından bireylerin risk düzeylerinin, algılarının belirlenmesi; koruyucu davranışlar konusunda danışmanlık ve eğitimlerin yapılması deri kanseri insidansının azaltılmasında ilk yapılacaklardandır. Tüm bu nedenlerle, güneşe aşırı maruz kalan tarım çalışanlarının deri kanseri konusundaki risk algıları, risk düzeyleri ve güneşten korunma konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi son derece önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, tarımda çalışan bireylerin deri kanseri risk algıları, risk düzeyleri, güneşten korunma bilgi ve davranışlarını belirlemektir. Çalışma sonunda aşağıdaki soruların yanıtları aranacaktır;

1.3. Araştırma Soruları

- 1) Tarımda alışanların deri kanseri risk düzeyleri nedir?
- 2) Tarımda alışanların deri kanseri risk algıları nedir?
- 3) Tarımda alışanların deri kanseri konusunda bilgileri ne düzeydedir?
- 4) Tarımda alışanların güneşten korunma konusundaki davranışları nasıldır?
- 5) Tarımda alışanların deri kanseri risk algılarını etkileyen faktörler nelerdir?
- 6) Tarımda alışanların deri kanseri konusunda bilgi düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- 7) Tarımda alışanların güneşten korunma davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

İnsan vücudu trilyonlarca yaşayan hücreden oluşmaktadır. Normal vücut hücreleri büyür, yeni hücrelere bölünür ve bir düzen içerisinde ölür (<http://www.cancer.gov/about-cancer/> Erişim Tarihi 04.04.2016). Yüzlerce farklı dokunun değişik moleküler mekanizmalarla ortaya çıkmış proliferatif, invazif ve agresif yapıya sahip hastalıklarına topluca kanser denilmektedir. Kanserler vücudun çeşitli bölgelerinde hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşmakta ve farklı klinik seyirle birlikte tedaviye yanıt gösterebilmektedir (<http://kanser.gov.tr/kanser/> Erişim Tarihi 04.04.2016).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünden ve klinik tanı koymadaki ilerlemelerden sonra önemi artan kanserler, dünyada hastalık yükünün büyük bir payını oluşturmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research on Cancer-IARC) "Beş kıtada kanser" serisi 2008 verilerine göre, 12 milyon yeni kanser vakası teşhis edilmiş olup, kanserden kaynaklanan yedi milyon ölümün gerçekleştiği; kanserli 25 milyon kişinin bulunduğu bildirilmiştir. Bu rakamlar 2012 yılında toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüme ulaşmıştır (<http://publications.cancerresearchuk.org>. Erişim Tarihi 04.04.2016). Bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19.3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmektedir (Kanser Daire Başkanlığı, Kanser İstatistikleri 2016). Ülkelere göre kanser insidanslarının bulunduğu Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (UKAA) 2012 raporuna göre; Türkiye yüzbinde 221.5 bin insidans hızı ile, 182.3 bin olan ortalama insidans hızının biraz üzerinde, fakat ölüm oranlarında daha yüksek seviyededir (<http://www.cancerresearchuk.org/> Erişim Tarihi 04.04.2016). Türkiye'de 2002 yılında 113.5 olan kanser insidansı 2009 yılında 221.5'e yükselmiştir (TUİK, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2014-2015 ölüm nedeni istatistiklerine göre kanserler, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/>).

Kanser oluşumunda hem kalıtsal hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir (Juzeniene ve ark., 2014). Yaş, cinsiyet, kalıtım gibi değiştirilemeyen

faktörlerin yanı sıra yaşam tarzı değişikliği ve korunma ile kanserler önlenebilmektedir. Bazı kanser türleri için bu faktörler net olarak belirlenebilmesine rağmen birçok kanserin nedeni tam olarak açıklanamamaktadır. Çevresel faktörlerden olan ultraviyole radyasyonun neden olduğu deri kanseri önlenebilir kanserler arasında yer almaktadır (Morganroth ve ark., 2013).

2.2. Deri Kanseri

Deri kanseri 1940'lı yıllardan itibaren %600'lük bir artış göstermiştir (Gonzales ve ark., 2008). Özellikle son 30 yılda hızlı bir artış gösteren deri kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada her yıl yaklaşık 2-3 milyon kişiye melanom olmayan deri kanseri, 132.000 kişiye malign melanom tanısı konmaktadır. Ayrıca kanser tanısı konan her üç kişiden birinin de deri kanseri tanısı aldığı bildirilmektedir (<http://www.who.int/uv/faq/skincancer/>. Erişim Tarihi 06.04.2016). Amerika'da en fazla tanısı konulan kanser türü olmasının yanında, her beş kişiden birisi deri kanserine yakalanma riskine sahiptir (<http://www.skincancer.org/> Erişim Tarihi 06.04.2016). En yüksek insidans hızına sahip ülkelerden olan Avustralya'da deri kanseri (İnsidansı Kanada, Amerika ve Birleşik Krallık insidanslarının üçte ikisini kapsar) yeni tanı konan kanserlerin %80'ini oluşturmaktadır (<http://www.cancer.org.au/> Erişim Tarihi, 06.04.2016)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013) verilerine göre, 2009-2013 yılları için erkeklerde yaşa göre standardize edilmiş C43-Diğer deri ve C44- Deri melanomu hızı 100.000 de 25.8'dir. Ayrıca Beş Kıtada Kanseri serisinin son sayısında deri kanseri verilerinin hızlı bir artış gösterdiği bildirilmektedir. Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı 2003-2007 Türkiye verilerine göre deri melanom dışı deri kanserleri erkeklerde 23.5 insidans hızı ile üçüncü, kadınlarda 20.3 ile en yaygın ikinci kanser türüdür. İzmir ve Antalya Kanseri Kayıt Merkezlerinin 1998-2002 serisinde ilk kez yer alan deri kanseri insidans hızı 16.4'dür. Antalya ilinde C-44 diğer deri kodu ile yaşa standardize edilmiş ve kümülatif deri kanseri insidans hızı 23.5'tir (Edirne 34.1, İzmir 29.2, Trabzon 30.9).

2.2.1. Deri Kanserinin Etiyolojisi

Deri kanserine neden olan en önemli etiyolojik faktör ultraviyole radyasyondur. Yapılan çalışmalarda deri kanseri insidansındaki hızlı artış ile ultraviyole radyasyon

arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Chang ve ark., 2010; Morganroth ve ark., 2013). Güneş ışınları, dünya yüzeyine ışık, ısı ve ultraviyole radyasyon (UVR) şeklinde gelmektedir. Ultraviyole ışınlar gözle görülemeyen ve dalga boyu 100-400 nanometre (nm) arasında değişen ışınlardır. Gelen ışınlardan; 315-400 nm arasında dalga boyuna sahip olanlar Ultraviyole A ışını (UVA), 280-315 nm arasında olanlar Ultraviyole B ışını (UVB), 100-280nm arasında olanlar ise Ultraviyole C ışını (UVC), ışınlarıdır. Ultraviyole A kendi içinde UVA1 (340-400) ve UVA2 (320-340) olarak ikiye ayrılmaktadır. Güneş ışınları atmosferden geçerken; UVC ışınlarının hemen hemen hepsi, UVB ışınlarının da %90'ı; ozon, su buharı, oksijen ve karbondioksit tarafından emilir. Bu durumda dünya yüzeyine ulaşan ultraviyole radyasyonun çok büyük bir kısmını UVA oluşturur (DSÖ Global Solar UV Index, A Practical Guide, 2002). Ultraviyole A, UVB ışınlarının 20 katı kadar daha fazla bulunmaktadır. Bunun nedeni UVA ışınlarının daha uzun dalga boyuna sahip olması ve UVB'nin aksine pencere camlarından geçebilmesidir. Dalga boyu kısalığı ile eritem oluşturma yeteneğinin ters orantılı olması, güneş yanıklarına en fazla UVB ışınlarının neden olduğunu, UVA2 ışınlarının buna az bir oranda yardımcı olduğunun göstergesidir. Gerçekte UVB, UVA'ya göre 1000 kat daha fazla eritem oluşturma yeteneğine sahiptir (Morganroth ve ark., 2013).

Ultraviyole A ışınları deri hücrelerini yaşlandırarak, foto yaşlanmaya neden olur. Solaryum merkezlerinde, bronzlaşma yataklarında yoğun olarak UVA ışınları kullanılmaktadır (Young., 2009, American Cancer Society 2016). Ultraviyole A ışınlarına göre çok daha yoğun enerjiye sahip olan UVB ışınları, deri hücrelerinin DNA'sını direkt etkileyerek, güneş yanıklarına yol açabilmektedir. Mutlu ve arkadaşlarının (2003) aktardığına göre güneşten gelen radyasyonun deriyi etkileyebilmesi için bazı kriterler vardır. Bunlar; ultraviyole radyasyon deri yüzeyine ulaşarak deri yüzeyinden içeri girmeli ve bazı deri elemanları tarafından emilmeli, emilen radyasyonun da foton enerjisi fotoşimik reaksiyonları başlatacak kadar büyük olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü UV indeksine göre UVR miktarı; güneşin konumu, enlem, bulut yoğunluğu, yükseklik, ozon ve zemin yansıtması gibi etmenlere göre farklı yoğunluk gösterir. Örneğin güneş gökyüzünde yüksek ise UVR seviyesi o kadar yüksektir. Buna göre en yüksek UVR yaz aylarında öğle saatlerinde olur. Ekvatora yakın bölgeler daha yüksek UVR seviyesine sahiptir. Normal şartlar altında

bulutsuz bir havada UVR daha yüksektir, fakat saçılma da yansıtma kadar etkiye sahip olup bu durum toplam UVR'yi arttırabilmektedir. Kar, UV'nin %80'ini, kum %25'ini yansıtabilir (Turner ve Parisi 2013). Her 300 metre yükseklikte UV %40 artar. Yarım metre derinlikte, yüzeyden %40 daha yoğun UV bulunmaktadır. Gölgede bulunmak %50 ya da daha fazla oranda UV'yi azaltabilmektedir. Hiçbir korunma olmadan, UVR'nin malign melanomanın %89-95'inden, bazal hücreli karsinomların (BHK) %99.8'inden, yassı hücreli karsinomların (YHK) ise %99.4'ünden sorumlu olduğu belirlenmiştir (Juzeniene ve ark., 2014).

Ratnapradipa ve McDaniel (2015)'in deri kanseri insidansındaki artış ile coğrafik özellikler ve meteorolojik değişimlerinin karşılaştırıldığı çalışmalarında; bölge enlemi, yükseklik, yağışlı gün sayısı, toplam kar birikimi ile melanoma insidansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı; ortalama maksimum sıcaklık, ortalama sıcaklık, en yüksek sıcaklık ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bazı bölgelerde mevsimsel değişimler nedeniyle güneşli gün sayısının artması ile birlikte, bireylerin eğlence ve tatil alışkanlıkları değişmekte, daha fazla açık alan aktivitelerine zaman ayırmaktadırlar. Buna bağlı olarak da deri kanseri insidansı artmaktadır (Thomas ve ark., 2007). Danimarka, Polonya, Avusturya ve İspanya'da tarımda çalışan bireylere UVR dozimetreleri ile günlük maruz kalınan UVR dozunu ölçmeyi amaçlayan çalışmalarda, bireylerin önerilen standart eritmal dozunun üzerinde UVR'ye maruz kaldıkları belirlenmiştir (Bodekær ve ark., 2015).

2.2.2. Deri Kanserinde Risk Grupları ve Özellikleri

Deri kanseri özellikle açık tenli ırklarda daha fazla görülmektedir. Amerika'da siyahlarda deri kanseri insidansı 100.000'de bir, Hispaniklerde dört ve Hispanik olmayan beyazlarda yüzbinde 25'tir (<http://www.cancer.org/acs/> Erişim Tarihi 21.04.2016). Deri kanseri oranı kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir. Erkeklerde kadınlara göre çok daha yüksek orandadır (<http://www.cancer.org/acs/> Erişim Tarihi 21.04.2016, Chang ve ark., 2010). Türkiye'de de dünyada olduğu gibi ilerleyen yaşlarda deri kanseri görülme sıklığının arttığı, özellikle erkeklerde 55 yaş ve üzerinde hızlı bir artışın olduğu bildirilmiştir (<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/43-cilt-kanseri.html> Erişim Tarihi 22.04.2016).

Almanya'da yapılan bir çalışmada açık alanda çalışanlarda BHK ve YHK 'ların, kapalı alan çalışanlarına göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (Radespiel-Tröger ve ark., 2009). Godar (2005)'a göre kapalı alanda çalışanlar açık alanda çalışanların yıllık olarak onda üçü kadar UV dozu almaktadır. Tracatelli ve arkadaşlarının (2016) açık ve kapalı alan çalışanlarını karşılaştırdığı çalışmada, açık alanda çalışanların daha fazla UVR'ye maruz kaldıkları, daha az güneş kremi kullandıkları ve düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda çiftçilerin aktinik keratoz (AK) gelişimi açısından 2.55 kat, YHK açısından 2.77 kat, BHK açısından 1.83 kat daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır.

Deri rengine göre farklı deri tiplerinin UVR'ye olan yanıtı da değişiklik göstermektedir. Dermatologlar Fitzpatrick Skalasına göre bireyleri deri tipi bir ile altı arasında sınıflandırmışlardır. Deri tipi bir en açık ten rengi ve güneşe karşı en hassas, deri tipi altı ise en koyu ve güneş yanıklarına en az duyarlı olan deri tipidir. Fitzpatrick Deri Tipi Skalası Şekil 1'de özetlenmiştir (Morganroth ve ark., 2013).

Deri Tipi	Deri Rengi	Deri Karakteri
Deri tipi 1	Beyaz	Kararma olmadan çok kolay yanar.
Deri tipi 2	Beyaz	Çok az kararabilir, genellikle kolay yanar.
Deri tipi 3	Beyaz	Orta derecede kararabilir, biraz yanabilir.
Deri tipi 4	Açık Kahve	Bronzlaşabilir/Kararabilir, biraz yanabilir.
Deri tipi 5	Kahve	İyi derecede bronzlaşabilir, nadiren yanar.
Deri tipi 6	Koyu kahve/siyah	İyi derecede bronzlaşabilir, yanık oluşmaz.

Şekil 2.2.2.: Fitzpatrick Deri Tipi Sınıflaması, <http://www.skincancer.org/prevention/are-you-at-risk/fitzpatrick-skin-quiz#panel1-1>, Erişim Tarihi 13.04.2016

2.3.Deri Kanserlerinin Sınıflaması

Deri kanserleri genel olarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır.

- I. Melanoma Dışı Deri Kanseri
 - i. Bazal Hücreli Karsinom
 - ii. Yassı Hücreli Karsinom
- II. Malign Melanoma

2.3.1. Melanom Dışı Deri Kanseri

Melanom dışı deri kanserlerinin (MDDK) insidansı tüm dünyada hızla artmakta olup, Türkiye’de de yaygın olarak karşılaşılan kanser türlerindedir. Amerika'da her yıl 5.4 milyon MDDK vakası meydana gelmektedir. Her 10 MDDK'nin sekizi BHK'lar iken, ikisi YHK'lardır (<http://www.cancer.org/cancer> Erişim Tarihi 02.04.2016). Melanom dışı deri kanserlerinden olan BHK ve skuamoz hücreli karsinomların, kanser kayıt merkezlerinde kayıtlarının tutulmaması nedeniyle kesin bir sayı verilememektedir (Cancer Facts and Figures 2016, Erişim Tarihi 02.04.2016).

Melanom dışı deri kanserleri Avustralya’da erkeklerde kadınlara göre insidansı ikiye katlamaktadır. Avustralya'da her üç kişiden ikisinin 70 yaşından önce deri kanseri tanısı alacağı tahmin edilmektedir. Her yıl 434.000 kişi MDDK tedavisi almaktadır (<http://www.cancer.org.au/>, Erişim Tarihi 04.04.2016). Tokat Devlet Hastanesine başvuran deri kanseri olgularının retrospektif değerlendirmesinde olguların %95’ini 50 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu, lezyonların %66.2’sini BHK’lar ve %31.3’ünü YHK’ların oluşturduğu belirlenmiştir (Baş ve ark., 2014).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (UKAA); polisiklikaromatik hidrokarbonlar, arsenik, kömür, katran, madeni yağlar ve solar radyasyonu MDDK için kesin karsinojenler olarak sınıflandırmıştır. İngiltere'de 2005 yılı UKAA bu verilerine göre mesleki kanserlerden MDDK'ne atfedilebilir kanser yükü %4.5'dir. Bu oranın 23’ü ölümler, 2862’si hastalık kayıtlarından gelmektedir. Karsinojenik ajanlardan; madeni yağlara atfedilen ölüm sayısı yedi, hastalık 902, polisiklikaromatik hidrokarbonlar, arsenik, kömür, katrana atfedilen ölüm dört, hastalık 475 ve solar radyasyona atfedilen ölüm 12, hastalık ise 1.541'dir (Young ve ark., 2012).

Bazal Hücreli Karsinom

Bazal hücreli karsinomlar dünya genelinde insidansı artış gösteren ve diğer tüm insan malignansilerinin toplamından daha yaygın olan bir MDDK tipidir (Mohan ve Chang, 2014). Bazal hücreli karsinomlar derinin en dış tabakası olan bazal tabakaya yerleşim gösterirler. Genellikle açık yaralar, kırmızı lekeler, pembe büyümeler ve yara izi görünümündedirler. Özellikle açık tenli popülasyonlarda en sık görülen MDDK türüdür (<http://www.skincancer.org/> Erişim Tarihi 01.05.2016). Bazal hücreli karsinomlar genellikle baş boyun bölgesine yerleşim gösterirken, erkeklerde

kadınlara oranla görülme sıklığı daha yüksektir (Agnew ve ark., 2005; Baş ve ark., 2014; Kasap ve ark., 2015). Yavaş büyüme gösterirler, asemptomatiktir ve metastaz yapma olasılıkları düşüktür (Rajpar ve Marsden, 2009).

Diğer deri kanseri türlerinde olduğu gibi BHK'ların da patogeneğinde en önemli etken total epizotlar şeklinde alınan UVR'dir (Schwartz, 2008; Moan ve ark., 2015). Thomas-Ahner ve arkadaşlarının (2007) fareler üzerinde yaptığı laboratuvar çalışmasında eşit dozda UVB ışınına maruz bırakılan dişi ve erkek farelerden, erkeklerin dişilere oranla daha fazla ve hızlı BHK'lara yakalandığı belirlenmiştir. Deri tipi bir ve iki, kızıl ya da sarı saç rengi, mavi/yeşil göz rengi, çocukluk çağında geçirilmiş güneş yanıkları, ailede deri kanseri öyküsü ve immunosupresif tedavi diğer risk faktörlerini oluşturmaktadır (Wong ve ark., 2003, Rajpar ve Marsden, 2009).

