T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBEVEYNLERE DERİ KANSERİ, KENDİ KENDİNE DERİ MUAYENESİ HAKKINDA VERİLEN EĞİTİMİN ÇOCUKLARINI GÜNEŞTEN KORUMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

EYLÜL YEŞİLYURT

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KASIM/2021

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBEVEYNLERE DERİ KANSERİ, KENDİ KENDİNE DERİ MUAYENESİ HAKKINDA VERİLEN EĞİTİMİN ÇOCUKLARINI GÜNEŞTEN KORUMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Eylül YEŞİLYURT

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Zehra ALTUNKÜREK

Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KASIM/2021

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı/Yüksek Lisans Programında Eylül YEŞİLYURT tarafından hazırlanan "Ebeveynlere Deri Kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi Hakkında Verilen Eğitimin Çocuklarını Güneşten Koruma Davranışlarına Etkisi" başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından **OY BİRLİĞİ** ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan/ Üye: Doç. Dr. Çağla YİĞİTBAŞ İMZA

Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Ebelik Bölümü. …….

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Danışman/Üye: Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Zehra ALTUNKÜREK İMZA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği AD. …….

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR İMZA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği AD …….

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 11/11/2021

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tezin Teslim Edildiği Tarih: …/…/…

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Eylül YEŞİLYURT

11.11.2021

ÖZET

Yeşilyurt, E. (2021). Ebeveynlere Deri Kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi Hakkında Verilen Eğitimin Çocuklarını Güneşten Koruma Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Amaç: Bu araştırma, ortaokul öğrencisine sahip ebeveynlere deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları hakkında verilen eğitimin çocuklarını güneşten koruma davranışlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma randomize kontrollü deneysel tasarımda yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Ocak 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında, iki farklı devlet okulunda öğrenim gören öğrenciye sahip, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 120 deney ve 120 kontrol grubu olmak üzere 240 ebeveyn oluşturmuştur. Müdahale grubuna yaklaşık 40-45 dakika süren deri kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) ve güneşten korunma davranışları eğitimi verilmiştir. Araştırmada veriler, sosyo-demografik form, deri kanseri riski oluşturan özellikler, deri kanseri ve KKDM bilme durumu, KKDM bilgi formunu içeren tanıtıcı bilgi formu, Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) ve Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizin de Ki-kare testi, Fisher's Exact test, Wilcoxon testi, Mann Whitney U testi, kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan ebeveynlerin, yaş ortalaması 40,69±5,32 yıl olup minimum 29 maksimum 57 olarak belirlenmiştir. Ebeveyn cinsiyetleri, müdahale grubunun %88,3'ünü, kontrol grubunun %91,7'sini anneler oluşturmuştur. Verilen deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları eğitimi sonrasında, cilt kanseri, KKDM ve erken tanısı hakkında ebeveynlerin farkındalıkları oluşmuş, müdahale ve kontrol grubu ebeveynleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Verilen eğitim sonrasında çocuğuna KKDM'yi uygulayan müdahale grubu ebeveynlerin sayısı %59,2'ye yükselmiştir. DKGBÖ toplam puanında (16,02±3,64), güneşten korunma (4,63±1,28), bronzlaşma (6,74±1,84) ve deri kanserinin önlenmesi

(1,54±0,59) alt boyutları puanlarında anlamlı artış görülmüştür ($p<0,05$). Eğitim sonrası müdahale grubu ebeveynlerin EGKÖ, GKÜKÖ-Y alt boyutu puanı ve BB alt boyutu puanında olumlu ve anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Bu araştırma sonuçları çevrim içi verilen deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları eğitimi ebeveynlerin deri kanseri bilgi düzeylerini ve KKDM yapma durumları üzerinde etkili olmuştur. Verilen eğitim ebeveynlerin çocuklarını güneşten koruma davranışları üzerinde etkili olmuştur ancak yeterli düzeyde değildir. Bu konuda planlanacak olan sağlık eğitimlerinin müdahale sıklığının artırılması, çevrim içi ve yüz yüze yapılması önerilebilir. Ayrıca deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları eğitimi halk sağlığı hemşirelerinin okul sağlığını geliştirme çalışmalarında ve eğitimlerinde yer alması, bu eğitimlere ebeveynlerin de dahil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Deri kanseri, güneşten korunma, hemşirelik, kendi kendine deri muayenesi.

ABSTRACT

Yeşilyurt, E. (2021). The Effect of Education Given to Parents About Skin Cancer and Skin Self-Examination on their Children's Sun Protection Behaviors.Gulhane Institute of Health Sciences, Public Health Nursing, Master Thesis, Ankara.

Aim: This research was conducted to determine the effect of education given to parents of secondary school students about skin cancer, skin self-examination (SSE) and sun protection behaviors on their children's sun protection behaviors.

Materials and Methods: The research was conducted in a randomized controlled experimental design. The sample of the study consisted of 240 parents, 120 experimental and 120 control groups, who had students studying in two different public schools between January 2021 and May 2021, met the inclusion criteria and agreed to participate in the research. Skin cancer, SSE and sun protection behaviors training was given to the experimental group for 40-45 minutes. In the study, data were collected using Sociodemographic Form, Skin Cancer Risk Characteristics, Skin Cancer and SSE Awareness Status, Introductory Information Form including SSE Information Form, Skin Cancer and Sun Knowledge Scale (SCSKS) and Parental Sun Protection Scales (PSPS). Chi-square test, Fisher's Exact test, Wilcoxon test, Mann Whitney U test were used in the analysis of the data obtained. Statistical significance level was accepted as $p<0,05$.

Results: The average age of the parents participating in the study was 40,69±5,32 years, with a minimum of 29 and a maximum of 57 years. Mothers constituted 88.3% of the intervention group and 91.7% of the control group. A statistically significant difference was found between the parents of the experimental and control groups, whose awareness of skin cancer, SSE and early diagnosis of skin cancer was increased after the training on skin cancer, CCDM and sun protection behaviors ($p<0,05$). After the training, the number of parents in the experimental group who applied SSE to their children increased to 59.2%. Significant increases were observed in the total score of SCSKS (16,02±3,64), sun protection (4,63±1,28), tanning (6,74±1,84) and skin cancer

prevention (1,54±0,59) sub-dimensions ($p<0,05$). After the training, a positive and significant difference was observed in the Parents' Sunscreen Product Use Scale-Self-Efficacy sub-dimension score and the Sun Avoidance Scale-Tanning Expectations sub-dimension score in the experimental group ($p<0,05$).

Conclusion: The results of this research have had an effect on the skin cancer knowledge level of parents and their status of doing SSE. The education provided has been effective on the parents' behaviors to protect their children from the sun, but it is not at a sufficient level. It may be recommended to increase the frequency of intervention of health trainings to be planned in this regard, and to conduct them online and face-to-face. In addition, it is recommended that public health nurses take part in school health promotion studies and trainings on skin cancer, SSE and sun protection behaviors, and parents should be included in these trainings.

Key words: Nursing, skin cancer, skin self-examination, sun protection.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca, bilimsel bir bakış açısı kazanmamı sağlayan, değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak beni aydınlatan, akademik gelişimim adına yol gösteren, akademik çalışmalarımda ve tezimin her aşamasında beni destekleyen saygıdeğer hocam ve danışmanım Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Sayın Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Zehra ALTUNKÜREK'e ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR'e saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca etkileşimde bulunduğumuz bütün lisansüstü öğrenci arkadaşlarıma ve klinik arkadaşlarıma saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Tez çalışmamın uygulama aşamasında katılım gösteren sevgili öğrenci ebeveynlerine, katılımcılara ulaşmam konusunda yardımcı olan ve katılımları ile destek veren saygıdeğer okul idaresi ve öğretmenlerine saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Eğitim hayatım süresince üzerimde emekleri olan tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgi ve desteğini üzerimden hiç eksik etmeyen, varlıkları ile bana güç ve mutluluk veren, çok kıymetli annem Hatice KAYA'ya, çok kıymetli abim Coşkun KAYA'ya, her daim yanımda olan ve beni motive eden hayat arkadaşım sevgili Emre YEŞİLYURT'a, her zaman ve her koşulda desteklerini yanımda hissettiğim dostlarıma, sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamı hayatta olmayan ancak benimle gurur duyduğunu hissettiğim değerli babam İstemi KAYA'ya ithaf ediyorum.