Amerika'da iki geniş kohort çalışmasının sonuçlarına göre; tüm deri kanseri olgularının %80'inin 55 yaş ve üzerinde olduğu, erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğü; kadınlardaki BHK'ların daha çok ailede deri kanseri öyküsü ve doğal kızıl saç rengi ile ilişkili olduğu bulunurken; erkeklerdeki BHK'ların çocukluk/adölesan dönemde geçirilen güneş yanıkları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Wu ve ark., 2013). Bazal hücreli karsinomlara bağlı mortalite ve metastaz oranı düşük olmasına rağmen, bireyler hem fiziksel hem de psikolojik olarak risk altındadır. Bireyler açık yaraları nedeniyle enfeksiyon riski, ağrı, BKH yerleşimine göre hareketlerde kısıtlılık ya da fonksiyon bozukluğu, estetik görünümün bozulması nedeniyle depresyon, sosyal izolasyon gibi problemler ile karşılaşabilmektedir (Mohan ve Chang, 2014).

Polonya'da çiftçiler ve farklı meslek gruplarının katıldığı retrospektif bir çalışmada; BHK'ların en fazla sırasıyla; burun ve yanak (%37), kulak kepçesi (%26), dudaklar (%18), kafa derisi (%8) ve gözlerde (%12) bulunduğu saptanmıştır. Vakaların hiçbirinde yakın lenf nodu metastazı olmadığı kaydedilmiştir. Çiftçilerde diğer mesleklerdeki bireylere göre yeniden nüks etme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Szewczyk ve ark., 2016). Bauer ve arkadaşlarının (2011) yaptığı sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında da, BHK'ların açık alan çalışanlarında 1.43 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Yassı Hücreli Karsinom

Derinin en dış tabakası olan yassı hücreler, sürekli yenilenerek deri yüzeyini kaplar. Yassı hücreli karsinomlar en yaygın görülen ikinci MDDK türüdür. Genellikle nodüller şeklinde, nadiren ülserasyon görünümünde olup; en önemli fiziksel bulgusu sertleşmedir. Bazal hücreli karsinomlardan farklı olarak YHK'lar metastaz yeteneğine sahip ve daha hızlı büyüyen lezyonlardır (Agnew ve ark., 2005; Schwartz, 2008; Rajpar ve Marsden., 2009). Yassı hücreli karsinomlar siyahlar ve Asya Hintliler arasında en sık görülen deri kanseri türüdür. Koyu tenli bireylerde skuamöz hücreli karsinom daha agresif olma eğiliminde olup metastaz riski 20-40 kat daha yüksektir (<http://www.skincancer.org/> Erişim Tarihi 01.05.2016).

Kümülatif UVR'ye maruziyetin en önemli faktör olduğu YHK'lar, yine açık tenli bireylerde, daha çok vücudun güneşe maruz kalan baş, alt dudak, kulaklar ve omuz bölgesinde görülmektedir (Schmitt ve ark., 2010; Moan ve ark., 2015). Altmış yaş ve üzeri bireylerde, erkeklerde kadınlara göre üç kat daha fazla ortaya çıkmaktadır. Ayrıca YHK'lar pre-kanseröz lezyonlar olan aktinik keratozis ve Bowen hastalığından da kaynaklanabilmektedir (Rajpar ve Marsden, 2009). Diğer risk faktörleri olarak birden fazla güneş yanığı öyküsü, bronzlaşma yataklarının kullanımı, fototerapi tedavisi almış olmak, immünosupresif tedavi, polihidrokarbonlara ya da radyasyona maruziyet, arsenik maruziyeti ve HPV enfeksiyonu sayılabilir (Morganroth ve ark., 2013; Ratnapradipa ve McDaniel, 2015).

Ülkemizde Gür ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları retrospektif çalışmada YHK'ların yaşlılarda ve erkeklerde daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir. Yerleşim yeri olarak da daha çok alt dudak ve kulakta görüldüğü saptanmıştır. Bir başka çalışmada YHK'ların %85'inin baş ve boyun bölgesinde lokalize olduğu bildirilmiştir (Baş ve ark., 2014).

2.3.2. Malign Melanoma

Melanoma, deriye rengini veren melanositlerden kaynaklanan bir neoplazmdir. Diğer deri kanseri türlerinden daha az görülmesine rağmen, melanomaya bağlı ölüm oranları daha yüksek ve ciddi seviyededir (<http://www.who.int/uv/> Erişim Tarihi 04.04.2016). Tüm deri kanserlerinin sadece % 3'ünü oluşturan malign melanoma, deri kanserine ilişkin ölümlerin %75'inden sorumlu görülmektedir. Amerika'da 2016

yılı sonuna kadar 76.380 ölüme sebep olacağı tahmin edilmektedir. Melanom tipi deri kanseri Amerika'da erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türü iken, kadınlarda dördüncü sıradadır (<http://www.cancer.org/> Erişim Tarihi 04.04.2016). Amerika'da 1975-2011 yılları arasındaki SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) verileri dikkate alınarak yapılan bir çalışmada 36 yıl içerisinde melanoma deri kanseri insidansının dört kat arttığı saptanmıştır (Ratnapradipa ve McDaniel, 2015).

Melanoma insidansı kadınlarda, melanoma nedeniyle ölümler ise erkeklerde daha yüksektir (Newton-Bishop, 2009). Tümörün gözle görülmesi zor olan sırt gibi alanlara yerleşmesi, kendi kendine deri muayenesinin yetersiz yapılması gibi nedenlerden dolayı, özellikle 65 yaş ve üzeri erkeklerde mortalite oranı oldukça yüksektir (Newton-Bishop ve ark., 2011). Amerika'da 2012 yılında 67.000 yeni malign melanom vakası, 9.000 ölüm kayıt edilmiştir (Watson ve ark., 2015). Godar (2011)'in Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin açık tenli toplumlar olan Avustralya, Yeni Zelanda, Orta Avrupa, Kanada, Amerika ve Kuzey Avrupa bölgelerinin melanoma insidanslarını incelediği çalışmasında, 1940-2000 yılları arasında yeni Zelanda ve Kuzey Avrupa dışında; Avustralya, Amerika, Orta Avrupa ve Kanada'da katlanan bir insidans artışının olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre normalde enlem azaldıkça malign melanom insidansının azaldığı, fakat Kuzey Avrupa'da 50°N yakınlarında insidansın enlem ile birlikte arttığı belirlenmiştir. Sürekli güneş maruziyetinden ziyade aralıklı maruziyetin etkili olduğu malign melanomlarda, neoplazmların güneş gören vücut bölgelerinde görülme sıklığı daha yaygındır (Caini ve ark., 2009). Chang ve arkadaşlarının (2009) 15 farklı vaka kontrol araştırmasının sonuçlarını inceledikleri çalışmada; mesleki maruziyetin baş ve boyun neoplazmları için düşük enlemlerde önemli olduğu (OR.1.7), fakat tatillerde alınan güneş maruziyetinin dudak malignensileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Melanomanın yüzeysel yayılım gösteren melanom, nodular melanom ve lentigo malign melanom olmak üzere üç tipi bulunmaktadır. Nadir şekilde parmaklar, tırnak kenarları, genital organlar ve sinonasal mukozada da görülebilmektedir. Melanomada Breslow kalınlığı en güçlü prognostik faktördür. Örneğin 1mm'den küçük kalınlığa sahip lezyonların iyileşme durumu %95-100 iken, 2-4 mm'de %60-75 ve 4 mm

üzerinde olanların iyileşme oranı %50'lere kadar gerileyebilmektedir (Agnew ve ark., 2005; Barnhill ve ark., 2008; Schwartz, 2008; Newton-Bistrop, 2009). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2015 yılında 55 malign melanom olgusunun retrospektif olarak incelendiği çalışmada, en yaygın yüzeysel yayılan malign melanoma (%38) rastlanmıştır. Tümörlerin %61'i ekstremitelerde, %29'u gövde ve %9'u baş-boyun yerleşimlidir. Kadın hastalarda %80 oranında ekstremitelerde yerleşimli melanoma görülürken, erkek hastalarda %47 ekstremitelerde ve %41 oranında gövde yerleşimli tümörler bulunmuştur. Randi ve arkadaşlarının (2006) çalışmasına göre de melanomanın en fazla; kadınlarda ekstremitelerde, erkeklerde gövdede, ileri yaşta yüz ve boyunda görüldüğü belirlenmiştir.

	Malign Melanom	Yassı Hücreli Karsinom	Bazal Hücreli Karsinom
Klinik Görünüm	Büyük, düzensiz şekilli, asimetrik ve çok renkli lezyonlar	Eritamöz plaklar şeklinde, ülserasyon yada skar oluşabilir.	Parlak papüllütelenjaktaziler şekline, ülserasyon oluşabilir.
Cinsiyet Yatkınlığı	Erkekler	Erkekler	Erkekler
En Fazla Yerleştikleri Bölge	Erkeklerde sırt Kadınlarda alt ekstremiteler	Baş ve boyun	Baş ve boyun
Güneş maruziyeti ilişkisi	Aralıklı, yoğun maruziyet	Kümülatif, yaşam boyu maruziyet	Aralıklı, yoğun maruziyet

Şekil 2.3.2.: Malign melanom, yassı ve bazal hücreli karsinomların özellikleri, (Morganroth PA, Lim HW, Burnett CT. Ultraviolet radiation and the skin: An in-depth review. American Journal of Lifestyle Medicine. 2013;7: 168-181)

Devrim ve Karahan'ın (2015) Isparta ilinde yaptıkları retrospektif çalışmalarında olguların %74.5'inin nodüler melanom olduğu, ortalama Breslow kalınlığının 4.5 mm (erkeklerde 4.8, kadınlarda 4.2) olduğu ve olguların %54.5'inde ülserasyona rastlandığı tespit edilmiştir. Brezilya'da 2004-2011 yılları arasındaki malign melanom verilerinin incelendiği çalışmada; vakaların daha çok beyaz tenli, 41-60 yaş aralığında, kadınlarda, gövde yerleşimli, güneşten yeterince korunmayan çiftçilerde olduğu belirlenmiştir (Costa ve ark., 2015).

Malign Melanomda Risk Faktörleri

Güneş Yanığı

Sürekli maruziyetten ziyade aralıklı UVR'nin en önemli etken olduğu malign melanomlar için (Moan ve ark., 2015), özellikle değişen tatil ve güneşlenme

alışkanlıkları insidans artışındaki en önemli etiyolojik faktör olarak görülmektedir (Barnhill ve ark., 2008). Güneş yanığı, klinik olarak derinin dökülmesi (deskuamasyon) ile takip eden, eritem olarak adlandırılmaktadır. Eritem tipik olarak ödem ve kabarcıklar şeklinde, yaklaşık olarak güneşe maruziyetten üç ya da beş saat sonra görülür. Açık tenli bireylerde UVB maruziyetinden hemen sonra görülebilir ve iki haftaya kadar iyileşme süresi uzayabilir (Morganroth ve ark., 2013).

Özellikle çocuk yaşta geçirilen güneş yanıklarının önemi üzerinde duran çalışmaların yanında (Kennedy ve ark., 2003), her yaşta geçirilen güneş yanığının melanoma riskini arttırabileceği gösterilmektedir (Pfahlberg ve ark., 2001, Chang ve ark., 2009). On bir farklı vaka kontrol çalışmasının verilerinin toplanarak yapılan kollobratif bir çalışmada melanoma riskini; yaşam boyunca 26 ve üzeri güneş yanığı oluşumunun 2.1 kat, ağırlı güneş yanığı geçirmenin 3.2 kat ve çocuklukta 16 ve üzeri güneş yanığının 2.4 kat arttırdığı saptanmıştır (Olsen ve ark., 2011). Yapılan çalışmada uzun süreli güneş maruziyetinin neden olduğu solar keratozlarının en fazla baş ve boyun melanomları ile ilişkili olduğu da belirlenmiştir. Godar (2011)'a göre araba ve ofis camlarından geçen UVA ve geçmişte geçirilen güneş yanıkları, özellikle kapalı alanda çalışan bireyler için malign melanom gelişme riskini tetiklerken, vitamin D3 alımını da azaltmaktadır.

Bronzlaşma Yatakları

Birçok kişinin sadece güneş ışınlarından aldığı UVR, bazı gelişmiş ülkelerde bireylerin bronzlaşma alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte bronzlaşma yatakları ve güneş lambalarından da alınmaktadır. Cust ve arkadaşlarının (2011) çalışmasına göre 18-29 yaş aralığında melanom tanısı alan bireylerin, üçte ikisi için bronzlaşma yataklarının kullanımı sorumlu tutulmuştur. Yapılan bir başka çalışmaya göre ise yaşam boyunca bronzlaşma yatakları kullanmış olmanın melanoma riskini 1.9 kat arttırdığı belirlenmiştir (Clough-Gorr ve ark., 2008).

Nevüsler (Benler)

Caini ve arkadaşlarının (2009) 24 gözlem araştırmasını inceleyerek 16.180 vaka verileri ile yaptığı sistematik meta analiz çalışmalarında; güneş görmeyen vücut bölgelerinde çok fazla benin bulunmasının malign melanom ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada toplam ben sayısının melanoma ile ilişkili

olduğu; tüm vücutta 22 ve üzeri benin bulunmasının melanoma riskini 3.5 kat arttırdığı belirlenmiştir (Randi ve ark., 2006).

Fenotipik Özellikler ve Aile Öyküsü

Güneşe maruz kalan bölgeler için deri rengi ve deri tipinin malign melanom ile ilişkili olduğu, fakat çiller, saç ve göz renginin vücudun tüm bölgelerinde malign melanom için önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Gandini ve arkadaşlarının (2005) deri kanseri için risk faktörleri meta analiz çalışmalarının sonucunda; 60 gözlem araştırmasından 28.157 birey verileri incelenmiş ve ailede deri kanseri öyküsü bulunmasının malign melanom riskini 1.74 kat, deri tipinin 2.09 kat, yoğun çillerin bulunmasının 2.10 kat, açık deri renginin 2.06 kat, göz renginin 1.47 kat, açık saç renginin 3.64 kat ve geçirilmiş deri kanseri öyküsünün ise 4.28 kat arttırdığı belirlenmiştir. Açık fenotip özelliklere sahip bireylerin ise güneş yanıklarına daha yatkın olduğu ve melanoma riskini 1.56 kat arttırdığı saptanmıştır (Newton-Bistrop ve ark., 2010).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Bireylerin yukarıda açıklanan değiştirilemez risk faktörlerinin yanında, deri kanseri için risk durumlarını belirleyen faktörlerden ikisi de mesleki maruziyet ve güneşlenme alışkanlıklarıdır. Avustralya'da solar UVR maruziyetini belirlemek amacıyla dozimetre kullanılarak açık alanda çalışanların, yüksek seviyelerde UVR'ye maruz kaldıkları saptanmıştır (Weber ve ark., 2012). Yüksek dozda UVR'ye maruz kalmalarına rağmen, Kearney ve arkadaşlarının (2014) yaptığı sistematik derlemede çiftçilerin güneşten korunma davranışını yeterince sergilemedikleri saptanmıştır. Malak ve ark (2011), Kearney ve ark (2013)'ın çalışmalarında olduğu gibi, açık alan çalışanlarından olan çiftçilerin de, gün içerisinde 8-9 saat güneş altında çalışarak, yoğun UVR'ye maruz kaldıkları bilinmektedir. Schmalwieser ve arkadaşlarının (2010) çiftçilerin maruz kaldıkları UVR miktarını ölçmeyi amaçlayan çalışmasına göre; risk düzeyindeki kümülatif maruz kalınan UVR dozu, çalışma günü ve günlük standart eritmal dozun (SED)>10'dan fazla olması ile ilişkili bulunmuştur.

Malign Melanomda Tanı Yöntemleri

Derideki değişiklikler deri kanserinin en önemli belirtisidir. Bu yeni bir büyüme, iyileşmeyen bir yara ya da değişen bir ben olabilir (<http://www.skincancer.org/>

Erişim Tarihi 05.05.2016). ABCDE kuralı ile klinik belirtiler ve uyarıcı işaretler özetlenebilir (Şekil 2.3.2.2.). Bunlar;

A (Asymmetry-Asimetri): Bir melanom genellikle asimetriktir. Bir yarısının şekli ile diğer yarısının şekli birbirini tutmaz.









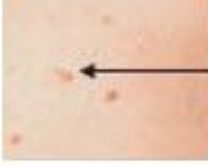
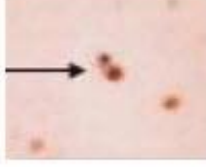
B (Border-Sınır): Melanomlar düzensiz, çentikli veya düzensiz sınırlara sahiptir.

C (Color-Renk): Melanomların renkleri tekdüze değildir. Başlangıçta gölgeler siyah, kahverengi ve ten rengi olabilir. Bölge zamanla beyaz, gri, kırmızı, pembe ya da mavi dahi görünebilir.

D (Diameter-Çap): Melanomlar genellikle bir kalem silgisinden (5mm-1/4 inç) daha kalındır.

E (Evolving-Değişim): Lezyonun yüksekliğindeki ya da genişliğindeki değişiklikleri ifade eder.



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

Şekil 2.3.2.2. ABCDE bulguları; The Skin Cancer Foundation (2016). Warning Signs: The ABCDEs of Melanoma, Erişim Tarihi:14.04.2016, <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma#panel1-1>

2.4. Deri Kanserinden Korunma

Vücudu dış etkenlerden koruyan deri, iki tabakadan oluşmaktadır. Epidermisin en alt tabakasında bulunan renk hücreleri olan melanositler koruyucu yapılardan birisidir. Deri güneş ışığına maruz kaldığında melanositler deriye doğal rengini veren melanin pigmentini daha çok üreterek cildin bronzlaşmasına ya da kararmasına neden olurlar (The Patient Education Institute, 2011). Vücudu güneşin zararlı etkilerinden koruyan saçlar, deri yüzeyindeki lipitler, melanin, beta karoten, DNA tamir sistemi ve antioksidan enzimler gibi doğal sistemlere sahiptir. Ancak bu sistemler yeterli değildir ve eksternal güneşten koruyucu davranışlara ihtiyaç vardır.

Birçok UVR hasarından, koruyucu önlemler uygulayarak kaçınılabılır. Bu önlemler tanımlanan meslekle ilişkili deri kanserlerinin sayısını azaltabilir (Young 2009). Örneğin deri kanserinin % 50 oranında görülme olasılığı olan Avusturalya’da ilk ve en önemli önlem olan UVR etkisini sınırlamak amacıyla *Slap!* (geniş kenarlı şapka tak), *Slop!* (uzun kollu gömlek giy), *Slop!* (güneş koruyucu kullan), *Wrap!* (güneş gözlüğü tak) kampanyası başlatılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü bireylere de UVR'den korunmaları için önerilerinde bulunmaktadır. Bu öneriler şunlardır;

2.4.1. UVR etkisini sınırlamak: İklim değişikliklerinin UVR üzerindeki etkisini araştıran Climate Ready NC program sonucuna göre, sabah 10:00 ve öğle 16:00 saatleri arasında açık havada bulunanların deri kanseri riskinin arttığı gözlemlenmiştir (Tinling ve ark., 2013). Bu nedenle 10-16 saatleri arasında güneş ışınlarından uzak durmak, koruyuculara dikkat etmek gerekir.

2.4.2. Gölge alanların tercih edilmesi: Güneşli günlerde dış ortamlarda gölge aranmalıdır. Işıklar zeminden ve objelerden yansıdığı için gölge bile tam koruma sağlayamaz. Ayrıca güneş ışınlarını su, kum, kar, bulut, cam, çimen ve buz yansıttığı için UV indeksini etkiler (Turner ve Parisi 2013).

2.4.3. Koruyucu giysiler giymek: Giyinmek halen en iyi güneşten korunma yoludur. Giysilerin koruma faktörü (GKF) (Sun Protection Factor- SPF) 15-50 arasında değişebilir. Bu değerler giysinin dokuma sıklığı, kalınlığı, ıslak olması vb. faktörlere göre değişir. Ultraviyolenin %20-30’u koşullara göre giysilerden geçebilir. Örneğin sıradan bir tişört 15 GKF bir koruma sağlarken, ıslandığında bu değer beşe iner. Uzun kollu gömlek ve bluzlar, uzun pantolon veya etekler tercih edilmelidir. Ağartılmamış pamuk ve ipek gibi materyaller en iyi seçimlerdir. Beyazlatılmış pamuk, krep, viskon, yapay ipek daha az koruma sağlar. Sıkı dokunmuş kumaşlar da UV ışınlarını zor geçirir. Sıkıca saran kadın çorabı gibi giysiler iyi UV koruyucuları değildir. Su ve terle ıslanan, hava ile nemlenen dokumalarda UV geçirgenliği artar (Seyhan, 2003; Çayırılı ve ark., 2013). Makinalarda deterjanla yıkamalar sonucunda doku inceler ve geçirgenlik artar (Çayırılı ve ark., 2013).

2.4.4. Şapka giymek: Baş çevresini en az 10 cm genişliğinde kaplayan, geniş kenarlı, yüz, boyun, kulaklar, alın ve gözleri çevreleyen geniş kenarlı bir şapka giymek gereklidir. Şapkalar yüz ve boyunda gölge yaparak, tepeyi de tam örterek

koruma sağlar. Kenarlığı 10 cm genişliğinde olan bir şapka; yüz, boyun ve ensede ortalama 3-5 GKF oranında bir koruma sağlar (Çayırılı ve ark., 2013).

2.4.5. Güneş koruyucu kremler kullanmak: Güneşten koruyucular, deriye ulaşan UV ışınlarının absorbe edilmesine, yansımaya veya saçılmasına yol açarak, penetrasyonunu engelleyen krem, losyon, jel veya sprey formundaki organik ya da inorganik maddelerdir (Çayırılı ve ark., 2013). Güneşten koruyucu bir ajanda olması gerekenler şöyle sıralanabilir; yüksek GKF'e sahip olması, kullanıcı tarafından iyi tolere edilmesi, suya dayanıklı olması ve toksik olmaması gerekir. Önerilen SPF değeri en az 30 ve daha yüksek dereceleri şeklindedir. Sadece yüze uygulamak doğru bir davranış değildir. Kollar, boyun, ayaklar gibi tüm açıkta kalan vücut bölgelerine uygulanmalıdır. Güneş koruyucuların koruyuculuğunu sürdürmeleri için her 2 saatte bir yenilenmesi gerekmektedir (<http://www.cancer.gov/> Erişim Tarihi 21.05.2016). Koruyucular sadece açık havada ve evden çıkarken sürülmemeli, kapalı havalarda da uygulanmalıdır. Kullanımda 'çay kaşığı' kuralına uymakta fayda vardır. Yarım çay kaşığından biraz fazla ürün her iki kol, yüz ve boyun için, bir çay kaşığından biraz fazla ürün her iki bacak, göğüs ve sırt için kullanıldığında etkili olacaktır. Koruyucu dudak kremlerinin kullanımı da unutulmamalıdır (DSÖ Global Solar UV Index, A Practical Guide., 2002; Çayırılı ve ark., 2013).

2.4.6. Güneş gözlüğü kullanmak: Güneş gözlüğü kullanımıyla göz ve göz çevresi % 99 oranında UV radyasyondan koruma sağlamaktadır. Aranılan gözlüğün UVA ve UVB bloke edici etiketli olmasına dikkat edilmelidir (Glanz ve ark., 2011). Pichon (2005)'e göre beyaz tene sahip işçilerin güneş gözlüğü ve güneş kremi kullanma oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir

2.4.7. Kişisel Deri Taraması

Bireylerin vücutlarında meydana gelen değişimlerin farkında olması deri kanserinden korunmada önemlidir. Özellikle önemsenmeyen doğum işaretleri, lekeler ve benler deri kanserinin ön formlarına dönüşebilir. Almanya'da beş yıllık bir deri kanseri taraması pilot programı sonucunda, malign melanoma bağlı mortalite oranının azaldığı gözlemlenmiştir (Stang ve Jöckel., 2016). Kişiler tamamen soyunarak, ayna karşısında ya da bir başkasının yardımı ile vücudunun görünmeyen bölgelerini incelemelidir. Vücutlarında değişiklik olup-olmadığına, ben ve lekelerin şekline,

renk ve sayı değişimlerine bakmalıdır. Friedman ve ark'ın (1985) geliştirdiği, Koştu ve arkadaşlarının (2014) Türkçe Geçerliğini yaptığı 10 adımdan oluşan Kendi Kendine Deri Muayenesinin adımları şu şekildedir;

Adım 1- Yüzünüzü özellikle burun, dudak ve kulaklarınızı (ön-arka) ayna kullanarak muayene ediniz,

Adım 2- Kafa derinizdeki her bölgeyi saç kurutma makinesi ile havalandırarak veya ayna kullanarak muayene ediniz. Mümkünse bir arkadaşınızdan ya da aile bireylerinden yardım alınız,

Adım 3- Ellerinizin iç yüzünü (avuç içi), dış yüzünü, parmak aralarını, tırnak kökü ve yatağını dikkatlice kontrol edin. Her iki alt kolunuzun hem önünü hem de arka kısmını bileklere kadar muayene etmeye devam ediniz,

Adım 4- Bir boy aynasının önünde durarak, dirseklerden başlayıp her iki üst kolunuzun her tarafını inceleyiniz. Koltuk altlarınızı incelemeyi de unutmayınız,

Adım 5- Daha sonra ayna önünde durarak boynunuzu, göğsünüzü ve gövdenizi inceleyiniz. Kadınlar, göğüs altlarını görüntülemek için göğüslerini kaldırmalıdır,

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

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

Adım 8- Bacaklarınızın ön kısmını ve yanlarını kasıklardan başlayarak uyluktan baldıra kadar, ayak bileklerinizi, ayaklarınızın uçlarını, ayak parmaklarınızın aralarını ve ayak tırnak kök ve yatağını kontrol ediniz.



şekil 2.4.7. Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin hazırladığı kişisel deri taraması (Hobbs R FD. The Role of the Primary Care Team in the Management of the Skin Cancer. In: Rajpar S, Marsden, eds. ABC series: ABC of Skin Cancer. 1 st Massachusetts: BMJ Books; 2009, p=8-12)

2.5. Deri Kanserinden Korunmada Hemşirenin Rolü

Sağlığı koruma ve geliştirme programları kapsamında aktif rol alan hemşirelerin, toplumun deri kanserinden korunması konusunda önemli rolleri vardır. Önlenebilir bir kanser türü olan deri kanseri için birincil ve ikincil korunmada, multidisipliner bir yaklaşım içerisinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler birincil korunmada toplum eğitimleri ve güneşten korunma stratejilerine adaptasyon sağlanarak, ikincil korunmada tarama ve şüpheli lezyonların teşhisi ve yönlendirmeleri ile, üçüncül korunmada da deri kanserinin yeniden nüks etmesini önleme ve yaşam boyu tarama değerlendirmeleri ile deri kanserinin önlenmesinde aktif bir rol almaktadır (Roebuck ve ark., 2015).

Çalışma alanlarının karakteristik özelliği nedeniyle güneşe maruziyetin kaçınılmaz olduğu tarım çalışanlarının deri kanseri riskini azaltmak için daha fazla güneşten korunma davranışı sergilemeleri gerekmektedir (Reeder ve ark., 2013). Halk sağlığı hemşirelerinin tarımın kendine özgü kültürel yapısını bilerek, koruma ve önleme kampanyalarını geliştirmeleri önemlidir. Düşük sağlık okuryazarlığı bireylerin farkındalıklarını azaltmakta, aynı şekilde düşük gelir düzeyi güneş kremi, geniş kenarlı şapka, sıkı dokunmuş uzun kollu kıyafetlerin seçimi ve güneş gözlüğü kullanımını sınırlandırmaktadır. Bu doğrultuda hemşireler, bireylerin öğle saatlerinde güneşten kaçınma gibi, en fazla uygulayabildikleri korunma davranışını destekleyerek güçlenmelerini sağlayabilirler (Carley ve Stratman (2015).

Sağlık profesyonellerinin erken teşhis ve tedavinin hayat kurtarıcı olduğu deri kanserinin erken dönem belirtileri hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Özellikle halk sağlığı alanında çalışan hemşirelerin; halk dilinde güneş hasarı olarak bilinen, deri kanserinin ilk morfolojik aşaması olan ‘aktinik keratozlar’, ‘solar keratozlar’ hakkında bilgi sahibi olarak bireyleri bilinçlendirmeleri gerekmektedir. Kişilere derilerinde bulunan lezyonlarda ve benlerinde meydana gelen, sayı, renk ve yapı değişiklikleri konusunda farkındalık sağlanmalı ve aile hekimlerine kontrole gelmeleri yönünde danışmanlık yapılmalıdır. Sağlık arama davranışları için önemli bir parametre olan risk algısının oluşması için de, bireylerin risk düzeylerinin belirlenmesi ve uyarıcı olarak bireylere aktarılması önemlidir (Janda ve ark., 2014).

Rolleri gereği toplumun her alanında aktif olarak yer alan hemşireler, risk gruplarının saptanması, yüksek riskli çalışma gruplarına öncelik verilmesi ve toplum tabanlı çalışmalar yapılarak güneşin zararlı etkilerine yönelik eğitimlerin sürekli hale getirilmesine yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Özellikle halk sağlığı hemşireleri karşılaştıkları sağlıklı/hasta bireylere gerek Aile Sağlığı Merkezlerinde gerekse ev ziyaretleri sırasında bu işlevlerini yerine getirebilirler. Bu bağlamda hemşireler, toplumu bilinçlendirme ve erken tanı için farkındalık oluşturmada da liderlik etmelidir (Babazadeh ve ark., 2016).

Ulusal kanser tarama standartları doğrultusunda Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) meme, kolon ve serviks kanserlerine yönelik taramalar yapılmakta olup rutin olarak deri kanseri taraması yapılmamaktadır. Antalya gibi güneşli gün sayısının fazla ve güneş ışınlarının dik geldiği bir bölgede KETEM'lerde deri kanseri taramasının rutin tarama programlarına dahil edilmesi gerekmektedir. Bu aşamada birinci derecede toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile görevli olan Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Deri kanseri farkındalığının artırılması için "Kanser Haftası", "Sağlıklı Yaşam Haftası" gibi önemli gün ve haftalarda deri kanseri tarama programlarının uygulanması, afiş ve broşürlerle dikkat çekilmesi gerekmektedir. Özellikle yaz aylarında güneş yanıkları ve deri kanseri riskini hatırlatıcı unsurlar olarak kamu spotlarının yaygınlaştırılması, billboardların kullanılması önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tarımda çalışan bireylerin deri kanseri konusundaki risk algıları, risk düzeyleri ile güneşten korunma bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla, tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma örtü altı tarımının yapıldığı Antalya'nın Kumluca İlçe merkezinde yapılmıştır. İlçe, tarımda çalışanların yoğunluğu ve genel özelliklerini barındırması sebebiyle seçilmiştir. Kumluca İlçesi'nde halkın %86'sı geçimini örtü altı tarımından sağlamaktadır (www.antalya-tarım.gov.tr). Bölgede tarım nüfusu; kendi adına çalışan ya da kendi adına çalışmayan (ortakçı, icarcı, yevmiyeli/gündelikçi, mevsimlik işçi.. vb) bireylerden oluşmaktadır. Tarımsal faaliyetlerin bir aile işletmesi olması nedeniyle yapılan işlere tüm aile bireyleri katılabilmektedir. Örtü altı tarımın her mevsime uyum sağlayabilmesi nedeniyle, bireyler yılın 12 ayı çalışma şansına sahiptir. Mesai kavramı olmaması ve iş bitirme odaklı çalışmalar, kış aylarında tüm gün, yaz aylarında ise öğle saatlerinde ara verilerek devam etmektedir. Araştırmanın verileri Mart-Temmuz 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya'nın Kumluca İlçe merkezinde tarımsal faaliyette bulunan tüm tarım çalışanları oluşturmuştur. Kumluca'nın her mevsim farklı oranlarda işçi alması, çalışanlara ait kendi adına, yevmiyeli ya da ücretsiz aile işçisi olarak toplam kayıta ulaşılabilmesi nedeniyle, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlardaki örneklem belirleme formülü kullanılarak (Sümbüloğlu ve ark., 2009) örneklem sayısı belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; Malak ve ark (2011)'in "*çiftçilerde güneşten korunma eğitiminin değerlendirilmesi*" çalışmasının bilgi puan ortalaması kullanılmış ve $p=0.37$, $d=0.05$ alınmıştır.

n: örnekleme alınacak birey sayısı

p: incelenen olayın görülüş sıklığı

q: incelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d: olayın görölüş sıklığına yapılmak istenen \pm sapma

Araştırmada;

p: 0.37

q:0.63

t: 1.96

d:0.05

n: $\frac{(1.96)^2 \cdot (0.37) \cdot (0.63)}{(0.05)^2} = 358$

Araştırmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü 358 kişi olarak hesaplanmış olup, veri kaybı olasılığına karşı araştırmanın örneklemini 415 kişi olarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde herhangi bir seçim yöntemi kullanılmamış, verilerin toplandığı zaman evlerinde veya çalıştıkları bahçede bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden bütün tarım çalışanları çalışma kapsamına alınmıştır.

3.4. Kullanılan Soru Formu

Araştırmanın verileri; literatüre dayalı olarak (*Parrott ve Lemieux 2003; Christensen ve ark., 2007; Hammond ve ark., 2008; McCool ve ark., 2009; Malak ve ark., 2011; Buster ve ark., 2012; Stensgard, 2013; Janda ve ark., 2014; Carley ve Stratman., 2015*) araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu ile toplanmıştır (EK-1). Soru formu beş bölümden oluşmakta ve toplam 39 soru içermektedir. Soru formunun birinci bölümde bireylerin sosyo-demografik özellikleri, ikinci ve üçüncü bölümlerde deri kanseri risk düzeyleri ve risk algıları, dördüncü bölümde deri kanseri ve güneşten korunma bilgileri, beşinci bölümde ise güneşten korunma davranışları ile ilgili sorular yer almaktadır.

Birinci bölümde; sosyo-demografik özellikleri belirlemek için 9 soru (1-9. sorular) (bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir durumu, istihdam durumu, tarımda çalışma yılı, bir yılda tarımda çalışma ayı, bir günde toplam çalışma saati) yer almaktadır (EK-1).

İkinci bölümde; katılımcıların risk düzeylerini saptamak için Fitzpatrick deri tipi sınıflaması baz alınmıştır (10.soru). Fitzpatrick deri fototipi sınıflaması tüm dünyada kabul görmüş, bireylerin deri tiplerini sınıflandırmak amacıyla Thomas Fitzpatrick (1988) tarafından oluşturulmuş bir araçtır. Güneş ışınlarına maruz kalan bireyin derisinde meydana gelen değişiklikler ve deri rengi değerlendirilerek risk durumunu

belirlemede kullanılmaktadır. Bireylerin risk düzeyleri; deri tipi 1 ve 2 "*yüksek risk*", deri tipi 3 ve 4 "*orta risk*" ve deri tipi 5 ve 6 "*düşük risk*" olarak değerlendirilmiştir (EK-1). Deri kanseri için risk faktörlerinden olan "*geçirilmiş hastalık öyküsü*", "*ailede deri kanseri öyküsü*", "*çok sayıda bene sahip olma*" ve "*güneş yanığı öyküsü*" sorgulanmış ve tanımlayıcı veri olarak kaydedilmiştir (11-14.sorular).

Üçüncü bölümde; katılımcıların risk algıları, (EK-1, 15. soru) ilgili literatür doğrultusunda (Hammond ve ark., 2008; McCool ve ark., 2009; Buster ve ark., 2012) araştırmacılar tarafından düzenlenen "*Deri kanserine yakalanma riskinizi nasıl görüyorsunuz?*" sorusu ile belirlenmiştir (15. soru). Bireylerden kendi algılarına göre risk düzeylerini (riskli görmeme, az riskli, orta derecede riskli ve yüksek oranda riskli görme) belirtmeleri istenmiştir. Araştırma verileri, verilen cevaplar doğrultusunda gözlerdeki yetersizlikten dolayı *az, orta ve yüksek riskli görme* birleştirilerek, riskli görenler ve riskli görmeyenler olarak iki kategoride incelenmiştir. Ayrıca bireylerin kendilerini riskli hissetme nedenleri sorgulanmış ve tanımlayıcı veri olarak kayıt edilmiştir (16. soru).