Eylül YEŞİLYURT

2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv

ABSTRACT vi

TEŞEKKÜR viii

İÇİNDEKİLER ix

ÇİZELGELER LİSTESİ xiii

ŞEKİLLER LİSTESİ xiv

SİMGELER VE KISALTMALAR xv

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 1

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 5

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 5

2. GENEL BİLGİLER 7

2.1. KANSER 7

2.2. DERİ KANSERİ 8

2.2.1. Deri Kanserlerinin Sınıflandırılması 9

2.2.1.1. Melanom Dışı Deri Kanserleri (MDDK) 9

2.2.1.2. Malign Melanom (MM) 12

2.2.2. Deri Kanserleri Risk Faktörleri 15

2.2.3. Deri Kanserinin Erken Tanısı ve Korunma Yolları 16

2.2.3.1. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) 17

2.2.3.2. ABCDE Kuralı 20

2.3. GÜNEŞTEN KORUNMA PROGRAMLARI VE GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI 22

2.3.1. Koruyucu Giysiler ile Korunma 23

2.3.2. Güneş Koruyucu Ürünler ile Korunma 24

2.3.3. Güneş Gözlüğü ile Korunma 25
2.3.4. Geniş Kenarlı Şapka ile Korunma 26
2.3.5. Gölgede Kalma ile Korunma 26
2.4. ÇOCUK GELİŞİM DÖNEMLERİ VE ÖZELLİKLERİ 27
2.4.1. Bebeklik Dönemi (0-2 Yaşlar) 29
2.4.2. İlk Çocukluk (Oyun) Dönemi (3-6 Yaşlar) 30
2.4.3. İkinci Çocukluk (İlkokul) Dönemi (7-11 yaşlar) 31
2.4.3.1. Fiziksel Gelişim 31
2.4.3.2. Bilişsel Gelişim 32
2.4.3.3. Psikososyal Gelişim 32
2.4.3.4. Cinsel Gelişim 33
2.4.3.5. Ahlak Gelişimi 34
2.4.4. Ergenlik Dönemi (12-18 Yaşlar) 35
2.4.4.1. Erken Ergenlik Dönemi 35
2.4.4.2. Orta Ergenlik Dönemi 36
2.4.4.3. Geç Ergenlik Dönemi 37
2.5. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARINI KAZANDIRMADA HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ 38
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 41
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ 41
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN VE YER ÖZELLİKLERİ 41
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 41
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 43
3.3.2. Araştırma Dahil Edilmeme Kriterleri 43
3.4. VERİ TOPLANMA ARAÇLARI 43

3.4.1. Sosyodemografik Form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu 44

3.4.2. Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) 46

3.4.3. Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ) 46

3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 48

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması 48

3.5.2 Araştırma Grupları 48

3.5.2.1. Müdahale Grubu (Eğitim Grubu) 48

3.5.2.1.1. Ebeveynlere Verilen Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranış Eğitimi 49

3.5.2.2. Kontrol Grubu 50

3.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ 51

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 52

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ 53

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ 54

3.10. ÇIKAR ÇATIŞMASI 54

4. BULGULAR 55

4.1. EBEVEYN VE ÇOCUKLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 55

4.2. ÇOCUKLARIN DERİ KANSERİ RİSKİ ÖZELLİKLERİ, EBEVEYNLERİ DERİ KANSERİ, ERKEN TANI VE KKDM BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR 58

4.3. EBEVEYNLERİN DERİ KANSERİ GÜNEŞ BİLGİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR 63

4.4. EBEVEYNLERİN EBEVEYN GÜNEŞTEN KORUMA ÖLÇEĞİ (EGKÖ) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR 66

5. TARTIŞMA 71

5.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI 71

5.2. ÇOCUKLARIN DERİ KANSERİ RİSKİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI 72

5.3. EBEVEYNLERİ DERİ KANSERİ, ERKEN TANI VE KKDM BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI..... 74

5.4. EBEVEYNLERİN DERİ KANSERİ VE GÜNEŞ BİLGİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI..... 76

5.4.1. Eğitim Öncesi Ebeveynlerin DKGBÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması 76

5.4.2. Eğitim Sonrası Ebeveynlerin DKGBÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması 77

5.5. EBEVEYNLERİN EBEVEYN GÜNEŞTEN KORUMA ÖLÇEĞİ (EGKÖ) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI..... 79

5.4.1. Eğitim Öncesi Ebeveynlerin EGKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması 79

5.4.2. Eğitim Sonrası Ebeveynlerin EGKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması 79

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 83

7. KAYNAKLAR..... 87

8. EKLER 101

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ..... 126

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge **Sayfa No**

Çizelge 3.1. Örneklemden elde edilen EGKÖ alt boyutları madde sayısı ve iç tutarlılık sonuçları 47

Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubu ebeveyn ve çocuklarının tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması 55

Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının deri kanseri riski oluşturan özelliklerinin karşılaştırması 58

Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin cilt kanseri ve erken tanı bilgi durumlarının ön test ve son test sonuçlarına göre gruplar arası karşılaştırılması 60

Çizelge 4.4. Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin KKDM bilgi durumlarının ön test ve son test sonuçları 62

Çizelge 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) puanlarının ön test- son test sonuçlarına göre grup içi karşılaştırılması 63

Çizelge 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) puanlarının ön test- son test sonuçlarına göre gruplar arası karşılaştırılması 64

Çizelge 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği (GKÜKÖ) ve Güneşten Kaçınma Ölçeği (GKÖ) puanlarının ön test-son test sonuçlarına göre grup içi karşılaştırılması 66

Çizelge 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği (GKÜKÖ) ve Güneşten Kaçınma Ölçeği (GKÖ) puanlarının ön test-son test sonuçlarına göre gruplar arası karşılaştırılması 68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil **Sayfa No**

Şekil 2.1. KKDM adımları 19

Şekil 2.2. ABCDE kuralı 21

Şekil 3.1. Örnek hacmine ait çift yönlü G*Power analizi 42

Şekil 3.2. Fitzpatrick Deri Tipi Sınıflandırma Sistemi 45

Şekil 3.3. Araştırmanın Akış Şeması 51

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAD : Amerikan Dermatoloji Akademisi

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BB : Bronzlaşma Beklentileri

BHK : Bazal Hücreli Karsinom

ÇGKP : Çocuğumu Güneşten Koruyorum Programı

DKGBÖ : Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği

DNA : Deoksiribo Nükleik Asit

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EGKÖ : Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği

FDA : Food and Drug Administration

GKB : Güneşten Kaçınma Beklentileri

GKN/T : Güneşten Kaçınmayla İlgili Normlar/Tutumlar

GKÖ : Güneşten Kaçınma Ölçeği

GKÖ-Y : Güneşten Kaçınma Öz-Yeterliliği

GKÜKB : Güneş Koruyucu Ürün Kullanımıyla İlgili Beklentiler

GKÜKE : Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımıyla İlgili Engeller

GKÜKN/T : Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımıyla İlgili Normlar/Tutumlar

GKÜKÖ : Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği

GKÜKÖ-Y : Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımı Öz-Yeterliliği

GLOBOCAN : Global Cancer Observatory

HIV : Human Immunodeficiency Virus

KKDM : Kendi Kendine Deri Muayenesi

MDDK : Melanom Dışı Deri Kanserileri

MM : Malign Melanom

SHK : Skuamöz Hücreli Karsinom

SPF : Sun Protection Factor

SPSS : Statistical Package for Social Science

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UPF : Ultraviyole Protection Faktor

UV : Ultraviyole

UVR : Ultraviyole radyasyonu

WCRF : Dünya Kanser Araştırma Fonu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, günümüzde sık görülen ve toplumlar arasında birçok kişiyi ilgilendiren, dünyada ve ülkemizde mortalite sayısı yüksek olan ciddi bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün açıklamalarına göre dünyada 2018 yılında yaklaşık 18 milyon insana kanser teşhisi konulmuş, 2019 yılında ise 19 milyon vaka görülmüş ve 9,6 milyon insan kanserden hayatını kaybetmiştir (1, 2). Türkiye'de yılda 200 binden fazla yeni kanser tanısı konulmakta ve her yıl birçok insan kanserden dolayı hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde 2020 yılı kanser yeni vaka sayısı 233,834 olarak tahmin edilmektedir (3).

Dünyada ve ülkemizde birçok kanser türü görülmektedir. En sık görülen kanser türleri arasında yer alan deri kanseri, dünyada ve Türkiye'de görülme sıklığının artmasıyla bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (4). Deri kanserleri melanom ve Melanom Dışı Deri Kanseri (MDDK) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. MDDK en sık görülen deri kanseri türleridir (5). Ancak en tehlikeli olan deri kanseri türü olan melanomun mortalite oranı oldukça yüksektir (6). Dünyada melanom insidansı 1970'li yılların başından beri her yıl artış göstermektedir. Dünya üzerinde 2020 yılında görülen kanserler arasında %1,7'sini melanom oluşturmuş, 324,635 yeni vaka görülmüştür. GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) 2020 verilerine göre 57,043 kişi melanomdan hayatını kaybetmiştir (7). Avusturalya, Yeni Zelanda ve Amerika dünyada melanomun en sık görüldüğü ülkelerdir. Amerika'da melanom insidansı her yıl %4 artmakta, son on yılda ise yeni melanom vaka sayısında %44 artış olduğu bildirilmektedir. Amerika'da her beş kişiden birisinin yetmiş yaşına kadar cilt kanserine yakalanacağı düşünülmekte ve ayrıca Amerika'da 2021 yılında 106,110 yeni vaka, erkeklerde kadınlara göre 1,5 kat daha fazla görüleceği tahmin edilmektedir. Melanom ölüm sayısının ise 2021 yılında 4,8 oranında artması, 2021 yılında tahminen 7,180 kişinin melanomdan ölmesi beklenmektedir (8). Avusturalya, melanomun dünyada en yaygın olarak görüldüğü ülkedir. Avusturalya'da 2017 yılında en sık görülen kanser türleri arasında melanom 4. sırada yer alırken, 2018 yılından itibaren 3. sırada yer almıştır. Her yıl görülme insidansı artmakta olup, 2020 yılında da 3. sırada

bulunmuş ve 18,972 vaka görülmüştür (9). Son yıllarda Avrupa'da da malign melanom insidansı artmaya başlamıştır. Avrupa'da 2020 yılı içinde 150,627 vaka, 26,360 ölüm tespit edilmiştir (1, 9, 10).