Dördüncü bölümde; katılımcıların bilgi puan ortalamalarını belirlemek amacıyla (deri kanseri ve evrensel güneşten korunma yöntemleri hakkında) literatürdeki Parrott ve Lemieux (2003), Christensen ve ark., (2007), Malak ve ark., (2011), Stensgard, (2013), Janda ve ark., (2014), Carley ve Stratman (2015)'in çalışmalarında bulunan bilgi düzeyi soruları göz önüne alınarak araştırmacılar tarafından 12 soru şeklinde (EK-1, 17-28. sorular) hazırlanmıştır. Veri analizini kolaylaştırmak için puanlamaya gidilmiştir. Bireylere verdikleri her bir doğru yanıt için "1" puan, yanlış ve bilmiyorum yanıtları için ise "0" puan verilmiştir. Puanlama sonunda bireyler en az 0 puan, en fazla 12 puan alabilmiştir. Bireylerin puan ortalamalarının artması bilgi düzeylerinin arttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Beşinci bölümde; katılımcıların davranış puan ortalamalarını belirlemek amacıyla Aygün ve Ergün (2013) tarafından Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği yapılan "Güneşten Korunma Davranış Ölçeği" baz alınarak 11 soru (EK-1, 29-39.sorular) hazırlanmıştır. Ölçeğin adölesanlara yönelik geliştirilmiş olması ve tarımda çalışanların sosyoekonomik ve kültürel açıdan farklı özellikler taşımasından dolayı mevcut sorulara ek olarak bazı ifadeler eklenerek bir soru formu oluşturulmuştur. Oluşturulan soru formunun analizini kolaylaştırmak için puanlamaya gidilmiştir. Bireylerin "her zaman" yanıtı 3 puan, "sıklıkla" yanıtı 2 puan, "bazen" yanıtı 1 puan,

"hiç" yanıtı da 0 puan olarak değerlendirilmiş olup; puan aralığı minimum 2, maksimum 25 arasında değişmiştir. Puan ortalamasının artması katılımcıların güneşten korunma davranışlarının olumlu iyi yönde olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması:

Soru formunun dil açısından anlaşılabilirliği ve içerik açısından kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla tarımda çalışan 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonucunda bireylerin sabah, öğle ve akşam olmak üzere güneş altında kaç saat geçirdikleri sorusu, kararsız kalmaları ve zaman aldığı düşüncesiyle cevaplamak istememeleri üzerine "bir günde toplam kaç saat güneş altında çalışıyorsunuz" sorusu şeklinde değiştirilmiştir. Diğer sorular içerik ve dil açısından uygun bulunmuş ve soru formuna son hali verilmiştir.

3.6. Araştırma Etiği

Çalışmanın yürütülebilmesi için, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Kabul No: 70904504) çalışma için onay alınmıştır (EK-2). Tarımda çalışanlara araştırmanın amacı, yöntemi, önemi konusunda gerekli açıklamalar yapılmış, toplanan verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı sözlü ve yazılı olarak belirtilmiş ve Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmıştır.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, haftanın üç günü (Cuma, Cumartesi, Pazar) Antalya'dan Kumluca ilçesine gidilerek araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı Değişkenler: Tarımda çalışanların deri kanseri risk algıları, deri kanseri ve güneşten korunma bilgi ve davranış puan ortalamaları,

3.8.2. Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, istihdam durumu, medeni durum, güneş altında geçirilen zaman, toplam çalışma ayı, toplam çalışma yılı ve risk düzeyidir.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri toplandıktan sonra öncelikle araştırmacı tarafından tek tek değerlendirilmiş ve araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 21.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Tarımda

çalışanların sosyodemografik özellikleri, deri kanseri risk düzeyleri, risk algıları, güneşten korunma bilgi ve davranış puanlarının sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Bağımlı değişkenler olan risk algısı, bilgi ve davranış puan ortalamalarının normal dağılıma uymamasından dolayı nonparametrik testler uygulanmıştır. Ki-kare testi ile iki kategoriden oluşan risk algısı ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Fark varsa anlamlılığın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla bonferoni düzeltmeli ki-kare testi uygulanmıştır. Sürekli verilerden oluşan bilgi ve davranış puanları ile üç ve daha fazla kategoriden oluşan bağımsız değişkenler (yaş, gelir durumu, risk düzeyi, toplam çalışma yılı) arasında farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Aynı şekilde sürekli bağımlı değişkenler ile iki kategoriden oluşan bağımsız değişkenler (cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, istihdam durumu, toplam çalışma saati ve toplam çalışma ayı) arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmiştir. Sürekli bağımlı değişkenler için yapılan Kruskal-Wallis H ve Mann Whitney U testlerinde anlamlı çıkan bağımsız değişkenler de Çoklu Doğrusal Regresyon analizine alınmıştır. Kategorik bağımlı değişken olan deri kanseri risk algısı için yapılan ki-kare testi sonucunda anlamlı çıkan değişkenler Lojistik Regresyona dahil edilmiş fakat Hosmer and Lemeshow değeri $p < 0.05$ olduğundan dolayı değerlendirmeye alınmamıştır. Katılımcıların deri kanseri ve güneşten korunma bilgi ve davranış puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon testi ile belirlenmiştir. Yapılan tüm analizlerde önemlilik sınırı için alfa değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tarımda çalışan bireylerin deri kanseri risk düzeyleri, risk algıları ve güneşten korunma konusundaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular beş başlık halinde verilmiştir.

1. Çalışmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri,
2. Çalışmaya katılan bireylerin risk düzeyleri,
3. Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri risk algıları,
4. Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi ve davranış puan ortalamaları,
5. Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi ve davranış puan ortalamalarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması,

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları değerlendirilmiş ve Tablo 4.1.1'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının (%60.7) erkek ve yaş ortalamalarının 43.23 ± 13.39 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun evli (%83.9), %68.4'nün ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların özbildirimlerine göre yarısından fazlası gelirlerini giderlerinden az (%56.4), %5.5 gibi az bir kısmı ise gelirin giderinden fazla olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %63.7'si kendi adına çalışmamakta olup, icarcılık, ortakçılık, yevmiyeli/gündelikçi ya da mevsimlik işçi olarak çalışmaktadır. Bireylerin bir günde ortalama 8.5 ± 1.74 saat, bir yılda ortalama 9.5 ± 1.96 ay çalıştıkları saptanmıştır. Tüm katılımcıların toplam çalışma yılları ortalaması 23.4 ± 12.07 yıldır.

Tablo 4.1.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin bazı Sosyodemografik Özellikleri (N=415)

Bireysel özellikler	Sayı	%
Yaş (43.23±13.39, Min=16-Max=76)		
<30	69	16.6
30-39	103	24.8
40-49	122	29.4
≥50	121	29.2
Cinsiyet		
Kadın	163	39.3
Erkek	252	60.7
Medeni Durum		
Evli	348	83.9
Bekar	67	16.1
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	284	68.4
Ortaokul ve üzeri	131	31.6
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	234	56.4
Gelir gidere eşit	158	38.1
Gelir giderden fazla	23	5.5
İstihdam Durumu		
Kendi adına çalışan	152	36.3
Kendi adına çalışmayan	263	63.7
Toplam Çalışma Yılı (23.4±12.07, Min 2-Max 55)		
≤10 yıl	84	20.2
11-29 yıl	194	46.7
≥30 yıl	137	33.0
Bir Yıldaki Çalışma Ayı (9.5±1.96, Min 1-Max 12)		
1-6 ay	34	8.2
7-12 ay	881	91.8
Bir Günde Toplam Çalışma Saati (8.5±1.74, Min 2-Max 11)		
<7 saat	81	19.5
≥8 saat	334	80.5
Toplam	415	100

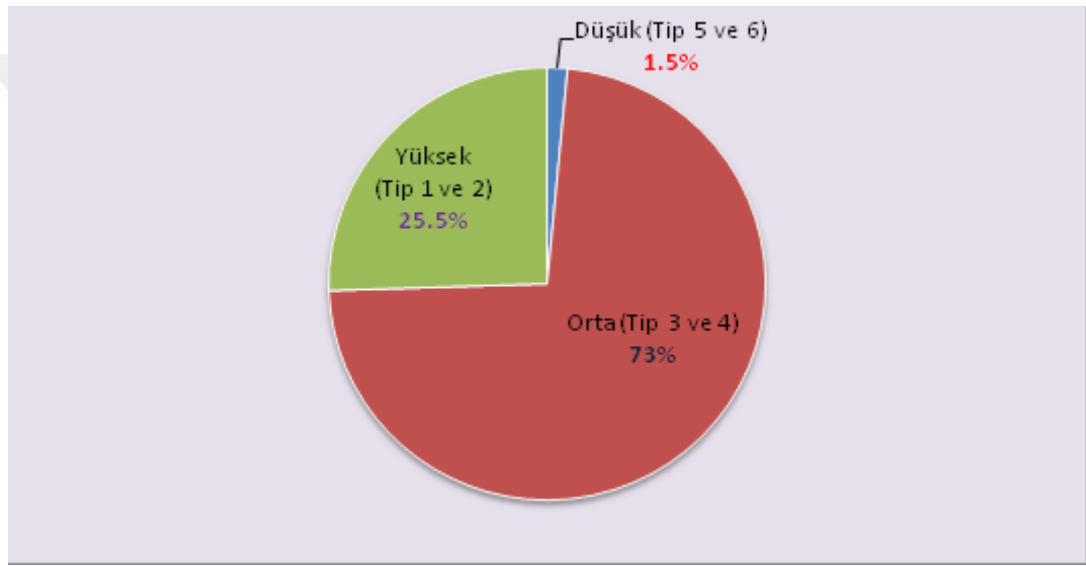
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Risk Düzeylerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin risk düzeyleri Fitzpatrick deri tipi sınıflamasına göre incelenmiş, Tablo 4.2.1 ve Şekil 4.2.1’de gösterilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%73.0), hafif yanan, kademeli olarak bronzlaşan, genellikle beyaz tenli olan Deri Tipi 3; ve nadiren yanan, kolay bronzlaşan, açık kahverengi renkteki Deri Tipi 4 grubunda yer alan orta riskli bireylerden oluştuğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.1: Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri Risk Düzeyleri (N=415)

Risk Düzeyleri		
	Sayı	%
Düşük Risk (Tip 5 ve 6)	6	1.5
Orta Risk (Tip 3 ve 4)	303	73.0
Yüksek Risk (Tip 1 ve 2)	106	25.5
Toplam	415	100

Düşük risk düzeyine sahip birey sayısı oldukça azdır (%1.5). Çalışma grubunda her dört kişiden biri yüksek risk düzeyine sahiptir (%25.5).



Şekil 4.2.1: Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri Risk Düzeyleri

Deri kanseri için risk faktörlerinden olan ailede deri kanseri öyküsü olan birey yüzdesi %3.4 iken, deri kanserine yakalanmış birey yüzdesi 0.2 olarak bulunmuştur. Çalışanların %84.1'i vücudunda 11 ve üzerinde bene sahip olduğunu ifade ederken, % 42.7'si geçen yıl en az bir defa güneş yanığı geçirdiğini belirtmiştir.

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Risk Algılarının İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin risk algıları incelenmiş Tablo 4.3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri Risk Algıları (N=415)

Risk Algıları		
	Sayı	%
Kendini Riskli Görmeyen	211	50.8
Kendini Riskli Gören	204	49.2
Kendini riskli görme nedenleri		
Güneşte uzun süre kalmak	152	38.8
Hassas cilt tipine sahip olmak	50	12.5
Geçirilmiş hastalık öyküsünün bulunması	1	0.2
Ailede deri kanseri öyküsünün bulunması	11	2.7
Toplam	415	100

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan bireylerin yarısının (%50.8) kendini deri kanserine yakalanma konusunda riskli görmediği, diğer yarısının ise (%49.2) riskli gördüğü (az riskli %28.0, orta riskli %14.5 ve yüksek riskli %6.7) belirlenmiştir. Bireylerin kendilerini risk altında hissetme nedenleri incelendiğinde ise; katılımcıların %38.8’i güneşte uzun süre kaldıklarından ve %12.5’i hassas cilt tipine sahip olduklarından dolayı kendilerini riskli gördüklerini bildirmişlerdir. Geçirilmiş hastalık öyküsü (%0.2) ve ailede deri kanseri öyküsünün bulunmasının (%2.7) bireylerin risk algılarını çok az etkilediği saptanmıştır.

Tarımda çalışanların deri kanserine yakalanma risk algıları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.2.Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Deri Kanseri Risk Algılarının Karşılaştırılması (N=415)

Özellikler	Deri Kanseri Risk Algı Düzeyi				x ²	P
	Riskli Görmeyen		Riskli Gören			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	92	56.4	71	43.6	3.336	0.67
Erkek	119	47.2	133	52.8		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	169	59.5	115	40.5	27.020	0.000
Ortaokul ve üzeri	42	32.1	89	67.9		
Yaş Grupları						
<30	13	18.8	56	81.2	53.164	0.000
30-39	46	44.7	57	55.3		
40-49	64	52.5	58	47.5		
≥50	88	72.7	33	27.3		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	72	45.6	86	54.4	8.493	0.014
Gelir gidere eşit	132	56.4	102	43.6		
Gelir giderden fazla	7	30.4	16	69.6		
İstihdam durumu						
Kendi adına çalışan	76	50.7	74	49.3	1.017	0.897
Kendi adına çalışmayan	135	51.3	128	48.7		
Risk düzeyi						
Düşük (Deri Tipi 5 ve 6)	1	0.5	5	2.5	6.462	0.040
Orta (Deri Tipi 3 ve 4)	164	77.7	139	68.1		
Yüksek (Deri Tipi 1 ve 2)	46	21.8	60	29.4		
Medeni durum						
Evli	189	54.3	159	45.7	10.367	0.001
Bekar	22	32.8	45	67.2		
Bir Günde Toplam Çalışma Saati						
≤7 saat	39	48.1	42	51.9	1.293	0.589
≥8 saat	172	51.5	162	48.5		
Bir Yılda Toplam Çalışma Ayı						
1-6 ay	19	55.9	15	44.1	1.376	0.540
7-12 ay	192	50.4	189	49.6		
Toplam Çalışma Yılı						
≤10 yıl	24	28.6	60	71.4	22.466	0.000
11-29 yıl	104	53.6	90	46.4		
≥30 yıl	83	60.6	54	39.4		

Tablo 4.3.2 incelendiğinde, çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri risk algıları ile cinsiyet ve istihdam durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Buna karşın bireylerin deri kanseri risk algıları ile eğitim düzeyi, yaş, gelir, medeni durum ve risk düzeyleri arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farklılık olduğu bulgulanmıştır ($p<0.05$). Eğitim durumunun bireylerin kendilerini risk altında hissetmelerinde önemli bir etken olduğu; ilkokul ve altında eğitim alan bireylerin, ortaokul ve üzerinde eğitim alan bireylere göre risk algılarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2=27.020$, $p=0.000$).

Yaş grubu ile risk algı düzeyleri incelendiğinde; 40-49 yaş grubu ile 50 yaş ve üzerindeki gruplarda kendini riskli görme oranlarının (%27.3); 0-29 yaş grubundaki bireylerin kendilerini riskli görme (%81.2) oranlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farklılık olduğu ($\chi^2=53.164$, $p=0.000$); Bonferoni düzeltmeli ki kare testine göre bu farklılığın, 0-29 yaş grubu ve 50 yaş ve üzeri bireylerden kaynaklandığı görülmüştür ($\chi^2=51.244$, $p=0.000$) (Tablo 4.3.2).

Gelir durumuna göre risk algıları incelendiğinde geliri giderinden az (%56.4) ve eşit (%45.6) olan katılımcıların kendilerini riskli görmeme oranının geliri giderinden fazla (%30.4) olan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, istatistiki olarak da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=8.493$, $p=0.014$). Bonferoni düzeltmeli ki kare testi sonucuna göre bu anlamlılığın; geliri giderinden az ve geliri giderinden fazla olan gruplardaki bireylerden kaynaklandığı saptanmıştır ($\chi^2=5.690$ $p=0.017$) (Tablo 4.3.2).

Evli bireylerin kendilerini riskli görmeme oranı (%54.3) bekarlara göre daha yüksek (%32.8) bulunmuştur. Risk düzeyi düşük olan bireylerin risk algılarının da düşük olduğu (%56.7), risk düzeyi arttıkça risk algılarının da arttığı belirlenmiştir ($\chi^2=12.857$, $p=0.002$). Bonferoni düzeltmeli ki kare testine göre bu anlamlılığın; düşük ve yüksek risk düzeyine sahip olan bireylerden kaynaklandığı görülmüştür ($\chi^2=8.516$, $p=0.014$). Toplam çalışma yılının artması da risk algısını anlamlı düzeyde azaltmaktadır ($\chi^2=22.466$, $p=0.000$). Bonferoni düzeltmeli ki kare testine göre anlamlılık; 10 yıl ve altı çalışma yılına sahip olan bireyler ile 30 yıl ve üzerinde

çalışanların deri kanseri risk algılarının farklılığından kaynaklanmaktadır ($\chi^2=21.367$, $p=0.000$). Bireylerin bir günde toplam çalışma saatleri ve bir yılda toplam çalışma aylarının risk algılarını etkilemediği belirlenmiştir ($\chi^2=1.743$, $\chi^2=1.451$)

4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Bilgi ve Davranış Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik bilgileri incelenmiş ve Tablo 4.4.1'e gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=415)

BİLGİ SORULARI	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Deri kanserine güneşin zararlı ultraviyole ışınları neden olur.	239	57.5	15	3.6	161	38.9
2. UVR ışınlarının en yoğun olduğu saatler öğle saatleridir.	299	72.0	8	2.0	108	26.0
3. Bulutlu bir günde güneş yanığı oluşmaz	294	70.8	76	18.3	45	10.9
4. Güneşten korunmada geniş kenarlı olmayan şapkalar da (siperli şapkalar) yeterli koruma sağlayabilir.	225	54.2	158	38.1	32	7.7
5. Güneşten korunmada uzun kollu gömlek, pantolon giymek önemlidir.	375	90.4	25	6.0	15	3.6
6. Güneşten korunmada güneş koruyucu krem kullanmak önemlidir.	236	56.9	19	4.6	160	38.6
7. Açık renkli giysiler giymek güneşten daha iyi korunma sağlar	313	75.4	61	14.7	41	9.9
8. Gölgede kalmak güneş ışınlarının zararlı etkisini azaltır	376	90.6	23	5.5	16	3.9
9. Sabah sürülen güneş kremi akşama kadar koruma sağlayabilir	55	13.3	135	32.5	225	54.2
10. Ciltteki benler zamanla deri kanserine dönüşebilir	242	58.3	27	6.5	146	35.2
11. Güneş ışınlarının yoğun olduğu öğle saatlerinde dışarıda bulunmamak gerekir	382	92.0	22	5.3	11	2.7
12. Kararmış-bronzlaşmış bir tene sahip olmak deri kanserinden korunmada önemlidir.	136	32.7	82	19.8	197	47.5

Tablo 4.4.1'de görüldüğü gibi bireylerin yarısından fazlasının (%57.5) "UVR'nin deri kanserine neden olduğunu", %58.3'ünün "benlerin zamanla deri kanserine dönüşebileceğini" bildikleri belirlenmiştir. Katılımcıların en fazla doğru bildikleri önermeler; "uzun kollu gömlek ve pantolon giymenin güneşten koruyacağı" (%90.4), "gölgede kalmanın güneş ışınlarının zararlı etkisini azaltması" (%90.6) ve "öğle saatlerinde dışarıda bulunmamak" gerektiğidir (%92.0). Bireylerin yaklaşık üçte ikisi (%72.0) "UVR ışınları en yoğun öğle saatlerindedir" ifadesine doğru cevap vermiştir. Ters önermelerden olan "Bulutlu bir günde güneş yanığı oluşmaz" ve

“Açık renkli giysiler giymek güneşten daha iyi korunma sağlar” ifadelerine, yüksek oranlarda (%70.8 ve %75.4) "doğru" yanıtı verilmiştir. Bireylerin en fazla 'bilmiyorum' seçeneğini tercih ettikleri sorular; “Sabah sürülen güneş kremi akşama kadar koruma sağlayabilir” (%54.2) ve "kararmış/bronlaşmış bir tene sahip olmak deri kanserinden korunmada önemlidir" (%47.5) olmuştur (Tablo 4.4.1). Çalışmaya alınan, bireyler 0-12 arasında alabilecekleri bilgi puanlarından minimum “0”, maksimum “12” puan almış olup; bilgi puan ortalamaları 6.40 ± 2.17 ’dir.