Ülkemizde ise melanom görülme sıklığı her yıl artmaktadır. Melanom 2017 yılında, erkeklerde görülen kanserler türlerinin %1,7'sini, kadınlarda ise %1,2'sini oluştururken, 2020 yılında 1,756 yeni vaka teşhis edilmiş, 888 kişi ise hayatını kaybetmiştir.Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre 2020 yılında 1,756 yeni vaka teşhis edilmiş, 888 kişi ise hayatını kaybetmiştir. Kanser istatistiklerine göre 2017 yılında 0-14 yaş grubu çocuklarda görülen ilk 10 kanser türleri arasında melanom yer almaktadır. 0-14 yaş grubu erkek çocuklarda %3,3 oranında görülmekte ve 9. sırada, kız çocuklarında ise %5,2 oranında görülüp 6. sırada yer almaktadır (3).

Deri kanserlerinin en tehlikeli türü olan melanom cildin herhangi bir bölgesinde gelişebilmektedir. Erken teşhis edildiğinde ve tedavi edildiğinde genellikle tedavi edilebilmektedir. Ancak melanom deriye ve vücudun diğer bölümlerine yayıldığında tedavisi oldukça zordur ve ölümcül olma riski yüksektir. Melanomun erken teşhisi için belirtilerini iyi bilmek, derideki ben ve şüpheli lezyonları takip etmek gerekmektedir (11, 12). Çoğu melanom hücresi melanin üretmeye devam eder ve bu nedenle melanom tümörleri genellikle kahverengi veya siyah renkte olmaktadır. Ancak bazı melanomlar melanin üretmeye devam etmezler ve pembe, ten rengi ve beyaz renkte olabilmektedir. Melanomlar genellikle benlere benzeyebilirler ve hatta bazen de benlerden kaynaklı da oluşabilirler (12).

Ülkemizde her yıl kanserlerle mücadele kapsamında erken tanı tarama programları yürütülmektedir. Bu kapsamda yürütülen programların kanserler hakkında toplumun farkındalıklarının artırılması, taramaların etkin şekilde yapılması ve erken dönemde kanser teşhis edilmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Erken tanısı mümkün olan bazı kanser türlerinde olduğu gibi cilt kanserinin de erken dönemde teşhisi sağlanabilmektedir (13). İkincil koruma olarak nitelendirdiğimiz erken tanı ve tarama testleri, deri kanserinin belirti ve bulgularının ortaya çıkmadan erken dönemde saptayarak özellikle kanser prognozunun daha iyi seyirli olmasına imkân sağlamaktadır. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM), cilt kanserinin erken tanı ve

teşhisinde en etkili yöntemdir. KKDM, vücudun nadir güneş alan bölgeleri dahil tüm vücudun kapsamlı bir şekilde incelenmesidir. Özellikle kişilerin, benlerini veya ciltte bulunan şüpheli lezyonları, ABCDE kuralına göre dikkatli olarak incelemesini ve değişiklikler için takip etmesini sağlamaktadır (14). Literatürde KKDM'nin, melanomun erken evrede fark edilmesinde, oluşan yeni deri lezyonlarının tespit edilmesinde etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir. KKDM ile melanomun metastaz yapmadan fark edilmesini, maliyetli tedavileri, hastane yatışlarını ve mortaliteyi azalttığı saptanmıştır. Ayrıca, KKDM yapan bireylerin doktorlara daha erken başvurdukları belirlenmiştir (15–17). Uluslararası Deri Kanser Vakfı, her yaşta bireyin her ay düzenli olarak cilt muayeneleri yapmalarını ve yılda bir defa veya şüpheli durumlar varsa daha sık dermatoloğa gitmelerini önermektedir (18). Özellikle çocukluk döneminden itibaren her birey KKDM'yi bilmesi ve uygulaması faydalı olmaktadır. Ancak çocuklar vücutlarını tam olarak değerlendiremeyip, detaylı inceleme yapamayabilirler. Bu yüzden ebeveynlerin bu konuda desteği oldukça önemlidir. Deri kanserlerinin artış nedenleri incelendiğinde çevresel ve genetik faktörler etkili olmaktadır. Genetik faktörler olarak; açık saç, göz ve ten rengi, çilli ve benli vücut yapısı, anormal benlerin bulunması vs. deri kanserleri için risk oluşturmaktadır. Ailede deri kanseri veya kanser öyküsünün bulunması da risk faktörü olarak bilinmektedir (19–22).

Deri kanseri için çevresel risk faktörü ise yoğun Ultraviyole Radyasyonu (UVR) ve güneş ışınına maruz kalmaktır. Günlük yaşantımızda teknolojinin gelişmesiyle yüksek oranda Ultraviyole (UV) ışınlarına maruz kalmaktayız. Ancak UV ışınlarının asıl kaynağı güneş olup, güneş ışınlarında bulunan UV ışınları direk yeryüzüne ulaşmaktadır (23). Güneş ışınlarında bulunan UVR deri kanserinin önlenebilir tek risk faktörüdür. Derinin en üst tabakası olan epidermisde bulunan hücrelerin, yoğun UVR'ye maruz kalmasıyla hücre DNA'larında bozulmalar meydana gelmektedir. Bunun sonucunda kanserli hücreler oluşmakta ve çoğalmaktadır. Aynı zamanda yoğun UVR'ye maruziyet, deride bulunan melanositlerin daha fazla melanin pigmenti üretilmesi tetiklemekte ve aynı zamanda cilt hasarlarına sebep vermektedir (24, 25). Deri yaşlanması, güneş yanıkları, solar keratoz gibi diğer deri lezyonlarının

oluşmasında da etkili olmaktadır. Son yıllarda melanom ve MDDK'nın artışı güneşe olan maruziyetin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (26).

Küresel ısınmanın etkisi ile güneş ışınlarının daha yoğun yeryüzüne ulaşması, dışarıda yapılan aktiviteler ve sporlar, tatiller, bronz tenin moda olmasıyla güneşlenmelerin artması vs. kişilerin güneşe maruziyetini arttırmaktadır (23, 27). Güneşten korumak ve maruziyeti azaltmak deri kanserleri için değiştirilebilen tek risk faktörüdür. Bir kişinin yaşamı boyunca güneşe maruz kalmasının %80'inin hayatının ilk 20 yılında olduğu tahmin edilmektedir (17). Çocukluk döneminde melanin pigmentlerinin üretimi oldukça sınırlıdır. Bu nedenle çocuklar güneş ışınlarının zararlı etkilerine karşı daha duyarlı ve çocukluk çağında güneş ışınlarına maruz kalmak ileriki dönemlerde cilt kanseri gelişiminde etkili rol oynamaktadır (28). Ancak çocukluk ve adölesanlık dönemi başta olmak üzere kişiler, yaşamlarının her döneminde uygun koruyucu yöntemler ile güneşe olan maruziyeti azaltabilir (29). Güneşten korunma davranışları, UV ışınlarına maruziyeti azaltmada oldukça etkili olan koruyucu yöntemdir. Bu davranışlar, günün 10:00-16:00 saatleri arasında güneşten kaçınmak, gölgede kalmak, güneş gözlüğü ve geniş kenarlı şapka takmak, güneşten koruyucu giysiler giymek, güneş koruyucu krem kullanmak, solaryum ve bronzlaşmadan kaçınmak vs. olarak belirlenmiştir (28, 30).

Kanserlerin erken teşhisi ve önlenmesinde hemşireler topluma ulaşmada önemli rol oynamaktadır. Literatürde, hemşirelerin ikincil koruma olarak okullarda ebeveynlere ve çocuklara yönelik verilen sağlık eğitimleri programlarına cilt kanseri ve KKDM dahil edilmesi gerekli olduğu belirtilmektedir. Kızılırmak ve arkadaşlarının bir üniversite yerleşkesinde, her yaş grubundan kişilerin bulunduğu çalışmalarında katılımcıların sadece %1,3'ünün güneşten korunma davranışlarının tamamını uyguladığını saptamışlardır. Erişkinlerin güneşten korunma davranışları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerektiğini ve çocuklarını korumaları açısından etkili olacağını belirtmişlerdir (30). Amerika'da Holman ve ark.nın yetişkinler arasında yapmış oldukları çalışmada, yetişkinler arasında UV radyasyona maruziyetinin azaltılmasıyla ileriki on yıl içinde kanser insidansının muhtemelen azalacağı belirtilmiştir (31). Grandahl ve ark. Danimarkalı dışarıda çalışan kişiler ile yaptıkları çalışmada, kişilerin mesleki olarak cilt kanseri açısından riskli olduklarının farkında

olmadıklarını, güneşten korunma davranışlarını nadir olarak uyguladıklarını saptamışlardır. Bu durumda da birçoğunun güneş yanığı öyküsüne sahip olduğunu belirtmişlerdir (32). Güneşten korunma davranışlarının düzenli olarak uygulanması cilt kanseri riskini azaltma yönünde etkili olmaktadır. Ancak bu konudaki asıl hedef, kişilerin yaşamın erken dönemlerinde güneşin zararlı etkilerinden korunmasıdır. Kişilerin güneşten korunmaya yönelik davranışlarının belirlenmesi ve güneşten korunma davranışlarının geliştirilmesi cilt kanserlerinin önlenmesinde oldukça önemlidir (33). Bu konuda çocukların en iyi rol modelleri olan ebeveynlere güneşten korunma davranışları hakkında farkındalıklarının artırılması, bu davranışları kazanmalarına yönelik eğitimler planlanmalı ve çocuklarını güneşten korumaları için teşvik edilmelidir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Literatürde deri kanseri, erken tanısı ve güneşten korunma davranışlarını inceleyen tanımlayıcı birçok çalışma bulunmakta ve bu çalışmaların örneklemini adölesanlar ve öğrenciler oluşturmaktadır. Yapılan literatür incelemesi sonucunda ülkemizde ebeveynler ile yapılan çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiş ve deneysel çalışmalara rastlanmamıştır. Çocukların deri kanseri bilgi düzeylerini ve güneşten korunma davranışlarını inceleyen çalışmalar, ebeveynler ile müdahale çalışmalarının yapılması yönünde öneride bulunmaları bu araştırmada ebeveynlerin tercih edilmesinde etkili olmuştur (34–38).

Bu araştırmada, ortaokul öğrencisine sahip ebeveynlerin deri kanseri ve KKDM hakkında bilgi düzeylerini belirlemek, deri kanseri ve KKDM konusunda verilen eğitimin çocuklarını güneşten koruma davranışlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

$H_{0\text{-}1}$*:* Ebeveynlere cilt kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, deri kanseri güneş bilgisi hakkında müdahale ve kontrol grubu arasında fark yoktur.

$H_{1\text{-}1}$*:* Ebeveynlere cilt kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, deri kanseri güneş bilgisi hakkında müdahale ve kontrol grubu arasında fark vardır.

$H_{0\text{-}2}$*:* Ebeveynlere cilt kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, çocuklarını güneşten koruma davranışları açısından müdahale grubu ve kontrol grubu arasında fark yoktur.

$H_{1\text{-}2}$*:* Ebeveynlere cilt kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, çocuklarını güneşten koruma davranışları açısından müdahale grubu ve kontrol grubu arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

İnsan vücudu, organlardan organlar ise hücrelerden oluşmaktadır. Vücudumuzda yaşayan trilyonlarca hücre bulunmaktadır. Bu hücreler büyür, yeni hücrelere bölünür ve yaşlandıklarında ölür (39). Normal ve sağlıklı vücut hücreleri yaşam boyu bu döngüyü takip etmektedir. Ancak bu döngü bazı durumlarda bozulabilmektedir. Vücudun kontrol edemediği fazla miktarda hücre oluşabilmekte ve yaşlı hücrelerin ölmesi gerektiği halde yaşayabilmektedir. Bu hücrelere ise kanser hücreleri denilmektedir (40).

Kanser kelimesinin kullanımı MÖ 3000 yılına kadar uzanmakta olup, ilk olarak Hippocrates tarafından kullanılmıştır. Eski yunanca da "carcinos" ve "carcinoma" kelimesi kanseri tanımlamaktadır. Ayrıca kanser hücrelerini oluşturan tümörlerin iyi huylu ve kötü huylu ayrımını ilk yapan kişi de Hippocrates olmuştur (39).

Hücrelerin merkezinde bulunan çekirdeklerin içinde hücrenin genetik bilgisinin saklandığı ve hücrenin normal fonksiyonlarını yerine getirmesi sağlayan DNA bulunmaktadır. Bir hücrenin normal yaşam siklusunda DNA hasarı oluşabilir ve hücre bu hasarı ya düzeltir ya da ölmektedir. Kanserli hücrelerde ise DNA'da oluşan hasarlar onarılamaz ve hücreler kontrolsüz çoğalmaya başlarlar (39). Çoğalan kanser hücreleri birikerek tümörleri oluştururlar. Tümörler iyi huylu veya kötü huylu olabilirler. İyi huylu tümörler genellikle alınır ve çoğu zaman tekrar oluşmazlar. Bu tümörler metastaz yapmaz ve hayati tehdit eden durumları nadiren oluştururlar. Kötü huylu tümörler ise hayatı tehdit eden durumlar oluştururlar. Bulundukları hücreleri, dokuları ve organları tahrip ederler. Kan ve lenf dolaşımı aracılığı ile diğer doku ve organlara yayılabilirler (41). Yayılan kanserli hücreler vücutta birçok belirti gösterebilirler. Kanserin belirtilerinin bilmek hastalığın erken teşhisi açısından oldukça önemlidir. Açıklanamayan kilo kaybı, halsizlik, ağrı, vücutta hissedilen kitleler, kanama, dışkılama ve idrar yapma alışkanlığında değişiklikler olması, öksürük, horlama, cilt değişiklikleri, ben ve siğillerdeki değişiklikler vs. kanser belirtisi olarak sıralanabilir (42). Kanserlerin oluşumunda başlıca risk faktörleri ise;

UV ışınlarına ve radyasyona maruziyet, tütün ve alkol kullanımı, obezite, bazı virüs ve parazitler, kimyasallar, mesleki maruziyet ve endüstriyel kuruluşlardır (39, 42, 43).

Kanser dünyada ve ülkemizde oldukça sık görülen ve mortalite sayısı yüksek olan bir hastalıktır. Türk Kanser Derneği'nin açıklamalarına göre 2030 yılında dünyada yeni vaka sayısının 22 milyon, kansere bağlı ölümün 17 milyon ve toplam kanser hastası sayısının 75 milyon olması beklenmektedir (43). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün açıklamalarına göre dünyada 2018 yılında yaklaşık 18 milyon insana kanser teşhisi konulmuş, 2019 yılında ise 19 milyon vaka görülmüş ve 9,6 milyon insanın kanserden hayatını kaybetmiştir. Dünya da en çok görülen kanser türleri sırasıyla; meme, akciğer, kolorektal, prostat, mide, karaciğer, rahim ağzı ve özofagus kanseridir (1). Dünya Kanser Araştırma Fonu (World Cancer Research Fund [WCRF])'nun açıklamalarına göre 2018 yılında en çok kanser vakası 100 binde yaklaşık 468,0 oranı ile Avustralya, 438,1 ile Yeni Zelanda ve 373,7 ile İrlanda olarak belirlenmiştir (44). Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre ülkemizde, her yıl ortalama 163 bin yeni kanser teşhisi konulmaktadır ve neredeyse günde 450 yeni kanser vakası bildirilmektedir. 2018 yılı verilerinde her 100 bin erkekten 284,2'si, her 100 bin kadından 177'si yeni kanser teşhisi almaktadır. Bakanlık raporlarında 2030'da 22 milyon yeni vakanın olacağı beklenmektedir (3, 45-47).

Türkiye'de kanser sıklığı dünyadaki gelişmekte olan ülkeler ile benzerlikler göstermektedir. Ülkemizde 2020 yılı kanser yeni vaka sayısı 233,834 olarak tahmin edilmektedir. Ülkemizde her iki cinsiyette de en sık görülen kanserlerin; akciğer, meme, kolorektal kanserler olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde 2020 yılında görülen 33 kanser türleri arasında deri kanseri (melanom) 17. sırada yer almaktadır (45). Dünyada ve ülkemizde görülen kanser türleri arasında deri kanserinin, görülme sıklığı her yıl artmaktadır. Bu durum toplumlar için bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (4).