Tablo 4.4.2’de çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik davranışları ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlar görülmektedir.

Tablo 4.4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri kanseri ve Güneşten Korunma Davranışı Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=415)

DAVRANIŞ İFADELERİ	Hiç		Bazen		Sıklıkla		Her Zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Saat 10.00- 16.00 arasında güneşten kaçınıyorum.	29	7.0	231	55.7	103	24.8	52	12.5
2. Düzenli olarak kendi kendime derimi muayene ederim	275	66.3	94	22.7	27	6.4	19	4.5
3. Yaz aylarında daha çok güneşten korunmaya çalışırım	17	4.1	181	43.6	131	31.6	86	20.7
4. Güneşten korunmak için sıkı dokunmuş, uzun kollu, koyu renk giysiler tercih ederim	141	34.0	179	43.1	62	14.9	33	8.0
5. Koruma faktörü 30 ve üzerinde olan güneş kremi kullanırım	308	74.2	64	15.4	18	4.4	25	6.0
6. Denize, havuza girerken güneş kremi kullanırım.	299	72.0	58	14.0	30	7.2	28	6.8
7. Günlük hayatta dışarıdayken, çalışırken güneş kremi kullanırım	324	78.1	58	14.0	15	3.6	18	4.3
8. Kışın da güneş kremi kullanırım	376	90.6	31	7.5	2	0.5	6	1.4
9. Şapka kullanıyorsam geniş kenarlı olmasına dikkat ederim	270	65.1	88	21.2	41	9.9	16	3.8
10. Güneş gözlüğü kullanırım	248	59.8	92	22.2	50	12.0	25	6.0
11. Güneşten korunmak için gölgede durmaya çalışırım	4	1.0	111	26.7	190	45.8	110	26.5

Bireylerin deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik davranış sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde “her zaman” seçeneğinin daha az işaretlendiği, en iyi yapılan davranışın “gölgede durmaya çalışma” olduğu görülmektedir. “Güneşten 10-16 saatleri arasında kaçınıyorum” ifadesine en fazla bazen (%55.7) yanıtının verildiği, bireylerin %66.3’ünün hiç "kendi kendine deri muayenesi" yapmadığı belirlenmiştir. Aynı şekilde güneş kremi kullanımına ilişkin sorulara %72 ve üzerinde (%74.2, %78.1, %90.6) “hiç” cevabı verilmiştir. Katılımcıların %21.2 oranında “bazen” geniş kenarlı şapka takmaya dikkat ettikleri ve %22.2’sinin yine “bazen” güneş gözlüğü

kullandıkları saptanmıştır. Bireylerin yanıtlarına göre yaz aylarında daha çok güneşten korunmaya çalıştıkları ve sıkı dokunmuş, uzun kollu, koyu renk giysiler tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4.2). Toplam 0-33 puan üzerinden, minimum “2”, maksimum “25” puan alan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma davranış puan ortalamalarının 9.11 ± 4.92 olduğu belirlenmiştir.

4.5. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile bilgi puan ortalamaları karşılaştırılmış ve Tablo 4.5.1’de gösterilmiştir. Üç ve daha fazla kategoriye sahip olan bağımsız değişkenler için yapılan Kruskal Wallis testine göre, bireylerin yaş gruplarına göre deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 50 yaş ve üzeri bireylerin bilgi puan ortalamalarının diğer gruplardakilere göre daha düşük (5.71 ± 1.80), 30 yaş altı gruptaki bireylerin ise daha yüksek olduğu (8.11 ± 1.96) belirlenmiştir. Buna paralel olarak da yaş grupları ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=54.485$, $p=0.000$) (Tablo 4.5.1). Geliri giderinden az ve toplam çalışma yılı 30 ve üzerinde olan bireylerin sırasıyla bilgi puan ortalamaları daha düşük (5.98 ± 2.18 , 5.92 ± 2.00) bulunmuş olup, aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=21.631$ $p=0.000$, $\chi^2=40.499$ $p=0.000$). Fitzpatrick deri tipine göre belirlenen risk düzeyi düşük olan bireylerin bilgi puan ortalamaları daha düşük (6.33 ± 0.51), risk düzeyi yüksek olan bireylerin ise anlamlı derecede yüksektir (7.02 ± 2.38) ($\chi^2= 9.362$, $p=0.009$).

Tablo 4.5.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=415)

Özellikler		Deri kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Puan Ortalamaları		
		$\bar{x} \pm ss$	p	$\chi^2/ U_{(Z)}$
Cinsiyet	Kadın	6.71±2.18	0.015	-2.425*
	Erkek	6.21±2.15		
Yaş	<30	8.11±1.96	0.000	54.485**
	30-39	6.33±2.27		
	40-49	6.19±2.06		
	≥50	5.71±1.80		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	5.94±2.10	0.000	-6.374*
	Ortaokul ve üzeri	7.41±1.98		
Medeni durum	Evli	6.18±2.11	0.000	-4.758*
	Bekar	7.58±2.14		
İstihdam durumu	Kendi adına çalışan	6.70±2.05	0.024	-2.260*
	Kendi adına çalışmayan	6.25±2.23		
Gelir durumu	Gelir giderden az	5.98±2.18	0.000	21.631**
	Gelir gidere eşit	6.95±2.09		
	Gelir giderden fazla	6.95±1.82		
Bir Yılda Toplam Çalışma Ayı	1-6 ay	6.35±2.42	0.984	-.020*
	7-12 ay	6.41±2.15		
Bir Günde Toplam Çalışma Saati	<7 saat	6.41±2.07	0.888	-.140*
	≥8 saat	6.40±2.20		
Toplam çalışma yılı	≤10	7.78±2.12	0.000	40.499**
	11-29	6.15±2.08		
	≥30	5.92±2.00		
Risk algısı	Riskli görmeyen	5.55±1.92	0.000	-8.106*
	Riskli gören	7.28±2.07		
Risk düzeyi	Düşük (Tip 5 ve 6)	6.33±0.51	0.009	9.362**
	Orta (Tip 3 ve 4)	6.19±2.08		
	Yüksek (Tip 1 ve 2)	7.02±2.38		

* $U_{(Z)}$: Mann Whitney U testi

** χ^2 : Ki-kare testi

İki kategorili bağımsız değişkenler için yapılan Mann Whitney U testinde, eğitim durumu ile deri kanseri bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 4.5.1). İlkokul ve altında eğitim alan bireylerin bilgi puan ortalamalarının (5.94±2.10), ortaokul ve üzerinde eğitim alanlardan (7.41±1.98) daha düşük düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu bulgulanmıştır ($U_z=-6.374$, $p=0.000$). Kendi adına çalışmayan bireylerin bilgi puan

ortalamları daha düşük (6.25 ± 2.23) bulunmuş olup, aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($U_z = -2.260$, $p=0.024$). Medeni duruma göre deri kanseri bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; evli bireylerin bilgi puan ortalamaları bekarlara göre düşük bulunmuş olup (6.18 ± 2.11), aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U_z = -4.758$, $p=0.000$) (Tablo 4.51).

Bireylerin bir günde toplam çalışma saatleri ve bir yıldaki toplam çalışma aylarının bilgi puan ortalamalarını etkilemediği ($U_z = -.020$, $U_z = -.140$), fakat risk algısının artması ile bilgi puan ortalamalarının bununla doğru orantılı ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($U_z = -8.106$, $p=0.000$) (Tablo 4.51).

4.6. Çalışmaya Katılan Bireylerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Güneşten Korunma Davranış Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri ile davranış puan ortalamaları karşılaştırılmış ve Tablo 4.6.1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, toplam çalışma saati ve çalışma ayı ile güneşten korunma davranış puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Buna karşın bireylerin güneşten korunma davranış düzeylerini; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, istihdam ve gelir durumunun, toplam çalışma yılı, risk algısı ve risk düzeyinin etkilediği belirlenmiştir.

Kadınların güneşten korunma davranış puan ortalamaları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir (9.84 ± 5.16) ($U_z = -2.312$, $p=0.021$). Çalışmaya alınan bireylerin, yaşları ilerledikçe güneşten korunma davranış puan ortalamalarının düştüğü bulgulanmıştır. Yaş ile güneşten korunma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($\chi^2=31.057$, $p=0.000$). Eğitim durumuna göre de davranış düzeyinin farklılık gösterdiği saptanmıştır. İlkokul ve altı bireylerin güneşten korunma davranış puan ortalamalarının anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (8.27 ± 4.49) ($U_z = -5.273$, $p=0.000$).

Tablo 4.6.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Güneşten Korunma Davranış Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=415)

Özellikler		Deri kanseri ve Güneşten Korunma Davranış Puan Ortalamaları		
		$\bar{x} \pm ss$	p	$U_{(z)}/ \chi^2$
Cinsiyet	Kadın	9.84±5.16	0.021	-2.312*
	Erkek	8.65±4.70		
Yaş	<30	11.8±4.96	0.000	31.057**
	30-39	8.25±4.52		
	40-49	9.00±5.14		
	≥50	8.38±4.46		
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	8.27±4.49	0.000	-5.273*
	Ortaokul ve üzeri	10.95±5.30		
Medeni durum	Evli	8.83±4.86	0.003	-2.988*
	Bekar	10.59±4.99		
İstihdam durumu	Kendi adına çalışan	9.82±5.11	0.024	-2.259*
	Kendi adına çalışmayan	8.74±4.77		
Gelir durumu	Gelir giderden az	8.55±4.87	0.002	12.581**
	Gelir gidere eşit	10.0±4.75		
	Gelir giderden fazla	8.73±5.78		
Bir Yılda Toplam Çalışma Ayı	1-6 ay	9.82±4.71	0.237	-1.182*
	7-12 ay	9.05±4.93		
Bir Günde Toplam Çalışma Saati	<7 saat	8.72±4.60	0.532	-.625*
	≥8 saat	9.21±4.99		
Toplam çalışma yılı	≤10	11.0±5.06	0.000	18.597**
	11-29	8.61±4.46		
	≥30	8.67±5.19		
Risk düzeyi	Düşük (Tip 5 ve 6)	13.3±6.71	0.002	12.138**
	Orta (Tip 3 ve 4)	8.56±4.51		
	Yüksek (Tip 1 ve 2)	10.4±5.57		
Risk algısı	Riskli görmeyen	7.53±4.39	0.000	-7.577*
	Riskli gören	10.75±4.91		

* $U_{(z)}$: Mann Whitney U testi

** χ^2 : Ki-kare testi

Aynı şekilde bekar ve kendi adına çalışıyor olmanın güneşten korunma davranış puan ortalamasını anlamlı düzeyde arttırdığı belirlenmiştir ($U_z = -2.988$ $p = 0.003$, $U_z = -2.259$ $p = 0.024$). Bireylerin gelir durumları da güneşten korunma davranış puan ortalamasını etkilemektedir. Geliri giderinden az olan bireylerin güneşten korunma

davranış puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (8.55±4.87) ($\chi^2=12.581$, $p=0.002$). Yine bu verileri destekler nitelikte çalışma yılı yüksek olan bireylerin davranış düzeyleri de istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüktür ($\chi^2=18.597$, $p=0.000$) (Tablo.4.6.1). Risk düzeyi düşük olan ve kendini risk altında hisseden bireylerin sırasıyla güneşten korunma puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=12.138$ $p=0.002$, $U_z=-7.577$ $p=0.000$).

Katılımcıların bilgi puan ortalamaları ile davranış puan ortalamaları arasında ilişki olup olmadığına bakılmış ve Tablo 4.7'de gösterilmiştir. Yapılan Spearman Korelasyon analizi sonucunda bilgi ve davranış puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Çalışmaya katılan bireylerin bilgi ve davranış puan ortalamaları arasındaki ilişki

	r*	p
Bilgi Puan Ortalaması	0.526	0.000
Davranış Puan Ortalaması		

*Spearman Korelasyon Analizi

Bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi puan ortalamalarını etkileyen bağımsız değişkenlerin potansiyel etkilerini belirlemek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yapılmış ve Tablo 4.8'de verilmiştir

Tablo 4.8. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Puan Ortalamalarını Etkileyen Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine Göre İncelenmesi

	B	Std Error	β	95%CI	P
Yüksek Risk Algısı	1.306	.194	.300	0.95-1.68	0.000
<30 yaş	1.054	.294	.181	0.47-1.63	0.000
Gelir gidere eşit	.666	.189	.152	1.03-0.29	0.000
Kadın Cinsiyeti	.592	.189	.133	0.22-0.96	0.002
Yüksek Eğitim Düzeyi	.607	.235	.130	0.14-1.06	0.010

R²=0.294

Modele bilgi puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkileyen cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, istihdam durumu, risk algısı, yaş, gelir durumu, çalışma yılı ve risk düzeyi dahil edilmiştir. Toplam modelin kararlılık katsayısı R²=0.294 olarak

bulunmuştur. Bu değer bilgi puan ortalamasını etkileyen başka değişkenlerin olduğunun göstergesidir. Stepwise Model Metoduna göre bilgi puan ortalamasını arttıran en önemli değişkenler; yüksek risk algısı, 30 yaşından küçük olma, kadın cinsiyeti, düşük risk düzeyi, yüksek eğitim seviyesidir. Tablo 4.8'e göre bilgi puan ortalamasını; risk algısının yüksek olması 1.306 puan, 30 yaşından küçük olma 1.054 puan, eşit gelir gider durumuna sahip olma 0.666 puan, kadın cinsiyeti 0.592 puan, yüksek eğitim seviyesi de 0.607 puan arttırmaktadır (Tablo 4.8).

Deri kanseri ve güneşten korunma davranış puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkileyen değişkenlerden olan cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, istihdam durumu, risk algısı, yaş, gelir durumu, çalışma yılı ve risk düzeyi çoklu doğrusal regresyon modellemesine alınmıştır (Tablo 4.9). Toplam modelin kararlılık katsayısı $R^2=0.210$ bulunmuştur. Bu değer davranış puan ortalamasını etkileyen başka değişkenlerin olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Davranış Puan Ortalamalarını Etkileyen Değişkenlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizine Göre İncelenmesi

	B	Std Error	β	95%CI	P
Yüksek Risk Algısı	2.774	.635	.282	1.87-3.66	0.000
Ortaokul ve üzerinde Eğitim alma	1.898	.455	.180	0.94-2.85	0.000
Kadın Cinsiyeti	1.303	.486	.129	0.40-2.19	0.004
Orta Risk Düzeyi	-1.730	.456	-.156	0.75-2.70	0.001
30-39 yaş grubu	-1.481	.495	-.130	0.48-2.47	0.004
Geliri giderden az	-.965	.505	-.095	0.86-0.66	0.035

$R^2=0.210$

Stepwise Model Metodu sonucunda deri kanseri ve güneşten korunma davranış puan ortalaması üzerinde etkili olan en önemli değişkenler; yüksek risk algısı, ortaokul ve üzerinde eğitim alma, kadın cinsiyeti, orta risk düzeyi, 30-39 yaş grubu ve geliri giderden az olmadır. Tablo 4.9'a bakıldığında, davranış puan ortalamasını; yüksek risk algısı 2.774 puan, yüksek eğitim düzeyi 1.898 puan, kadın cinsiyeti 1.303 puan arttırmaktadır. Ters şekilde deri kanseri orta risk düzeyinde olma davranış puan

ortalamasını 1.730 puan, 30-39 yaş grubunda olma 1.481 puan, geliri giderinden az olma ise 0.95 puan azaltmaktadır (Tablo 4.9).



5. TARTIŞMA

Deri kanserinin etiyolojisinde en önemli etken olan UVR maruziyeti, özellikle tarım çalışanları gibi uzun süreli güneş altında bulunmak zorunda olanlar için önemli bir risk faktörüdür. Literatürde özellikle tarım çalışanlarının riskli bir grubu oluşturduğu kanıtlanmıştır (Ramirez ve ark., 2005; Diepgen ve ark., 2012; Korfitsen Carøe ve ark., 2013). Ülkemizde de tarımda çalışanların deri kanseri risk algısını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma tarımda çalışanların deri kanseri risk düzeyleri, risk algıları, güneşten korunma bilgi ve davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ile literatürdeki sonuçlar karşılaştırılarak, başlangıçta yanıtları aranan sorular da dikkate alınarak bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri risk düzeyleri ve risk algıları
2. Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler
- Çalışmaya katılan bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma davranış düzeyleri ve etkileyen faktörler

5.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri Risk Düzeyleri ve Risk Algıları

Araştırmada ortaya çıkan önemli bulgulardan birisi her dört kişiden birinin (%25.5) yüksek risk düzeyinde, dört kişiden üçünün ise (%73.0) orta risk düzeyinde olmasıdır. Böylelikle çalışma sonucunda "*tarımda çalışanların deri kanseri risk düzeyleri nedir?*" sorusunun yanıtı alınmıştır. Düşük risk düzeyine sahip birey sayısının, yüksek risk düzeyindeki birey sayısından fazla olması deri kanserine yakalanma olasılığını da azaltmaktadır. Bunun aksine koyu tenli bireylerin deri kanserine yakalanma olasılığı düşük olmasına karşın, beyazlara göre daha geç evrelerde fark edilmeleri nedeniyle de tedaviye olan yanıtları daha düşük oranlardadır (Rouhani ve ark., 2008; Watson ve ark., 2015). Bu nedenle çalışma grubundaki bireylerin risk düzeylerini algılama şekli de önemlidir.

Diğer önemli bir risk faktörü ailede deri kanseri öyküsünün bulunmasıdır. Bu çalışmada ailesinde deri kanseri öyküsü olan sadece 14 birey (%3.4) bulunmaktadır. Amerika'da çiftçilerde yapılan araştırmalarda ailede deri kanseri öyküsü bulunma oranını Coats (1997) %32, Burwell, (2004) %39.8, Geatano ve ark (2009) %37,

Stensgard (2013) %23 olarak bildirmişlerdir. Diğer çalışmalara bakıldığında bu çalışmadan çıkan sonuç (%3.4) küçük bir oran gibi görünse de, birinci derecede akrabalarda hastalık öyküsünün varlığının deri kanserine yakalanma riskini artırması açısından yine de göz ardı edilmemesi gerektiğidir. Aynı şekilde deri kanseri insidansının en yüksek olduğu bilinen Avustralya ve Amerika'da yapılan çalışmalarda geçirilmiş deri kanseri öyküsünün %5-42 oranları arasında değiştiği (Carpender ve ark., 2002; Susitaival ve ark., 2004; Geatano ve ark., 2009; Janda ve ark., 2014), bu çalışmada ise bir kişinin deri kanseri tanısı aldığı belirlenmiştir. Antalya gibi güneşin dik geldiği bir yerleşim yerinde, deri kanseri tanısı almış birey sayısının az olması, bireylerin vücutlarında meydana gelen değişimlerin farkında olmayarak sağlık hizmetine başvuramamalarından dolayı olabilir. Bunun yanında, bu sonuç bireylerin güneşten çok iyi korundukları şeklinde de yorumlanabilir. Ayrıca birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde erken tanı yöntemi olarak deri taramasının rutin olarak yapılmaması nedeniyle, bireylerin böyle bir hizmetten faydalanma oranının düşük olduğu da söylenebilir.