2.2. DERİ KANSERİ

Deri kanseri, cildin en dış tabakası olan epidermisteki anormal hücrelerin kontrol dışı büyümesidir. Onarılmamış DNA hasarı anormal (mutasyonlu) hücrelerin çoğalmasına neden olmaktadır. Bu hücreler, epidermiste bulunan hücrelerin hızla

çoğalmasına ve kötü huylu tümörler oluşturmaktadır (24). Deri kanserleri genellikle derinin en üst tabakası olan epidermiste geliştiği için tümör açıkça görülebilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülmeye başlamıştır. Bu durum toplum açısından halk sağlığı problemi oluşturmaktadır (43). En yaygın görülen deri kanserleri, malign melanom ve non melanom deri kanserleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Non melanom deri kanserleri ise Bazal Hücreli Karsinom (BHK) ve Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK) olarak tanımlanmaktadır. BHK ve SHK en sık görülen deri kanserleridir. Yaygın olarak görülmeyen diğer deri kanseri türleri de bulunmaktadır (48).

2.2.1. Deri Kanserlerinin Sınıflandırılması

Deri kanseri melanom ve MDDK olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. MDDK en sık görülen deri kanseri türüdür. BHK ve SHK, MDDK olarak bilinmektedir. MDDK, melanomaya göre daha sık görülür ancak melanomanın mortalite oranı daha yüksek olduğu için çok önemlidir (6, 49).

2.2.1.1. Melanom Dışı Deri Kanserleri (MDDK)

MDDK en çok tanı konulan kanser türleri arasındadır. GLOBOCAN 2020 tahminlerine göre dünyada MDDK için 1 198 073 yeni vaka ve 63,731 ölüm gerçekleşmiştir (7,50). Amerika'da MDDK'nın %67'sini BHK, %33'ünü SHK oluşturmaktadır. Amerika'da yıllık MDDK vaka sayısının tahmini 5,4 milyon olduğu belirlenmiştir. MDDK'nın tanı ve tedavisi 1994 yılından 2014 yılına kadar %77 oranında artış göstermiştir. MDDK ülkemizde de yaygın olarak görülmektedir. İstatistiklerine bakıldığında MDDK'nın 2013-2017 yılları arasında düzenli bir artış gösterdiği belirlenmiştir (3, 51).

BHK ve SHK erkeklerde daha sık görülmektedir. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Özellikle son yıllardaki artış iklim değişikliği ve yaşam süresinin uzaması ile ilişkilendirilmektedir. Dünyada MDDK vaka sayısının çok olmasına rağmen mortalite oranları düşük olduğu için dünya çapında MDDK kayıtlarının tutulmasında eksiklikler vardır. Bu sebeple kesin sayıları belirlenememiştir (49, 51).

MDDK özellikle baş ve boyun bölgesinde yaygın olarak görülmektedir. MDDK için çevresel ve genetik risk faktörlerinin yanı sıra en önemli risk faktörü UV radyasyondur. Ozon tabakasının incelmesi, bronzlaşma, açık alan spor faaliyetleri, mevsimsel değişiklikler, vs. güneşe maruziyeti artırmakta ve böylece UV radyasyonu daha tehlikeli bir hal almaktadır (52). İleri yaş, açık tenli olmak, güneş ışığına maruziyet, cilt kanseri öyküsü, çil ve ben sayısının fazla olması diğer risk faktörleridir. Bağışıklık sistemi zayıf olan, organ nakli yapılmış, bazı kalıtsal cilt hastalıkları olan kişiler de deri kanseri gelişme riski yüksektir. MDDK'nın en yaygın belirtisi ciltte iyileşmeyen iltihaplı lezyonların görülmesidir (43, 53). MDDK'lar nadir olarak ölümcül olsalar da yaygın olarak görüldüğü için bir halk sağlığı problemini oluşturmaktadır.

Bazal Hücreli Karsinom (BHK)

BHK, MDDK arasından en yaygın görülen türdür. MDDK'nın yaklaşık %99'unu BHK'lar oluşturmaktadır. BHK'lar derinin epidermis tabakasının en alt kısmında bulunan bazal hücrelerden köken alırlar. Bu kanserler agresif ancak yavaş ürer ve nadir metastaz yaparlar (49). BHK dünya üzerinde oldukça yaygın görülmekte ve vaka sayıları her yıl artış göstermektedir. BHK insidansının Avrupa'da her yıl %5,5 oranında arttığı belirlenmiştir. Birleşik Krallık'ta ise 2013-2015 yılları arasında ortalama %5'lik bir artış olduğu saptanmıştır (54). ABD'de ise her üç kanserden birisi cilt kanseridir ve bu kanserin büyük çoğunluğu da BHK olarak tanımlanmaktadır (55). Avustralya, dünyadaki en yüksek BHK'un görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır. Bazı bölgelerinde yılda tahmini %2 oranında insidans bildirilmiştir (6).

BHK sıklıkla vücudun güneş gören bölgelerinde baş, boyun, yüz çevresi, kulak kepçesi, ağız, burun ve üst ekstremiteler de oluşmaktadır. Elli yaş üzeri kişilerde ve erkeklerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Beyaz ırkta, siyahilere göre daha sık görülmektedir (56). BHK görülme riski UV radyasyona maruz kalan ve güneş ışınlarına karşı hassasiyeti olan kişilerde daha yüksektir. Açık ten ve göz rengi, Fitzpatrick I ve II deri tipi, kızıl saç ve çil, birden fazla güneş yanığı öyküsü, vücutta fazla ben bulunması, arseniğe maruz kalmak, BHK'nın gelişme riskini artırmaktadır (49, 57).

BHK deride farklı şekillerde olabilmektedir. Sıklıkla hafif şeffaf, ten rengi veya pembe bir şişlik ve iyileşmeyen iltihaplı lezyonlar olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kırmızı kenarları kabarık puslu lekeler, düz ve beyaz, sarı veya mumsu renkte yara izi benzeri bir alan gibi görülebilir. BHK'lar aynı zamanda kabuklaşabilir, kaşınabilir, iltihaplı akıntılar görülebilir ve kanayabilir (43, 57, 58).

Klinisyenler BHK'ların kesin tanısını lezyondan alınan deri biyopsisinin patolojik incelemesi ile belirlemektedir. BHK'ların metastaz yapma ihtimalleri çok düşük olduğu için nadiren ölümcül olabilir. Ancak tedavi edilemeyen BHK'lar lokal invaziv hale gelebilir, derinlemesine tahrip edebilir ve kemiğe kadar ilerleyebilir. Bu durumda büyümesi ilerler, şekilleri bozulur, tehlikeli oluşturur ve morbidite nedeni olabilir (59). BHK'lar cerrahi ve cerrahi dışı olarak tedavi edilebilirler. Hastanın durumuna göre tümör küçültülerek tedavi edilebilir. Cerrahi tedavi ise genellikle ilk seçenek olup, iyi yönde yüksek sonuç vermektedir (60).

Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK)

SHK, tüm deri kanserlerinin %20'sini oluşturmaktadır. En sık görülen ikinci cilt kanseri türüdür. Derinin epidermis tabakasının en üst kısmında bulunan epidermal keratinositlerden köken almaktadır. SHK için aynı zamanda yassı hücreli karsinom da denilmektir (49, 61). SHK'lar kutanöz SHK olarak da bilinmektedir. Vücudun ağız, boğaz, akciğer gibi farklı bölgelerinde SHK'lar oluşabilmektedir. Kutanöz kelimesi cilt kanserini tanımlar ve diğer kanser türlerinden ayrılmaktadır.

Son yıllarda güneşe maruziyetin artmasıyla SHK görülme sıklığı da artmıştır. SHK, BHK'dan daha az görülmesine rağmen ABD'de SHK vakaları sürekli olarak artmaktadır. Her yıl tahmini 1,8 milyon SHK vakası teşhis edilmektedir. ABD'de her yıl yaklaşık olarak 15,000 insanın SHK'dan öldüğü belirlenmiştir (57, 62). SHK beyaz ırkta ve erkeklerde daha fazla görülmektedir. Avusturalya cilt kanseri insidansının en yüksek olduğu diğer bir ülkedir. SHK kanser kayıtlarına bildirilmediği için kesin insidansı bilinmemektedir (6, 60).

SHK için en önemli risk faktörü UV radyasyonuna maruziyet ve güneş ışınlarıdır. UV ışınlarına maruziyet SHK'ları BHK'lara göre daha çok etkilemektedir.

Dünya üzerinde SHK'lar Ekvator bölgesinde daha sık görülmektedir (57, 63). Açık tenli olmak, açık göz rengi, çilli olmak, ben sayısının fazla olması, birden fazla güneş yanığı öyküsünün bulunması, yoğun güneş ışınlarına maruziyet, bronzlaşmak, geçirilmiş cilt hastalığı öyküsü ve sigara SHK'lar için risk faktörüdür. Organ nakli veya kanser tedavisi gibi bağışıklık sistemini baskılayan ilaç kullanmak ve ileri yaş SHK için risk oluşturmaktadır. Vücudun güneş ışınlarını alan bölgelerinde ortaya çıkmaktadır. Baş, boyun, kollar, saçlı deri ve el sırtında sıklıkla görülmektedir (64).

SHK'lar pullu kırmızı lekeler, özellikle yüz ve dudakta pürüzlü, kalınlaşmış siğil benzeri lezyonlar, sert kabarıklıklar olarak görülmektedir. Kabuklaşıp, kaşınıp, kanayıp uzun süre devam eden açık yaralar şeklinde de olabilir (6). SHK'nın BHK'ya göre metastaz yapma ihtimali 20-40 kat daha yüksektir ve bunlar daha hızlı büyümektedir. Bölgesel lenf bezleri en sık metastaz yapılan yerdir. Çevresel dokular, karaciğer, akciğer ve kemik metastazları da görülmektedir. Erken dönemde fark edildiğinde neredeyse tümünün tedavisi mümkündür. Ancak BHK'lara göre daha hızlı ilerleyen agresif bir tümördür. SHK'ların erken evrede ortaya çıkmasına rağmen, MDDK'ne bağlı ölümlerin çoğu SHK'lara bağlıdır (61, 64, 65). SHK tedavisinde alınan biyopsi örneğine göre ilk tercih cerrahi yöntemdir. Düşük riskli ve yüzeyel primer SHK'lar için küretaj ve elektrodesikasyon ile kriyoterapi düşünülmektedir. Mohs cerrahisi, kemoterapi ve radyoterapi uygulanan diğer tedavi yöntemleridir (51).

2.2.1.2. Malign Melanom (MM)

Deri epidermisinin, basal tabaka hücreleri arasında melanositler bulunmaktadır. Melanosit hücreleri melanin üretmektedir. Melanin ise cildi güneşin zararlı etmenlerine karşı korur, saç ve deri renginden sorumludur. Yoğun UV radyasyonuna maruziyet, melanositlerin daha fazla melanin pigmentinin üretilmesini tetikler ve cilt hasarına sebep olmaktadır (24). Melanin pigmenti cildin koyulaşmasına ve bronzlaşmasına neden olarak cildi korumaya çalışmaktadır. UV radyasyon melanosit hücrelerinde DNA hasarına sebep olmaktadır. Melanom melanosit hücrelerinin mutasyona uğraması sonucu kontrolsüz hücre çoğalması ile ortaya çıkmaktadır. Melanom hızlı metastaz yapan ve mortalite oranı yüksek bir kanser türüdür (24, 25).

Melanomlar cildin herhangi bir bölgesinde gelişebilmektedir. Ancak erkeklerde sıklıkla omuz, gövde (göğüs, sırt) ve kalçalarda görülürken, kadınlarda kol ve bacaklarda görülme olasılığı daha yüksektir. Boyun ve yüz diğer yaygın görülen bölgeler arasındadır. Ağız, gözler, cinsel organlar gibi vücudun diğer bölgelerinde nadir de olsa melanom görülebilmektedir (66). Koyu deri rengine sahip olmak melanom riskini azaltmaktadır. El içinde, ayak tabanlarında veya tırnak altında da melanom oluşabilmektedir. Afrika kökenli Amerikalılarda melanom bu bölgelerde sıklıkla görülmektedir (12).

Melanom, tehlikeli bir cilt kanseri türüdür. Erken teşhis edildiğinde ve tedavi edildiğinde genellikle tedavi edilebilir. Ancak melanom deriye ve vücudun diğer bölümlerine yayıldığında tedavisi oldukça zordur ve ölümcül olma riski yüksektir. Melanomun erken teşhisi için belirtilerini iyi bilmek, derideki ben ve şüpheli lezyonları takip etmek gerekmektedir (11). Çoğu melanom hücresi melanin üretmeye devam eder. Bu nedenle melanom tümörleri genellikle kahverengi veya siyah renktedir. Ancak bazı melanomlar melanin üretmeye devam etmezler ve pembe, ten rengi ve beyaz renkte olabilirler. Melanomlar genellikle benlere benzeyebilir ve hatta bazen de benlerden kaynaklı oluşabilir (12).

Melanom tanısı için uzman kişiler tarafında ciltte görülen anormal lekeler ve şişlikler öncelikle muayene edilip ve dikkatli incelenmektedir. Melanom teşhisini koymak için şüpheli dokudan biyopsi örneği alır ve incelemeye gönderilmektedir. Tanısı konulduktan sonra hastalığın evresi ve metastaz yapıp yapmadığını belirlemek amaçlı farklı testler yapılmaktadır (43, 67).

Melanom tedavisi ise kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Hastalığın evresi, tümör yeri, hastanın yaşına göre tedavi seçenekleri belirlenmektedir. Cerrahi tedavi, bölgesel tedaviler, immünoterapi, kemoterapi, radyoterapi gibi farklı tedaviler uygulanmaktadır. Melanom cilt kanserinin en tehlikeli türü olmasında rağmen, erken teşhis edilmesiyle ve gelişen tedavi seçenekleri ile hayatta kalma oranları artmaktadır (24, 66).

Dünya'da ve Türkiye'de Malign Melanom Epidemiyolojisi

Melanom, MDDK'dan daha az görülmesine rağmen cilt kanseri mortalitesinin başlıca nedenidir. MDDK'dan daha fazla bildirilmektedir ve doğru teşhis konulması daha olasıdır. Melanom insidansı tüm dünyada hızla artmakta, 1970'lerin başından itibaren her yıl önemli ölçüde artış göstermektedir (1, 8).

Dünya üzerinde 2020 yılında görülen kanserler arasında %1,7'sini melanom oluşturmuş, 324,635 yeni vaka görülmüştür. GLOCOCAN 2020 verilerine göre 57,043 kişi melanomdan hayatını kaybetmiştir (69). Melanom Amerika'da en yaygın görülen beşinci kanser türüdür. Amerika'da melanom insidansı her yıl %4 artmakta, son on yılda ise yeni melanom vaka sayısı %44 artmıştır. ABD'de 2021 yılında 106,110 yeni vaka, erkeklerde kadınlara göre 1,5 kat daha fazla görüleceği tahmin edilmektedir. Melanom ölüm sayısının ise 2021 yılında %4,8 oranında artması, 2021 yılında tahminen 7,180 kişinin melanomdan ölmesi beklenmektedir (9, 70). Melanomun dünyada en yaygın görüldüğü ülke Avusturalya'dır. Avusturalya'da 2017 yılında en sık görülen kanser türleri arasında melanom 4. sırada yer alırken, 2018 yılından itibaren 3. sırada yer almıştır. Her yıl görülme insidansı artmakta olup, 2020 yılında da 3. sırada bulunmakta ve 18,972 vaka görülmüştür. Bu vakaların 11,003'ü erkeklerde ve 7,969'u kadınlarda görülmektedir. Melanom ölüm nedeni olarak Avusturalya'da 10. Sırada yer almaktadır ve 2020 yılında 1,880 kişi melanomdan hayatını kaybetmiştir. Melanom insidansı oranının yaşla birlikte artması beklenmektedir (1, 9).

Son yıllarda Avrupa'da malign melanom insidansı artmaya başlamıştır. Dünya üzerinde görülen melanom vakalarının %46,4'ü Avrupa'da görülmektedir. Avrupa'da ölüm oranı daha düşük bir hızla artmış olsa da en çok ölümün görüldüğü bölgedir. Avrupa'da 2020 yılı içinde 150,627 vaka, 26,360 ölüm görülmüştür (1, 10).

Melanom ve SHK, batı ülkeleri arasında da yaygın olarak görülmeye başlanmıştır. Avrupa'da en sık görülen ülkelerden birisi olan Norveç'te 2009'dan beri cilt kanserlerinin UVR'ya maruziyetin artmasıyla her yıl görülme insidansı artış göstermektedir (71-73). Melanoma ülkemizde çok yaygın görülmemekle birlikte görülme hızı her yıl artış göstermektedir (74). Türkiye Kanser İstatistikleri-2017

raporuna göre ülkemizde görülen kanser türleri arasından %0,75'ini melanom oluşturmaktadır. Ülkemizde 2013-2017 yılları arası toplam 3,238 vaka görülmüş, özellikle 2014-2017 yılları arası vaka sayısında düzenli artış olmuştur. 2017 yılında melanom, erkeklerde görülen kanserler türlerinin %1,7'sini, kadınlarda ise %1,2'sini oluşturmuştur. TÜİK verilerine göre 2020 yılında 1,756 yeni vaka teşhis edilmiş, 888 kişi ise hayatını kaybetmiştir (3). Kanser istatistiklerine göre 2017 yılında 0-14 yaş grubu çocuklarda görülen ilk 10 kanser türleri arasında melanom yer almaktadır. 0-14 yaş grubu erkek çocuklarda %3,3 oranında görülmekte ve 9. sırada, kız çocuklarında ise %5,2 oranında görülüp 6. sırada yer almaktadır (3).