Çalışma sonucunda dikkat edilmesi gereken bir sonuç da, vücudunda 11 ve üzeri bene sahip olan bireylerin %84.1 gibi büyük bir oranda olması, her on kişiden sekizinin malign melanoma açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Deri kanseri açısından vücutta bulunan ben sayısı, deri kanseri için bağımsız bir risk faktörünü oluşturmaktadır. Melanom gelişimi açısından ben sayısının güçlü bir risk faktörü olduğunu destekleyen çalışma sonuçları vardır (Kennedy ve ark., 2003; Thomas ve ark., 2007; Olsen ve ark., 2009). Haessle ve arkadaşlarının (2016) yüksek riskli bireylerde yaptıkları prospektif çalışmada, primer melanomaların %54.2'sinin melanositik nevüsler ile ilişkili olduğu, çok fazla bene sahip olmanın ben ilişkili melanoma riskini arttırdığı belirlenmiştir. Bu çalışmada her beş kişiden dördünde 11 ve üzerinde ben olmasına rağmen, bilgi düzeyini sorgulayan "*vücuttaki benler zamanla deri kanserine dönüşebilir*" sorusuna bireylerin sadece %58.3'ünün doğru cevap vermesi, bireylerin benlerini yeterince önemsemedikleri ya da durumun ciddiyetinin farkında olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Janda ve arkadaşlarının (2014) açık alan çalışanlarında yaptığı araştırmada bireylerin, bu çalışmadan daha yüksek oranda (%70) benlerinin deri kanserine dönüşebileceğine inandıkları bildirilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının (%42.8) güneş yanığı öyküsünün bulunması önemli bir sonuçtur. İklim özellikleri bakımından benzer olan Kıbrıs'ta açık alan çalışanlarında yaptığı çalışmada Dağ (2012) bu oranı (%48.9) benzer şekilde bulmuştur. Deri kanserinin patogenezinde rol oynayan faktörlerden olan güneş yanığı deri kanseri riskini arttırmaktadır (Olsen ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda özellikle 20 yaş altında geçirilen ağırlı güneş yanıklarının YHK'ları 1.5 kat, BHK'ları 2.6 kat, malign melanomları 1.4 kat arttırdığı saptanmıştır (Kennedy ve ark., 2003). Arcury ve arkadaşlarının (2006) kalitatif çalışmasında çiftçilerin açık alanda çalışma sırasında sıkça deri problemleri ve güneş yanığı geçirdikleri, fakat aşırı güneş maruziyetinin uzun dönem sağlık etkilerinin farkında olmadıkları saptanmıştır.

Birçok sağlık davranış teorileri (Sağlık İnanç Modeli, Korunma Motivasyon Teorisi..vb), bireylerin neden kendilerini risk altında bırakan davranışlarda bulduklarını açıklamaya çalışmaktadır (Slovic, 1987). Bu çalışmanın sonucunda da *"tarımda çalışanların deri kanseri risk algıları nedir?"* sorusunun yanıtı aranmıştır. Çalışmaya alınanların yarısının deri kanseri konusunda kendilerini riskli gördüklerini (Tablo 4.3.1) belirtmeleri dikkate değer bir sonuçtur. Kendilerinin deri kanserinde yüksek risk altında algılayan bireylerin, daha çok koruyucu davranışlar sergiledikleri çalışma sonucunda ortaya çıkmıştır (Tablo 4.6.1). Yapılan çalışmalarda bu sonuca benzerdir (Schenker ve ark., 2002; Hammond ve ark., 2008; Babazadeh ve ark., 2016). Çiftçilerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, genel olarak bireylerin risk algılarının bu çalışma sonucuna paralel olarak düşük düzeyde olduğu (Coats, 1997; Burwell, 2004; Dobbison ve ark., 2005; Reeder ve ark., 2013; Kearney ve ark., 2013; Carley and Stratman 2015) görülmektedir. Literatürde risk algısının; deri kanseri risk faktörlerine ve sosyodemografik özelliklerden yaş, cinsiyet, sağlık güvencesine sahip olma, eğitim vb. gibi durumlara göre değişiklik gösterdiği bildirilmektedir (Christensen ve ark., 2007; Hammond ve ark., 2008; McCool ve ark., 2009). Tarımda çalışanlarla yapılan araştırmalarda risk algısının sosyodemografik değişkenler ile direkt ilişkisi incelenmemiş olup, risk algısının güneşten korunma davranışlarına olan etkisine daha fazla yer verilmiştir. Hammond ve ark (2008) ve McCool ve ark (2009)'ın çalışmalarında olduğu gibi, bu çalışmada da düşük risk algısına sahip olan bireylerin, bununla doğru orantılı olarak güneş

ışınlarından korunma davranışlarının da düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaşamları boyunca deri kanserine yakalanma risklerinin farkında olmaları hatta ölebileceklerine inanmalarına rağmen, çalışma yeteneklerini yitirinceye kadar tarımda çalışmak zorunda olmaları sağlık koruma davranışlarını öncelememelerine neden olabilmektedir.

Bu çalışmada 50 yaş ve üzeri bireylerin deri kanseri konusundaki risk algılarının gençlere göre düşük düzeyde olduğu dikkat çeken bir bulgudur. Redding ve ark (1998)'ın çalışması da bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada olduğu gibi eğitim düzeyinin birçok çalışmada risk algısı için önemli bir değişken olduğu gösterilmiştir (Redding ve ark., 1998; Babazadeh ve ark., 2016). McCool ve ark (2009)'nın kümeleme metodunu kullandığı çalışmalarında düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin güneşten korunma davranışlarının ve algılanan önceliklerinin, güneş kremi kullanım oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Deri kanseri görülme sıklığı erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen (Mullan ve ark., 1996; Buster ve ark., 2012), bu çalışmadan farklı olarak, birçok çalışmada kadınların risk algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hope ve ark., 1999; Shenker ve ark., 2002; McCool ve ark., 2009). McCool ve ark (2009)'a göre kadınların algılanan öncelikleri daha yüksek, algılanan dayanıklılıkları daha düşük, endişeleri ise daha yüksektir. Bu durum erkeklerin risk almaya daha meyilli olmalarına ve kadınların estetik görünümüne önem vermelerine bağlanabilir.

Düşük risk düzeyi aynı zamanda düşük risk algısına neden olmaktadır. Bu çalışmada yüksek risk düzeyine sahip olanların /kendini riskli görenlerin güneşten korunma davranış puan ortalamalarının daha yüksek olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bu çalışma sonucuna paralel şekilde, yapılan çalışmalarda kendini riskli gören/algıyan bireylerin güneşten korunma davranış puanları daha yüksek bulunmuş (Coats, 1997; Christensen ve ark., 2007; Hammond ve ark., 2008) ve kolay uygulanabilir bir davranış olmasının, o davranışı sergilemede etkili olduğu saptanmıştır (Parrott ve ark., 1996). Bu sonuçlar bireylerin risk durumlarının farkında olmasının önemli olduğunu ortaya çıkarması açısından dikkate değerdir. Diğer risk faktörlerinden olan deri tipi hassasiyetinin bu çalışmaya benzer olarak yapılan çalışmalarda da bireylerin kendilerini risk altında görmelerine neden olduğu bildirilmektedir. Janda ve ark (2014)'ın çalışmasına göre cildinin çok çabuk

yandığını ifade eden bireylerin güneşten korunma skorları daha yüksektir. Kearney ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada açık tenli, hassas ciltlere sahip kişilerin, güneşte daha az yanan kişilere göre koruyucu davranışlara daha çok meyilli oldukları belirlenmiştir. Burwell (2004)'in çalışmasında bireylerin %9.9'u açık tenli oldukları için kendilerini deri kanseri açısından riskli görmektedir. Bu sonuçtan farklı olarak Salas ve ark (2005)'in çalışmasında hassas deri tipine sahip olma ile deri kanseri gelişme risk algısı arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda eğitim ve bilgilendirmelerle, bireylerdeki düşük risk algısının artırılarak, güneşten korunma davranışlarının olumlu yönde geliştiği saptanmıştır (Redding ve ark., 1998; Burwell, 2004; Stensgard, 2013).

5.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Çalışma sonucunda "*tarımda çalışanların deri kanseri konusunda bilgileri ne düzeydedir* " sorusunun yanıtı toplam 12 puan üzerinden 6.40 ± 2.17 olarak bulunmuştur. Kearney ve arkadaşlarının (2013) Amerika'da Latin mevsimlik işçilerde yaptığı çalışmada deri kanseri ve güneşten korunma konusunda hiç/çok az bilgisi olanların oranının %83.8 olduğu belirlenmiştir. Çiftçilere verilen eğitimlerin değerlendirilmesini amaçlayan Redding ve ark (1998)'in çalışmasında, grupların bilgi puan ortalamaları bu çalışma sonuçlarından oldukça yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada bilgi düzeyi yüksek olanların daha çok ailesinde deri kanseri öyküsü olan bireyler olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın önemli sonuçlardan birisi de genç yaşta olan (%81.2) ve ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların bilgi puan ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olmasıdır (7.41 ± 1.98). Bu çalışma sonuçlarına paralel şekilde, Redding ve ark., (1998) ve McCool ve ark., (2009)'in çalışmalarında da genç ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin bilgi puan ortalamalarının da yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylere deri kanseri ve güneşten korunma konusunda eğitim verilmeden önce bilgi düzeylerinin %37.1 olduğu; eğitim sonrasında ise bu oranın %65.7'ye yükseldiği belirtilmiştir (Malak ve ark., 2011). Eğitimin kişilerde bilgi ve davranış değişikliğine yol açması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Diğer çalışma gruplarıyla çiftçilerin bilgi düzeylerinin karşılaştırıldığı Dobbins ve ark (2005)'in çalışmasında çiftçilerin vücutlarında

meydana gelen değişimlerin daha az farkında oldukları ve deri kanserinin önlemesi konusunda daha az bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir.

Bu çalışmada bireylerin bilgi düzeyinin artmasının güneşten korunma davranış düzeyini de olumlu yönde geliştirdiğini göstermesi önemli bir bulgudur. Genellikle yapılan çalışmalarda deri kanseri ve güneşten korunma konusundaki bilgi düzeyinin, koruyucu davranış sergilemeye olan etkisi incelenmiştir. Parrott ve Lemieux (2003), Carley ve Stratman (2015)'ın çalışmalarında bireylerdeki bilginin artmasının davranışa olumlu yönde etkisinin olduğu gösterilmiştir. Bilgi düzeyini farklı yöntemlerle arttırmayı amaçlayan çalışmalara bakıldığında radyoda güneşten korunma ile ilgili mesajlar duyan çiftçilerin; güneşten korunma konusunda daha bilgili olduklarını ve bu konuda kendilerine güvendiklerini ifade ettikleri gösterilmiştir (Jones ve ark., 2001). Stensgard (2013)'ın yarı deneysel çalışmasında eğitim alan bireylerin bilgi düzeyleri artarak, güneş kremi kullanımının 3.47 kat arttığı; aynı şekilde Christensen ve ark (2007), Janda ve ark (2014)'ın eğitim alan grupların güneşten korunma skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar eğitimin her koşulda yararını göstermesi açısından dikkate değerdir.

Bu çalışmanın öne çıkan sonuçlarından birisi de, yüksek risk algısının, 30 yaş altında olmanın, eşit gelir gider dengesinin, kadın olmanın ve ortaokul ve üzerinde eğitim almanın deri kanseri konusunda bilgi puanını en fazla etkileyen faktörler olarak belirlenmiş olmasıdır. Tarımda çalışanların deri kanseri bilgi düzeyini etkileyen faktörlerin daha önce incelenmemesinden dolayı, karşılaştırma yapma olanağı olmamıştır. Kearney ve ark (2013)'ın çalışmasının aksine bu çalışmada risk algısı arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Bu durum kendini risk altında hisseden bireylerin deri kanseri ve güneşten korunma konusunda daha fazla bilgi edinme isteği ile açıklanabilir. Literatürde deri kanseri konusunda hiç eğitim almamış çalışma gruplarının olduğu bildirilmektedir (Stensgard (2013) %74; Kearney ve ark (2013) %78.7; Parrott ve Lemieux (2003) %46). Ancak verilen eğitimlerle bireylerin bilgi düzeylerinde ve davranışlarında olumlu yönde değişikliklerin gelişebildiği de çalışmalarda gösterilmektedir (Christensen ve ark., 2007; Malak ve ark., 2011; Stensgard, 2013).

5.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Güneşten Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Çalışmada üzerinde durulması gereken önemli sonuçlardan biri de, "*tarımda çalışanların güneşten korunma konusundaki davranışları ne düzeydedir*" araştırma sorusunun 33 puan üzerinden 9.11 ± 4.92 olarak bulunmasıdır. Bireylerin optimal alabilecekleri puanın yaklaşık üçte birini almaları, deri kanserinden korunmak için yeterli güneşten kaçınma ve koruyucu davranışı sergilemediklerinin göstergesidir. Kearney ve ark (2014) ve Smith-Kroner ve ark (2015)'ın çiftçilerin güneşten korunma davranışlarını inceleyen sistematik inceleme sonuçları, bu çalışma sonucunda olduğu gibi bireylerin güneşten yeterince korunma davranışı sergilemediklerini destekler niteliktedir. Yapılan çalışmalarda farklı ölçüm ve değerlendirmeler yapılmış olup, ortak bir skorlamaya gidilmemiş olması kıyaslama yapmayı sınırlandırmaktadır.

Tarımda çalışanların güneşten korunma davranışlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu çalışmaya benzer olarak, kadınların erkeklerden daha fazla güneşten korunma davranışı sergiledikleri bilinmektedir (Mullan ve ark., 1996; Schenker ve ark., 2002). Kadınların geleneksel olarak uzun kollu, uzun etekli kıyafetler giymesi ve başını örtmesi, farkına varmadan güneşten korunma davranışını göstermelerinde etkili olabilir. Genel olarak en fazla tercih edilen güneşten korunma yöntemi olarak başı korumak amaçlı; siperli şapka, eşarp, geleneksel tipte şapka kullanımındır (Schenker ve ark., 2002; Salas ve ark., 2005; Silk ve Parrott, 2006; Malak ve ark., 2011; Kearney ve ark., 2013; Reeder ve ark., 2013). Bu çalışmada ise en fazla kullanılan yöntem %45.8 sıklıkla "*güneşten korunmak için gölgede durmaya çalışma*" olmuştur. Literatürün aksine bu çalışmada bireylerin yalnızca %3.9'unun "her zaman"; "*ense, kulaklar, dudaklar ve yüzün bir kısmını da koruyan ve doğru korunma tekniği olan geniş kenarlı şapka*" taktıkları belirlenmiştir. Çalışanların sadece ön kısmı olan şapkalar takmayı tercih etmeleri; bu şapkaların ziraa ilaç ve gübre bayilerinden ücretsiz olarak dağıtılmasından ve geniş kenarlı olanlardan daha az bitkilere takılma riski taşıyor olmasından kaynaklanabilir. Babazadeh ve ark (2016)'ın çalışmasının aksine *bu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça güneşten korunma davranışları artmaktadır*. Bu yüzden tarımda çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırmayı amaçlayan eğitimsel girişimlerin uygulanması

gerekmektedir. Literatürde geçen çalışmalarda da bu çalışmaya paralel olarak en az kullanılan korunma yöntemi güneş gözlüğü ve güneş kremi kullanımı olduğu belirlenmiştir (Parrott ve ark., 1996; Schenker ve ark., 2002; Malak ve ark., 2011; Kearney ve ark., 2013; Babazadeh ve ark., 2016). Yaklaşık yarısının gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden bir çalışma grubunda, güneş gözlüğü ve güneş kremi maliyetinin diğer koruma araçlarına göre yüksek olması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca tarımsal faaliyetlerin belirli saat, mesai gözetmeksizin yapılması, güneş kremi kullanımının gün içerisinde tekrarını sınırlandırmakta ve terleme ile kaybolmasına neden olmaktadır. Tarım çalışanlarının çalışma koşulları ve birçok kimyasala maruz kalmaları da, güneşten korunmak için sürülen güneş kreminin önemini azaltmaktadır. Bu çalışmanın aksine, yapılan çalışmalarda bireylerin uzun çalışma saatlerine bağlı olarak güneş ışınlarına maruziyet süreleri ile birlikte risk algıları artmakta ve güneşten korunma davranışlarının olumlu yönde gelişmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Schenker ve ark., 2002; Kearney ve ark., 2013; Janda ve ark., 2014).

Bu çalışma sonucunda bireylerin %38.8'i güneş altında uzun süre kalmanın risk algılarını arttırdığını bildirmişlerdir. Bu sonucun aksine Robinson ve ark (2005), Carley ve Stratman (2015)'in çalışmalarında bireyler yüksek oranlarda deri kanserinden ölebileceklerine inanmakta (%83) ve uzun saatler açık alanda çalışmalarından dolayı deri kanseri için riskli olduklarını ifade etmektedirler (%76). Carley ve Stratman (2015) bireylerin; %76 gibi yüksek bir oranda risk algısına sahip olmalarına rağmen yeterli güneşten korunma davranışı sergilememelerini “performans açığı” olarak değerlendirmiş ve çiftçilerin performans açıklarının diğer çalışanlara göre yüksek seviyede olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda bireylerin güneşten korunma davranışı sergilememe nedenleri; uzun kollu gömlek ve pantolonlar için ‘çok sıcak olması’, güneş kremi için ‘pahalı olması’ ve ‘unutmak’, geniş kenarlı şapka için ‘kullanışsız’ olması olarak bildirilmiştir (Coats 1997; Carley ve Stratman, 2015; Babazadeh ve ark., 2016). Açık alanda çalışan bireylerle ilgili yapılan sistematik inceleme çalışmalarında çiftçilerin diğer açık alan çalışanlarından (inşaat işçileri, postacılar, ulaşım sektörü çalışanları) daha az güneşten korunma davranışı sergiledikleri gösterilmiştir (Nahar ve ark., 2013; Reinou ve ark., 2013).

Bu çalışmada öne çıkan bulgulardan biri de bireylerin kendi kendilerine deri muayenesi yapma oranlarının oldukça düşük (“hiç” yapmayanlar %66.3) olmasıdır. Literatürde de benzer sonuçlar bulunmaktadır (Parrott ve ark., 1996; Parrott ve Lemieux, 2003; Kearney ve ark., 2013; Carley ve Stratman (2015). Bireyler çoğunlukla vücutlarında oluşan değişimlerin farkında olmamakta ve özellikle eller, boyun, yüz gibi direkt güneşe maruz kalan vücut bölgelerinde oluşan güneş lekelerini ‘yaşlılık lekesi’ yani ‘*olması normal*’ bir durum olarak değerlendirmektedirler. Yapılan çalışmalar tarım fuarları gibi alanlarda gerçekleştirilen ‘deri taramalarının’ bireylerin farkındalıklarını arttırarak, davranış değişimine neden olduğunu kanıtlamaktadır (Parrott ve ark., 1996; Geatano ve ark., 2009). Böylelikle bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım engelleri de ortadan kalkabilmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tarımda çalışanların deri kanseri konusunda risk düzeyleri, risk algıları ve güneşten korunma bilgi ve davranışlarını belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya katılan bireylerin %73.0'ının orta ve %25.5'inin yüksek risk düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Düşük risk düzeyine sahip birey sayısı (6) oldukça düşüktür.
- Risk algısı açısından bireylerin yarısı (%50.8) kendisini deri kanseri için riskli görmezken, diğer yarısı (%49.9) güneşte uzun süre kalmaktan (%38.8), %12.5'i hassas cilt tipine sahip olmaktan dolayı kendini risk altında görmektedir.
- Bireylerin eğitim düzeyi, gelir durumu ve risk düzeyi arttıkça risk algılarının arttığı, buna karşın yaş ve çalışma yılı ile ters orantılı olarak yaş ve çalışma yılı arttıkça risk algılarının azaldığı saptanmıştır. Ayrıca bekarların kendilerini daha riskli gördükleri belirlenmiştir.
- Katılımcıların bilgi puan ortalamaları 6.40 ± 2.17 ; davranış puan ortalamaları ise 9.11 ± 4.92 olarak bulunmuştur.
- Güneşten korunma bilgi ve davranış puan ortalamaları yüksek olan bireylerin deri kanseri konusundaki risk algılarının da yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kadın, genç yaşta, ortaokul ve üzerinde eğitim seviyesine sahip, kendi adına çalışan, geliri giderinden yüksek, on yıldan az çalışma yılına sahip bireylerin bilgi puan ortalamaları da yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde evli ve düşük risk düzeyine sahip olmanın düşük bilgi puan ortalaması ile ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Bilgi puan ortalamasını; risk algısının yüksek olması 1.306 puan, 30 yaşından küçük olma 1.054 puan, geliri giderine eşit olma 0.666 puan, kadın cinsiyeti 0.592 puan, ortaokul ve üzerinde eğitim almada 0.607 puan arttırmaktadır.
- Bilgi ve davranış puan ortalamalarının birbiri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.
- Kadın olmanın, ortaokul ve üzerinde eğitim almanın, 30 yaşın altında, kendi adına, eşit gelir gider dengesinde, on yıldan daha az süredir çalışıyor olmanın davranış puan ortalamasını arttırdığı belirlenmiş olup; risk düzeyi ile ters orantılı olarak davranış puan ortalaması azalmaktadır.

- Davranış puan ortalamasını; yüksek risk algısı 2.774 puan, yüksek eğitim düzeyi 1.898 puan, kadın cinsiyeti 1.303 puan arttırmaktadır. Ters şekilde orta risk düzeyi davranış puan ortalamasını 1.730 puan, 30-39 yaş grubunda olma 1.481 puan, az gelir gider düzeyi ise 0.95 puan azaltmaktadır
- Sonuç olarak genç yaşın, ortaokul ve üzeri eğitim seviyesinin, bekar olmanın, eşit gelir gider dengesinin ve 10 yıldan daha az çalışıyor olmanın; risk algısı, bilgi ve davranış puan ortalamasını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

ÖNERİLER

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda **sağlık profesyonellerine** yönelik aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Tarımda çalışanlara, davranış şekillenmesi ve değişiminin önemli olduğu 'genç yetişkinlik' döneminde deri kanseri ve güneşten korunma konusunda eğitimler verilmeli,
- Deri kanseri ve güneşten korunma konusunda, bilgi ve koruyucu davranışlarının yetersizliği göz önünde bulundurularak eğitim konusunda ileri yaşta olanlara öncelik verilmeli,
- Sağlık personeli tarafından her izlem ve muayenede bireylerin risk düzeyleri konusunda hatırlatmalar yapılmalı,
- Sağlık personeli tarafından herhangi bir izlem veya muayeneye gelen tarım çalışanlarına deri kanseri açısından taramalar yapılmalı ve kendi kendine deri muayenesi öğretilmeli,
- Bireylerin toplu şekilde buldukları "tarım fuar ve şenlik alanlarında, tohum gübre vb ziraai ürün tanıtım toplantı alanlarında" doğru güneşten korunma bilgilendirmeleri yapılmalı,
- Toplum Sağlığı Merkezlerinin programlarına deri kanseri risk faktörleri ve güneşten korunma hakkında eğitimler eklenmeli,
- Bireyleri korunma davranışında teşvik etmek amacıyla, tarım çalışanlarının bağlı olduğu kurum/ kuruluşlar ile işbirliği yapılarak "güneşten korunma" konusunda program ve proje çalışmaları yapılmalıdır.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Tarımda çalışanların demografik ve çalışma koşullarına özgü, deri kanseri ve güneşten korunma bilgi ve davranış düzeylerini kıyaslama imkanı veren ortak bir soru formu geliştirilmeli,
- Aynı şekilde bireylerin risk algılarını ölçmek ve diğer çalışma grupları ile karşılaştırmak amacıyla standart bir soru ölçüm yöntemi belirlenmeli,
- Deri kanseri ve güneşten korunma konusunda öntest/son test düzeninde yarı deneysel çalışmalar yapılmalı,
- Saha araştırmalarının getirmiş olduğu zorluklar ve güvenlik problemleri nedeniyle, bu konuda bireylerin toplu olarak katıldıkları alanlar değerlendirilmeli,
- Veri toplama sırasında bireylerin çalışmaya katılımını arttırmak amacıyla teşvik ürünleri gibi materyallerden faydalanılmalı,
- Aynı zamanda veri toplama işlemi sona erdikten sonra, bireyleri bilgilendirmek amaçlı eğitim broşürleri, videolar, powerpoint sunuları gibi araçlar kullanılmalı,
- Tarımda çalışanlar ile farklı çalışma gruplarının karşılaştırıldığı araştırmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

Agnew KL, Gilchest BA, Bunker BC. Fast Facts-Skin Cancer. Abingdon UK, Health Press Oxford; 2005.

Arcury AT, Vallejos MQ, Feldman SR, Quandt AS. Treating skin disease: self-management behaviors of latino farmworkers. Journal of Agromedicine. 2006;11: 27-35.

Arıca S, Nazlıcan E, Özer C, Şilfeler DB, Arıca V, Özgür T, Özyaydın Ü. Hatay ilinde 2008 yılı kanser vakaları sıklığı ve dağılımı. 2011;2: 192-195.

Asgari MM, Warton EM, Whitemore AS. Family history of skin cancer is associated with increased risk of cutaneous squamous cell carcinoma. American Society for Dermatologic Surgery. 2015;41: 481-486.

Aygün Ö, Ergün A. Güneşten Korunma Davranış Ölçeğinin Türk adölesan toplumda geçerlik ve güvenilirliği. II. Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi Kitabı. 2013; 47, Antalya

Azzarello LM, Dessureault S, Jacobsen PB. Sun-Protective behavior among individuals with a family history of melanoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15: 142-145.

Babazadeh T, Nadrian H, Banayejeddi M, Rezapour B. Determinants of skin cancer preventive behaviors among rural farmers in iran: an application of protection motivation theory. Journal of Cancer Education. 2016: DOI:10.1007/s13187-016-1004-7.

Barnhill LR, Mihm MC, Elgard G. Malignant Melanoma. In: Nouri K, eds. Skin Cancer. 1st edition. Florida: The McGraw Hill Companies; 2008, p=140-168.

Baş Y, Kalkan G, Pancar GŞ, Seçkin HY, Müslehiddinoğlu A. Tokat devlet hastanesine 2007-2011 yılları arasında başvuran deri kanseri olguları. *Turk Journal of Dermatology*. 2014;2: 84-87.

Bauer A, Diepgen TL, Schmitt J. Is occupational solar ultraviolet irradiation a relevant risk factor for basal cell carcinoma? A systematic review and meta-analysis of the epidemiological literature. *British Journal of Dermatology*. 2011;165: 612–625.

Blair A, Freeman B.L. Epidemiologic studies in agricultural populations: observations and future directions. *Journal of Agromedicine*. 2009;14: 125-131.

Bodekær M, Harrison GI, Philipsen P, Petersen B, Triguero-Mas M, Schmalwieser AW, Rogowski-Tylman M, DadvandP, Lesiak A, NarbuttJ, Eriksen P, Heydenreich J, Nieuwenhuijsen M, Thieden E, Young AR, WulfHC. Personal UVR exposure of farming families in four european countries. *Journal of Photochemistry and Photobiology Biology*. 2015;153: 267–275.

Bozkurt K, Bektaş SS, Doğru N. Şırnak ilinin kanser istatistikleri. *Türk Patoloji Dergisi*. 2011;27: 230-234.

Burwell, CE. Agricultural community is aware of skin cancer risks. *Journal of Extension*. 2004;42: 1-5.

Buster KJ, You Z, Fouad M, Elmets C. Skin cancer risk perceptions: A comparison across ethnicity, age, education, gender, and income. *American Academy of Dermatology*. 2012;66: 771-779.

Caini S, Gandini S, Sera F, Raimondi S, Fagnoli MC, Boniol M, Armstrong BK. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma according to anatomical site and clinico-pathological variant. *European Journal of Cancer*. 2009;45: 3054 –3063.

Carley A, Stratman E. Skin cancer beliefs, knowledge, and prevention practices: A comparison of farmers and nonfarmers in a midwestern population. *Journal of Agromedicine*. 2015;20: 85-94.

Carpender WS, Lee BC, Gunderson PD, Stueland DT. Assessment of personal protective equipment use among midwestern farmers. *American Journal Of Industrial Medicine*. 2002;42: 236–247.

Carøe TK, Ebbenhøj NE, Wulf HC, Agner T. Occupational skin cancer may be underreported. *Danish Medical Journal*. 2013;60: 1-4.

Chang N, Feng R, Gao Z, Gao W. Skin cancer incidence is highly associated with ultraviolet-B radiation history. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2010;213: 359-368.

Chang Y, Barrett JH, Bishop DT, Armstrong BK, Bataille V, Bergman W, Berwick M, Bracci PM, Elwood JM, Ernstoff MS, Gallagher RP, Green AC, Gruis NA, Holly EA, Ingvar C, Kanetsky PA, Karagas MR, Lee TK, Marchand LL, Mackie RM, Olsson H, Østerlind A, Rebbeck TR, Sasieni P, Siskind V, Swerdlow AJ, Titus-Ernstoff L, Zens MS, Newon-Bishop JA. Sun exposure and melanoma risk at different latitudes: a pooled analysis of 5700 cases and 7216 controls. *International Journal of Epidemiology*. 2009;38: 814–830.

Christensen N, Williams P, Pfister R, Pace M. Knowledge and behavior improvement through a skin cancer action approach exhibit. *Journal of Extension*. 2007;45: 1-7.

Clough-Gorr KM, Titus-Ernstoff L, Perry AE, Spencer SK, Ernstoff MC. Exposure to sunlamps, tanning beds, and melanoma risk. *Cancer Causes Control*. 2008;19: 659–669.

Coats DA. A description of the health beliefs and skin cancer prevention practices of michigan farmers, Grand Valley State University. Yüksek Lisans Tezi, 1997, Michingan.

Costa NF, Borges MRMM, Fernandes NC. Study of the histopathological types of cutaneous melanoma in Palmas-TO from 2001 to 2011. An Bras Dermatol. 2015;90: 638-45.

Çayırılı M, Tunca M, Açıkgöz G. Güneşten korunma ve güneşten koruyucular. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12: 193-198.

Çolak E, Yomralıoğlu T. Kanser vakalarının coğrafi bilgi sistemleri ile irdelenmesi: Trabzon örneği. Jeodezi, Jeoinformasyon ve Arazi Yönetimi Dergisi. 2007;1: 39-47

Devrim T, Karahan N. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalında tanı alan kutanöz malign melanom olgularının retrospektif değerlendirilmesi. SDU Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;22: 8-13.

Dağ S. Açık alanda çalışanların cilt kanserine yönelik bilgi ve uygulamalarının saptanması. Doğu Akdeniz Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2013, Lefkoşa.

Diepgen T.L., Fartasch M., Drexler H., Schmitt J. Occupational skin cancer induced by ultraviolet radiation and its prevention. British Journal of Dermatology. 2012;167: 76-84.

Dobbinson S, Doyle C, Wakefield M. Farmers' and outdoor workers' beliefs about skin cancer and protection from summer sun: A brief report. CBRC Research Paper Series (18). 2005, Melbourne, Australia: Centre for Behavioural Research in Cancer, The Cancer Council Victoria.

Fitzpatrick Deri Tipi Sınıflaması, <http://www.skincancer.org/prevention/are-you-at-risk/fitzpatrick-skin-quiz#panel1-1>, Erişim Tarihi 13.04.2016.

Forman D., Bray F., Brewster D.H., Gombe Mbalawa C., Kohler B., Piñeros M., Steliarova-Foucher E., Swaminathan R., Ferlay J. Cancer Incidence in Five Continents Vol. X. IARC Scientific Publications, No:164, Lyon, France 2014, p=638-644.

Fransen M, Karahallos A, Sharma N, English DR, Giles GG, Sinclair RD. Non-melanoma skin cancer in Australia. *Medical Journal of Australia*. 2012; 197: 565-568.

Gaetano D.E, Hodge B, Clark A, Ackerman S, Buldrick P, Cook W.L. Preventing skin cancer among a farming population, *AAOHN Journal*. 2009; 57: 24-32.

Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *European Journal of Cancer*. 2005;41: 28–44.

Glanz K, Buller DB, Saraiya M. Reducing ultraviolet radiation exposure among outdoor workers: State of the evidence and recommendations. *Environmental Health*, 2011;22: 3-11.

Global solar UV index: A practical guide, <http://www.who.int/uv/publications/en/UVIGuide.pdf> Erişim Tarihi 16.04.2015

Godar D. UV doses worldwide. *Photochemistry and Photobiology*, 2005;81 : 736-749.

Godar DE, Pope JS, Grant WB, Holick MF. Solar UV doses of adult americans and vitamin D3 production. *Dermato-Endocrinology*. 2011;4: 243-250.

Gonzales M, Erdei E, Berwick M. Epidemiology of skin cancer. In: Nouri K, eds. *Skin Cancer*. 1st Florida: The McGraw Hill Companies; 2008, p=32-39.

Gür ÖE, Ensari N, Altıntaş M, Bozova S, Sert Bektaş S, Selçuk ÖT, Öztürk T. Demographic characteristics of nonmelanocytic skincancer: a comparative study between older and younger patients who applied to Antalya Serik State Hospital between 2008-2013. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2015;18: 199-204.

Haenssle HA, Mograby N, Ngassa A, Buhl T, Emmert S, Schön MP, Rosenberger A, Bertsch HP. Association of patient risk factors and frequency of nevus-associated cutaneous melanomas. *JAMA Dermatology*. 2016;152: 291-8.

Hammond V, Reeder AI, Gray AR, Bell ML. Are workers or their workplaces the key to occupational sun protection?. *Health Promotion Journal of Australia*. 2008; 19: 97-101.

Hobbs R FD. The Role of the Primary Care Team in the Management of the Skin Cancer. In: Rajpar S, Marsden, eds. ABC series: ABC of Skin Cancer. 1 st Massachusetts: BMJ Books; 2009, p=8-12.

Hope A, Kelleher C, Holmes L, Hennessy T. Health and safety practices among farmers and other workers: a needs assessment. *Occupational Medicine*. 1999; 49: 231-235.

Janda M, Stoneham M, Youl P, Crane MC, Tenkate T, Kımlın M. What Encourages Sun Protection among Outdoor Workers from Four Industries?. *Journal of Occupational Health*. 2014; 56: 62-72.

John S.M., Trakatelli M., Gehring R., Finlay, K. Fionda C., Wittlich M., Augustin M., Hilpert, G. Barroso Dias J. M., Ulrich C., Pellacani G., Consensus Report: Recognizing non-melanoma skin cancer, including actinic keratosis, as an occupational disease – A Call to Action. *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2016; 30: 38-45.

Jones K, Parrott R, Lemiux R. Rural farmers' exposure to radio messages about sunprotection: implications for skin cancer prevention. *Journal of Radio Studies*, 2011; 8: 411-421.

Juzeniene A, Grigalavicius M, Baturaite Z, Moan J. Minimal and maximal incidence rates of skin cancer in Caucasians estimated by use of sigmoidal UV dose–incidence curves. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2014; 217: 839–844.

Karadeniz O, Türkiye’de Atipik Çalışan Kadınlar ve Yaygın Sosyal Güvencesizlik. *Çalışma ve Toplum* 2011; 3. Ss:

Kasap Ş, Pektaş ML, Dere Y, Altıparmak M. Muğla’daki cilt kanseri olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2015;2:34-37.

Kearney G.D, Lea S, Balanay J, Wu Q, Bethel W.J, Hollen V.H, Sheppard K, Marcom T.R, Defazino J. Assesment of Sun Safety Behavior among Farmers Attending a Regional Farm Show in North Carolina. *Journal of Agromedicine*. 2013; 18: 65-73.

Kearney GD, Xu Xiaohui, Balanay JAG, Becker AJ. Sun Safety Among Farmers and Farmworkers: A Review. *Journal of Agromedicine*. 2014; 19: 53–65.

Kennedy C, Bajdik CD, Willemze R, Gruijl FR., Bavinck JNB. The İnfluence of Painful Sunburns and Lifetime Sun Exposure on the Risk of Actinic Keratoses, Seborrhic Warts, Melanocytic Nevi, Atypical Nevi, and Skin Cancer. *The Journal of Investıgative Dermatology*. 2003; 120:1087-1093.

Koştı N, Erkin Ö, Temel AB. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) formunun Türkçe uyarlaması: geçerlilik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014;7: 7-11.

Kutlar İ, Turhanoğulları Z, Kızılay H, Kırsal Alanda Kadınların İşgücüne ve Kararlara Katılımını Etkileyen Sosyo Ekonomik Faktörlerin Belirlenmesi: Burdur İli Örneği. Akdeniz Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi. 2013; 26: 27-32.

Kutlu S, Koruk i. Migrant Seasonal farmworkers: Health related quality of life and the factors that affect it. Turkish Journal of Public Health. 2014; 12: 80-90.