2.2.2. Deri Kanserleri Risk Faktörleri

Melanom için bilinen en önemli risk faktörü UV radyasyondur. Özellikle yoğun güneş ışınlarına maruziyet başta melanom olmak üzere MDDK'nında gelişiminde etkili olmaktadır (53). Deri yaşlanması, güneş yanıkları, solar keratoz gibi diğer deri lezyonlarının oluşmasında da etkili olmaktadır. Dünya üzerinde melanom ve MDDK'nın artışı güneşe olan maruziyetin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (26). Küresel ısınmanında etkisiyle güneş ışınları dünya üzerine daha yoğun ve dik açılarda gelmektedir. Dışarıda yapılan aktiviteler, bilinçsiz güneşlenme ve bronzlaşma, UV ışınlarına maruziyeti artırmaktadır. Aynı zamanda UV ışınlarına maruziyet tek değiştirilebilen risk faktörüdür (20).

Melanomun diğer risk faktörleri; çocukluk çağında geçirilmiş güneş yanığı öyküsü, ailede cilt kanseri öyküsünün bulunması, doğuştan var olan büyük nevüsler, displastik nevüs varlığı ve fazla sayıda nevüs bulunması, solaryum ve yapay UV kaynaklarıdır (20). Çocukluk çağında özellikle 12 yaş altındaki çocuklarda görülen güneş yanıkları melanom riskini 3,6 kat artırmaktadır. Son on yıl içerisinde 5 veya daha fazla güneş yanığına sahip olmak melanom riskini iki kat arttırdığı belirlenmiştir (63). Irk, cinsiyet ve hormonal faktörler melanom riski açısından farklılık göstermektedir. Beyaz ırkta siyahilere göre melanom riski daha fazladır. Siyahi ırkta melanin pigmentinin fazla olması UV'ye karşı koruyuculuk sağlamaktadır (63, 68).

Kişilerin fenotipik özellikleri melanom için riski faktörüdür. Açık ten rengi, açık göz rengi (mavi veya yeşil), açık saç rengi (sarı veya kızıl), çilli veya çillenmeye

yatkın ve kolayca güneş yanığı gelişebilen cilt yapısına sahip kişiler melanom için yüksek risk taşımaktadırlar (68). Kişilerim fenotip özellikleri ve güneş ışınlarına karşı gelişen deri yanıtlarına göre bir Deri Tipi Sınıflandırma Sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemin adı Fitzpatrick deri tipleri olarak bilinmektedir. Fitzpatrick deri tipi I-II olan kişilerde melanom riski iki kat artmaktadır (63, 75).

Zayıflamış bağışıklık sistemi melanom için diğer bir risk faktörüdür. Kemoterapi veya immünsüpresif ilaçların kullanılması, bağışıklığı baskılayan hastalıklar (Human Immunodeficiency Virus [HIV]) melanom riskini artırabilmektedir. Transplantasyon olan hastalar yaşamları boyunca immünsüpresif ilaç kullanma durumlarına bağlı olarak bu kişilerde melanom görülme sıklığı artmaktadır. Bazı kimyasallara maruziyet, kseroderma pigmentosum, (cildin UV hasarına karşı kendisini onarmasını engelleyen nadir bir genetik hastalık) alkol, sigara, coğrafi konum melanoma için diğer risk faktörleridir (9, 76-78).

2.2.3. Deri Kanserinin Erken Tanısı ve Korunma Yolları

Melanom ve MDDK'nın yıllık insidansı ve mortalite oranı artmaya devam etmektedir. Melanomun erken dönemde fark edilmesi hastalığın prognozu açısından oldukça önemlidir. Derin invazyon veya metastaz oluşturmadan erken tanınması ve çıkarılması, cilt kanseri ile ilişkili morbidite ve mortalite oranlarının azalmasını sağlamaktadır (77, 79). Amerika'da, melanomun erken tespit edildiği hastalarda 5 yıllık sağ kalım oranı %99 olarak belirlenmiştir. Bu durumun, metastaz yaparak hastalık lenf bezlerine ulaşır ise %66, diğer organlara yayılır ise %27'ye düştüğü belirlenmiştir (77).

Klinik ortamda erken melanom tanısı için, yılda bir defa dermatolog tarafından yapılacak klinik muayene önerilmektedir. Ancak kişisel malignite öyküsü, ailede melanom öyküsü, nevüs sayısının fazla olması ve displastik nevüs varlığı olan yüksek riskli kişilerin daha sık doktor kontrolüne gitmeleri gerekmektedir. Teknolojinin gelişmesi ile tüm vücut fotoğrafçılığı, dermoskopi, optik koherens tomografi, multispektral görüntülüme gibi teknikler erken teşhis için kullanılmaktadır. Ancak özellikle teknolojinin ilerlemesine rağmen en verimli şekilde kullanmak için iyi eğitim alınması gerekmektedir (79). Bu yüzden klinik ortamda melanomun erken tanısı zor

olabilmektedir. Kişilerin vücutlarını tanıyıp takip etmeleri erken tanı ve tedavi için daha yararlı olmaktadır.

Melanom ve MDDK'nın yüksek oranda görüldüğü Amerika, Avusturalya ve Avrupa'da bu durum halk sağlığı problemi olarak ele alınmaktadır. Amerika Dermatoloji Akademisi ve Avusturalya Deri Kanseri Akademisi, hastalığı daha erken tanıma noktasında cilt kanseri belirtileri ve lezyonlardaki değişimleri konusunda farkındalığı artıracak, toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışmalar yürütmektedir. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) ve çil, ben veya lekelerin ABCDE kriterlerine göre takibi erken teşhis için bireylere önerilmektedir (9, 80).

2.2.3.1. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM)

Cilt kanserlerinin, deri üzerinde oluşan belirti ve bulgularını bilmek önemlidir. Şüpheli lezyonları, anormal benleri, artan çil, leke, ben ve zaman içerisindeki değişimlerini bilmek ve takibini yapmak gerekmektedir. Özellikle melanomun ilerleyen dönemlerde fark edilmesi mortalite açısından ciddi risk taşımaktadır. Çoğu melanom erken dönemde, cilt yüzeyinde görünür olduğunda teşhis edilirse tedavisi mümkün olmaktadır (81, 82). Ancak derin yerleşim ve yayım gösterirlerse tehlike oluşturmaktadırlar. Bu nedenle melanomun erken tespit edilmesi, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmak için çok önemlidir. Kendi kendine deri muayenesi melanomun farkındalığını artırabilir ve erken teşhisi teşvik edebilmektedir. KKDM, Amerika Dermatoloji Akademisi Derneği, Amerikan Deri Kanseri Vakfı, Avusturalya Cilt Kanseri Akademisi gibi kuruluşlar tarafından önerilen erken tanı ve aynı zamanda ikincil koruma yöntemidir (18, 83, 84).

KKDM, kişilerin vücudunda bulunan anormal benleri, şüpheli lezyonları veya deri üzerindeki doku değişikliklerinin tespit edilmesini sağlamaktadır (82). Friedman ve ark. 1985 yılında geliştirdiği 10 adımdan oluşan KKDM vücut haritası ve görselleri içeren bir broşür geliştirmişlerdir (85). Benzer broşürleri ise;

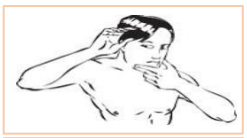
- Amerikan Deri Kanseri Vakfı 8 adım,
- Amerika Kanser Derneği 6 adım,
- Amerikan Dermatoloji Akademisi 5 adım,

- İngiliz Cilt Vakfı 6 adım,
- Avusturalya Kanser Konseyi 6 adımdan oluşacak şekilde düzenlemişlerdir. İnternet sitelerinde erişime açık olarak bulunmaktadır (84, 86-89).

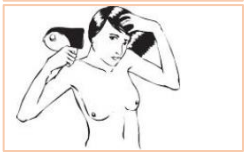
Koştu ve ark. tarafından 2014 yılında Amerikan Deri Kanseri Vakfının önerdiği 8 adımdan oluşan ve temsili resimleri içeren KKDM broşürünün, Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmışlardır (17). Bu muayenenin adımları:

KKDM Adımları

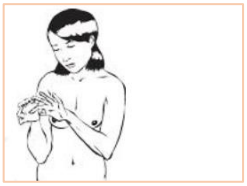
1.Adım: Yüz bölgesi özellikle burun, dudak ve kulaklar ayna kullanılarak muayene edilir.



2.Adım: Kafa derisindeki her bölge saç kurutma makinesi ile havalandırılarak veya ayna kullanılarak muayene edilir.



3.Adım: Avuç içi, dış yüzünü, parmak araları, tırnak kökü ve yatağı dikkatlice kontrol edilir. Her iki koltuk altı hem önünü hem de arka kısmını bileklere kadar muayene edilir.



4.Adım: Bir boy aynası önünde durarak, dirseklerden başlayıp her iki üst kolunun her tarafı incelenir.



5.Adım: Ayna önünde boyun, göğüs ve gövde incelenir. Bayanlar göğüs altını kontrol etmek için göğüslerini kaldırmalılardır.



6.Adım: 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 aynası kullanılır.



7.Adım: Boy ve el aynası kullanılarak, kuyruk sokumu, kalçalar ve her iki bacağın arka kısımları incelenir.