Lucas RM, Valery P, Mei I, Dwyer T, Pender MP, Taylor B, Ponsonby AL, Sun exposure over a lifetime in australian adults from latitudinally diverse regions. Photochemistry and Photobiology. 2013;89: 737–744.

Malak AT, Yıldırım P, Yıldız Z, Bektas M. Effects Of Training About Skin Cancer On Farmers' Knowledge Level And Attitudes. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12:117–120.

McCool J, Reeder AI, Robinson EM, Petrie KJ. Outdoor worker's perceptions of the risk of excess sun exposure. Journal of Occupational Health. 2009;51: 404-411.

Merey K. Türkiye’de Sağlık Coğrafyası Bakımından Kadınlarda Görülen Beş Kanser Türünün İlçe Bazında Dağılımı ve Coğrafi Ortam İle İlişkisinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara.

Moan J, Grigalavicius M, Baturaite Z, Dahlback A, Juzeniene A. The relationship between UV exposure and incidence of Skin cancer. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2015; 31: 26–35.

Mohan VS, Chang SA. Advanced basal cell carcinoma: epidemiology and therapeutic innovations. Current Dermatology Reports. 2014;3: 40–45.

Morganroth PA, Lim HW, Burnett CT. Ultraviolet radiation and the skin: An in-depth review. American Journal of Lifestyle Medicine. 2013;7: 168-181.

Mullan PB, Gardiner JC, Rosenman K, Zhu Z, Swanson GM. Skin cancer prevention and detection practices in a michigan farm population following an educational intervention. *The Journal of Rural Health*. 1996;12: 312-320.

Mutlu B, Şen O, Toros H, Ultraviöle Radyasyonun İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri, II. Atmosfer Bilimleri Sempozyumu 2003, 19-21 Mart, İTÜ, İstanbul. ISBN.975-561-236-X.

Nahar VK, Ford MA, Hallan JS, Bass MA, Vice MA. Sociodemographic and Psychological Correlates of Sun Protection Behaviors among Outdoor Workers: A Review. *Journal of Skin Cancer*. 2013; 1-10.ss

Newton-Bishop JA, Chang YM, Elliott F, Chan M, Leake S, Karpavicius B, Haynes S, Fitzgibbon E, Kukulizch K, Randerson-Moor J, Elder DE, Bishop DT, Barrett JH. Relationship between sun exposure and melanoma risk for tumours in different body sites in a large case-control study in a temperate climate. *European Journal of Cancer*. 2011;47:732-741.

Newton-Bishop JA. The epidemiology, aetiology and prevention of melanoma. In: Rajpar S, Marsden, eds. ABC series: ABC of Skin Cancer. 1 st Massachusetts: BMJ Books; 2009, p=1-4.

Olsen CM, Zens MS, Stukel TA, Sacerdote C, Chang YM, Armstrong BK, Bataille V, Berwick M, Elwood JM, Holly EA, Kirkpatrick C, Mack T, Bishop JN, Østerlind A, Swerdlow AJ, Zanetti R, Green AC, Karagas MR, Whiteman DC. Nevus density and melanoma risk in women: A pooled analysis to test the divergent pathway hypothesis. *Int. J. Cancer*. 2009;124: 937–944.

Parrott R, Lemieux R. When the worlds of work and wellness collide: the role of familial support on skin cancer control. *The Journal of Family Communication*, 2003;3: 95–106.

Parrott R, Monahan J, Ainsworth S, Steiner C. Communicating to farmers about skin cancer the behavior adaptation model. *Human Communication Research*. 1998;24:386-409.

Parrott R, Steiner C, Goldenhar L. Georgia's harvesting healthy habits: a formative evaluation. *The Journal of Rural Health*. 1996;22: 291-300.

Pfahlberg A, Kolmel KF, Gefeller O. Timing of excessive ultraviolet radiation and melanoma: epidemiology does not support the existence of a critical period of high susceptibility to solar ultraviolet radiation-induced melanoma. *British Journal of Dermatology*. 2001;5: 144-149.

Pichon LC, Corral I, Landrine H, Mayer JA, Adams-Simms D. Perceived skin cancer risk and sunscreen use among African American adults. *Journal of Health Psychology*. 2010;3: 1-10.

Radespiel-Tröger M, Meyer M, Pfahlberg A, Lausen B, Uter W, Gefeller O. Outdoor work and skin cancer incidence: a registry-based study in Bavaria. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82: 357–363.

Rajpar S, Marsden. Basal Cell Carcinoma. In: Rajpar S, Marsden, eds. ABC series: ABC of Skin Cancer. 1 st Massachusetts: BMJ Books; 2009, p=23.

Rajpar S, Marsden. Squamous Cell Carcinoma. In: Rajpar S, Marsden, eds. ABC series: ABC of Skin Cancer. 1 st Massachusetts: BMJ Books; 2009, p=19-22.

Ramirez CC, Federman DG, Kirsner RS. Skin cancer as an occupational disease: The effect of ultraviolet and other forms of radiation. *International Journal of Dermatology*. 2005;44: 95–100.

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.

Ratnapradipa D, McDaniel J. Climatic exposure risk associated with skin cancer. *American Journal of Health Studies*. 2015;30: 23-33.

Reding DJ, Fischer VV, Berg LR, Lappe KA. assessment of farmers' acceptance of veterinarians as human health advocates. *Journal of Agromedicine* 1998; 5: 47-60.

Reeder AI, Gray A, McCool JP. Occupational Sun Protection: Workplace Culture, Equipment Provision and Outdoor Workers' Characteristics. *Journal of Occupational Health*. 2013;55: 84-97.

Reinart D, Weiss M, Meier CR, Diepgen TL, Surber C. Outdoor workers' sun-related knowledge, attitudes and protective behaviours: a systematic review of cross-sectional and interventional studies. *British Journal of Dermatology*. 2013;168: 928-940.

Robinson JD, Silk KJ, Parrott RL, Steiner C, Morris SM, Honeycutt C. Healthcare providers' sun-protection promotion and at-risk clients' skin-cancer-prevention outcomes. *Preventive Medicine*. 2004;38: 251-257.

Roebuck H, Moran K, MacDonald DA, Shumer S, McCune RL. Assessing skin cancer prevention and detection educational needs: An andragogical approach. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2015;11: 409-416.

Rouhani P, Hu Shasa, Kirsner RS. Melanoma in white populations. In Nouri K, eds. *Skin Cancer*. 1st edition. Florida: The McGraw Hill Companies; 2008, p=407-411.

Salas R, Mayer J.A, Hoerster K.D. Sun protective behaviors of California farmworkers. *Journal of Occupational Environmental Medicine*. 2005;47: 1244-1246.

Schmalwieser AW, Cabaj A, Schauburger G, Rohn H, Maier B, Maier H. Facial solar UV exposure of Austrian farmers during occupation. *Photochemistry and Photobiology*. 2010;86: 1404–1413.

Schwartz RA. Squamous Cell Carcinoma. In: Schwartz RA, eds. *Skin Cancer Recognition and Management*. 2nd New Jersey USA: Blackwell Publishing; 2008, p=36-47.

Schwartz RA. Basal Cell Carcinoma. In: Schwartz RA, eds. *Skin Cancer Recognition and Management*. 2nd New Jersey USA: Blackwell Publishing; 2008, p=87-104.

Schmitt J, Diepgen T, Bauer A. Occupational exposure to non-artificial UV-light and non-melanocytic skin cancer – a systematic review concerning a new occupational disease. *Journal of the German Society of Dermatology*. 2010;8: 250–263.

Shenker M.B, Orenstein M.R, Samuels S.J. Use of protective equipment among California farmers. *Wiley Inter Science*. 2002;42: 455-464.

Silk KJ, Parrott RL. All or Nothing . . . or Just a Hat? Farmers' Sun Protection Behaviors. *Health Promot Pract*. 2006;7: 180-5.

Slovic P. Perception of risk. *Science New Series*. 1987 236: 280-285.

Smit-Kroner C, Brumby S. Farmers sun exposure, skin protection and public health campaigns: An Australian perspective. *Preventive Medicine Reports*. 2015;2: 602–607.

Stang AS, Jöckel KH. Does skin cancer screening save lives? A detailed analysis of mortality time trends in Schleswig-Holstein and Germany. *Cancer*. 2016;1: 432-437.

Stensgard KM. Skin cancer prevention in North Dakota farmers and ranchers. *Doktora tezi*. North Dakota State Faculty. 2013.

Susidiaval P, Beckman R, Samuels S.J, Shenker B.M. Self report dermatitis and skin cancer in california farm operators. Wiley Inter Science. 2004;46: 136-141.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatipoğlu Basım ve Yayım San.Tic. Ltd. Őti. 2009.

Szewczyk M, Pazdrowski J, Golusin'ski P, Dan'czak-Pazdrowska A, Łuczewski Ł, Marszałek S, Majchrzak E, Golusin'ski W. Basal cell carcinoma in farmers: an occupation group at high risk. Int Arch Occup Environ Health. 2016;89: 497–501.

Şahin K, Terin M, Van ilinin sosyo-ekonomik özellikleri farklı iki köyündeki kadınların tarımsal faaliyetlere katılımı ve tarımsal yayıma ilişkin görüşleri. Akdeniz Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi. 2009;22: 39–49.

Thomas-Ahner JM, Wulff BC, Tober KL, Kusewitt DF, Riggenbach JA, Oberyshyn TM. Gender differences in UVB-Induced skin carcinogenesis, inflammation, and DNA damage. American Association for Cancer Research. 2007;67: 3468-3474.

Thomas NE, Edmiston SN, Alexander A, Millikan RC, Groben PA, Hao H, Tolbert D, Berwick M, Busam K, Begg CB, Mattingly D, Ollila DW, Tse CK, Hummer A, Lee-Taylor J, Conway K. Number of nevi and early-life ambient UV exposure are associated with BRAF-Mutant melanoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007;16: 991-997.

Tinling M, Ralston M, Thie L, Fitz-Simons T, Choudry, Ali S, Shehee M, Barros N, Dang G. North Carolina Climate-Related Health Indicators: Cancer Climate Ready NC Program. NC Department of Health and Human Services, 2013. http://epi.publichealth.nc.gov/oe/climate/ncclimateandcancer_051413.pdf.

Trakatelli M, Barkitzi K, Apap C, Majewski S, De Vries E. Skin cancer risk in outdoor workers: a European multicenter case–control study. European Academy of Dermatology and Venereology. 2016;30: 5-11.

Turner J, Parisi AV. Ultraviolet reflection irradiances and exposures in the constructed environment for horizontal, vertical and inclined surfaces. *Photochemistry and Photobiology*. 2013; 89: 730–736.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri 2016, Ankara http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf.

Watson M, Thomas CC, Massetti GM, McKenna S, Gershenwald JE, Laird S, Iskander J, Lushniak B. CDC grand rounds: Prevention and control of skin cancer. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64:1312-1314.

Wheeler BW, Kothencz G, Pollard AS. Geography of non-melanoma skin cancer and ecological associations with environmental risk factors in England. *British Journal of Cancer*. 2013;109: 235–241.

Wong CS, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ*. 2003;327: 794-8.

Seyhan EM. Güneşten Korunma. *Türkderm*, 2003;37: 1- 4.

World Cancer Fact sheets,

http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/Product/CS_REPORT_WORLD.pdf, Erişim Tarihi 04.04.2016.

Young C. Solar ultraviolet radiation and skin cancer. *Occupational Medicine* 2009;59: 82–88.

Young C, Rushton L, British Occupational Cancer Burden Study Group. Occupational cancer in Britain. *British Journal of Cancer*. 2012;107: 71–75.

Young C, Cherrie J, Tongeren MV, Fortunato L, Hutchings S, Rushton L. The burden of occupational cancer in Great Britain Non-melanoma skin cancer. Health and Safety Executive

VERİ TOPLAMA FORMU

BİRİNCİ BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar

4. Eğitim durumunuz?

a) Okur-yazar değil

b) Okur yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Üniversite

5. Aylık ortalama gelir durumunuz nedir?

a) Gelir gidere eşit

b) Gelir giderden az

c) Gelir giderden fazla

6. Tarımdaki istihdam durumunuz nedir?

a) Kendi adına çalışan

b) Yevmiyeli/ Gündelikçi

c) Aile işçisi







d) Mevsimlik tarım çalışanı

7. Kaç yıldır tarımda çalışıyorsunuz?.....

8. Bir yılda toplam kaç ay tarımda çalışıyorsunuz?.....

9. Bir günde toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....

İKİNCİ BÖLÜM: RİSK DÜZEYİ SORULARI

	Deri Tipi 1	Deri Tipi 2	Deri Tipi 3	Deri Tipi 4	Deri Tipi 5	Deri Tipi 6
						
Göz Rengi	Mavi Yeşil Nadiren Kahverengi	Mavi Yeşil Nadiren Kahverengi	Mavi Yeşil Nadiren Kahverengi	Kahverengi	Koyu Kahverengi	Koyu Kahverengi
Saç Rengi	Kızıl Sarışın	Sarışın Açık kahverengi	Kahverengi Koyu Kahverengi	Kahverengi Koyu Kahverengi	Siyah	Siyah
Deri Rengi	Çok Açık Çilli	Açık Sık Çilli	Orta açıklıkta	Kahverengi	Kahverengi	Siyah
Bronzlaşma	Asla	Bazen	Orta derecede	Kolaylıkla	Çok Kolay	Kolay
Güneş Yanığı Olma Durumu	Sıklıkla	Genellikle	Nadiren	Nadiren	Çok nadiren	Son derece nadir

10. Yukarıdaki tabloya göre cilt tipinizi belirleyiniz.

- Deri Tipi 1
- Deri Tipi 2
- Deri Tipi 3
- Deri Tipi 4
- Deri Tipi 5
- Deri Tipi 6

11. Ailenizde deri kanseri öyküsü olan var mı?

- Evet
- Hayır

12. Daha önceden deri kanseri öykünüz var mı? ?

- Hayır
- Evet (biliyorsanız teşhisiniz nedir?.....).

13. Vücutunuzda ben var mı? Varsa kaç tane?

- a) Hiç ben yok
- b) 10 ve altı
- c) 10-30 arası
- d) 30 ve üzeri

14. Son bir yıl içinde güneş yanığı oldunuz mu? Oldunuzsa ne sıklıkla?

- a) Hayır geçen yıl hiç güneş yanığı olmadı
- b) Evet bir kez
- c) Evet iki kez
- d) Evet 3 ve üzeri

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: RİSK ALGISI SORULARI

15. Deri kanserine yakalanma riskinizi nasıl görüyorsunuz?

- a) Riskli görmüyorum
- b) Az riskli görüyorum
- c) Orta derecede riskli görüyorum
- d) Yüksek oranda riskli görüyorum

16. Kendinizi risk altında hissetme nedeniniz nedir?

- a) Güneşte uzun süre kalmak
- b) Hassas cilt tipine sahip olmak
- c) Geçirilmiş hastalık öyküsünün bulunması
- d) Ailede deri kanseri öyküsünün bulunması

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BİLGİ DÜZEYİ SORULARI

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
17. Deri kanserine güneşin zararlı ultraviyole ışınları neden olur.	+		
18. UVR ışınlarının en yoğun olduğu saatler öğle saatleridir.	+		
19. Bulutlu bir günde güneş yanığı oluşmaz		+	
20. Güneşten korunmada geniş kenarlı olmayan şapkalarda (sperli şapkalar) yeterli koruma sağlayabilir.		+	
21. Güneşten korunmada uzun kollu gömlek, pantolon giymek önemlidir.	+		
22. Güneşten korunmada güneş koruyucu krem kullanmak önemlidir.	+		
23. Açık renkli giysiler giymek güneşten daha iyi korunma sağlar		+	
24. Gölgede kalmak güneş ışınlarının zararlı etkisini azaltır	+		
25. Sabah sürülen güneş kremi akşama kadar koruma sağlayabilir		+	
26. Ciltteki benler zamanla deri kanserine dönüşebilir	+		
27. Güneş ışınlarının yoğun olduğu öğle saatlerinde dışarıda bulunmamak gerekir	+		
28. Kararmış-bronzlaşmış bir tene sahip olmak deri kanserinden korunmada önemlidir.		+	

BEŞİNCİ BÖLÜM: DAVRANIŞ SORULARI

DAVRANIŞ İFADELERİ	Hiç (0)	Bazen (1)	Sıklıkla (2)	Her Zaman (3)
29. Saat 10.00- 16.00 arasında güneşten kaçınıyorum.				
30. Düzenli olarak kendi kendime derimi muayene ederim				
31. Yaz aylarında daha çok güneşten korunmaya çalışırım				
32. Güneşten korunmak için sıkı dokunmuş, uzun kollu, koyu renk giysiler tercih ederim				
33. Koruma faktörü 30 ve üzerinde olan güneş kremi kullanırım				
34. Denize, havuza girerken güneş kremi kullanırım.				
35. Günlük hayatta dışarıdayken, çalışırken güneş kremi kullanırım				
36. Kışın da güneş kremi kullanırım.				
37. Şapka kullanıyorsam geniş kenarlı olmasına dikkat ederim				
38. Güneş gözlüğü kullanırım				
39. Güneşten korunmak için gölgede durmaya çalışırım				



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

Sayı : 70904504/ 64
Konu :

17...../02/2015

Sayın
Doç.Dr.Selma ÖNCEL
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Tarımda Çalışanların Deri Kanseri Risk Düzeyleri, Risk Algıları, Bilgi ve Davranışlarının
Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

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

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

Sayı: 70904504/

2015

Konu:

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Selma ÖNCEL	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tarımda Çalışanların Deri Kanseri Risk Düzeyleri, Risk Algıları, Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:53	Tarih: 11.02.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Ali Aydın YAYUZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSIL
Üye

Prof.Dr.Can GEVİKOL
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye (izinli)

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN
Üye

Doç.Dr. Yeşily SERİOL
Üye

Doç.Dr.Hasan MUTLU
Üye (izinli)

Doç.Dr.Doğa TÜRKK AHRAMAN
Üye

Doç.Dr. Gülsüm Özge BAYSAL
Üye (izinli)

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilek	Uyruğu	TC
Soyadı	GÜNDOĞDU	Tel no	05076429228
Doğum tarihi	16.09.1989	e-posta	dilekgundogdu@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Kumluca Anadolu Lisesi	2007
Lisans	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2011
Yüksek Lisans	-	
Doktora	-	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Burdur Devlet Hastanesi- Nöroloji Dahili Yoğun Bakım	1 yıl 6 ay

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	72.500

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler:

Gündoğdu D., "Deri Kanserinden Korunmada Risk Algısını Etkileyen Etmenler: Literatür Taraması ", 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi , İZMİR, TÜRKİYE, 17-20 Haziran 2015, ss.1-1

Gündoğdu D., Öncel S., "Tarımda Çalışanlarda Deri Kanseri Konusunda Güneşten Korunma İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Sistemik Derleme", 17.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne, Türkiye, 20-24 Ekim 2014, ss.1-1