8.Adım: Bacakların ön kısmı ve yanları kasıklardan başlayarak uyluktan baldıra kadar, ayak bilekleri, ayakların uçları, ayak parmakların araları ve ayak tırnak kök ve yatağı kontrol edilir. Ayak tabanları ve topuklarda incelenir.



Kaynak: (17).

Şekil 2.1. KKDM adımları

KKDM yapılırken: parlak bir ışık, boy ve el aynası, sandalye ve tabure, fön makinesi, vücut haritaları ve bir kalem gerekmektedir. KKDM'nin ayda bir defa her ay düzenli olarak yapılması, aynı zamanda profesyonel cilt muayenesi için yılda bir defa dermatolog kontrolüne gidilmesi gerekmektedir. Vücudun hem güneşe maruz kalan hem de diğer bölgelerin detaylı incelenmesini sağlamaktadır (77). KKDM yapılırken ben, çil, leke veya şüpheli lezyonlar, renk, şekil, büyüklük, simetri, dokusu gibi görsel olarak değerlendirilmelidir. Şüpheli lezyonları değerlendirirken ABCDE kriterleri esas alınmalıdır (84, 90).

2.2.3.2. ABCDE Kuralı

Melanom lezyonlarının muayenesinde ABCDE kuralı incelemek için sık kullanılan bir yöntemdir. 1985 yılında New York Üniversitesi'nde bir dermatolog tarafından geliştirilerek, 2004 yılında ise ABCDE şeklinde kısaltılması ile geliştirilen bu yöntem, uzmanlar ve kişiler tarafından melanom erken teşhisinde kullanılmaktadır (91). Deride bulunan benler ve kahverengi lekeler her zaman zararsız değildir. Melanom normal deride lezyon oluşturabileceği gibi bir ben üzerinde de görülebilmektedir. ABCDE yöntemi, şüpheli lezyonların detaylı incelenmesi ve melanomun ayırt edilmesini sağlamaktadır (79, 92). Melanom, ABCDE kriterlerlerinin bir kısmını veya tümünü göstermektedir. Bu nedenle melanomun erken tanı ve tedavisi için şüpheli lezyonların değerlendirilmesinde ABCDE kriterlerine dikkat edilmesi önerilmektedir (91, 93). ABCDE kriterlerinin her biri şu şekilde adlandırılmaktadır:

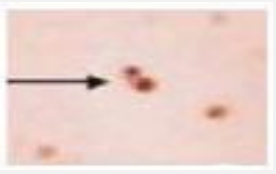
{A}-Asimetri (Asymmetry) : Bir çil, ben, lezyon veya doğum lekesinin bir yarısının diğer yarısından şekil ve renk olarak asimetrik olmasıdır.

{B}-Sınır Düzensizliği (Border) : Lezyonun kenarlarının girintili çıkıntılı olması, sınırlarının belirsiz olmasıdır.

{C}-Renk (Color) : Lezyonda en az iki fark renk veya birkaç renk birden bulunmasıdır.

{D}-Boyut (Diameter) : Lezyonun 4-6 mm'den büyük olmasıdır.

{E}-Evrimleşme (Evolving) : Lezyonun zaman içerisinde nasıl değiştiğinin tanımlanmasıdır.

ABCDE Kuralı		 **Benign Lezyon**
A	Asimetri (Asymmetry)	
B	Sınır Düzensizliği (Border)	
C	Renk (Color)	
D	Boyut (Diameter)	
E	Evrimleşme (Evolving)	

Kaynak: (91, 93)

Şekil 2.2. ABCDE kuralı

2.3. GÜNEŞTEN KORUNMA PROGRAMLARI VE GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI

Dünya'da melanom insidansı artışı güneşe olan maruziyetin artması ile ilişkilendirilmektedir. Uzun süre yoğun güneş ışınlarına maruziyet güneş yanıklarına sebep olabilmektedir. Özellikle güneş ışınlarının yoğun olduğu öğle saatlerinde dışarı çıkılması, güneşten korunma önlemlerinin alınmaması, yaz tatillerinin ve açık alan aktivitelerin artması, bronzlaşmanın yaygınlaşması güneşe maruziyeti artırmaktadır. Kişilerin yaşamlarının ilk yıllarından itibaren kendilerini güneşten korumaları gerekmektedir. Özellikle bebek ve çocuklarda melanin pigmentleri daha az salgılandığı için yoğun güneş ışınlarından korunmalılardır. Bebek ve çocukluk döneminde maruz kalınan güneş ışınları hayatın ileriki dönemlerinde cilt kanseri gelişme riski ile ilişkilendirilmektedir (94, 96).

ABD'de ergenler arasında kaykay yapmanın moda olması ile her yıl patenci sayısının arttığı belirlenmiştir. Açık alanda yapılan bu spor için özel tesisler kurularak gölge alanda yapmalarına teşvik edilmiştir (97). Avusturalya'da SunSmart programı başlatılarak, halkın cilt kanseri önleme konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde geliştirmek, deri kanseri erken teşhisi için öncelikli grupları desteklemek ve deri kanserinin ekonomik yükünü azaltmak amaçlanmıştır (98). Okullarda, halk eğitim merkezlerinde ve toplumda birçok alanda kullanılan SunSmart programının güneşten korunma davranışları üzerinde tutarlı ve faydalı etkisi belirlenmiştir. İngiltere'de adölesanlar ve Amerika'da ilköğretim öğrencileri için SunSmart eğitim programı uygulanmaktadır (99-101). Avusturalya'da Gölge Karşılaştırma Kontrolü (Shade Comparison Check) uygulaması ile kişiler bulundukları bölgenin gölge ihtiyacını belirleyebilirler. Kontrolün sonunda en fazla 27 puan verilmekte ve aldıkları puan ne kadar yüksek ise gölge ihtiyacının da o kadar fazla olduğunu göstermektedir (98). İngiltere'de ulusal cilt kanseri tarafından geliştirilen Sun Safe Schools, UV ışınlarına karşı korunma ve cilt kanseri insidansının eğitim yolu ile engellenmesi amaçlanan bir akreditasyon programıdır. İlköğretim öğrencilerinin sağlık ve önleme dersi kapsamında tüm İngiliz ilkokullarında öğrencilerin güneşe maruz kalma ve güneşin zararlı etmenlerinden nasıl korunması gerektiği konusuna yer verilmektedir (102).

Ülkemizde deri kanserinin erken tanısı ve güneşten korunma davranışlarının kazandırılmasına yönelik yürütülen projeler sınırlıdır. 2008 yılında Güvenli Okul Programı projesi başlatılmış olup bu program deri kanserleri erken teşhisi ve güneşten korunma konularını da içermektedir (23). DSÖ ve diğer uluslararası sağlık kuruluşları, 35 yaş altı kişilerin melanom geliştirme riski yüksek olduğu için ülkelerde 18 yaş altı kişilerin solaryum kullanmasının kısıtlanmasını önermektedir. Bu konuda birçok ülke düzenlemeler getirmiş ve ülkemizde 18 yaş altı kişilerin solaryum kullanımı yasaklanmıştır (103). Cilt kanserini önleme ve güneşte bulunan UV radyasyonundan korunmaya yönelik uygulanan bu programlar kapsamında güneşten korunma davranışları; koruyucu giysiler giymek, güneş koruyucu ürünlerin kullanılması, güneş gözlüğü kullanmak, şapka takmak ve gölgede kalmaktır (30, 98).

Kişilerin kendilerini güneşten korumaları ve koruma davranışlarını benimsemeleri basit ve etkili bir yöntemdir. Kişilerin içinde bulundukları durumlar, yaşam standartları ve alışkanlıkları, deri tipleri, coğrafi konumları ve iklimler güneşten korunma davranışlarını etkilemektedir. Ancak bireylerin çocukluk çağından itibaren güneşten korunma davranışlarını yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmeleri önemlidir (94).

2.3.1. Koruyucu Giysiler ile Korunma

Koruyucu giysiler ile UV ışınlarına karşı büyük bir bariyer sağlamaktadır ve en iyi güneşten korunma yoludur. Özellikle yaz aylarında vücudun güneş ışınlarını en yoğun alan bölgelerinin kapanması etkili bir yoldur. UV korumalı özel giysiler UV radyasyonu cilde geçmeden önce absorbe edebilen liflerden yapılmış, UV ışınlarını en az geçiren kıyafetlerdir. Kıyafetlerde bulunan UV koruma "UPF Derecelendirme Sistemi" ile belirtilmektedir. Ultraviyole Protection Faktor (UPF), güneş kremlerinde bulunan Sun Protection Factor (SPF) özelliği ile benzerlik göstermektedir. UPF derecesi ne kadar yüksek olursa kıyafetlerin güneş ışınlarına karşı koruyuculuğu o kadar yüksek demektir. UPF 15-24 arası olanlar iyi derecede, 25-39 oldukça iyi, 40 ve üzeri olanlar ise mükemmel koruyucu olarak kabul edilmektedir. UPF 15'in altında bulunan kıyafetler UV koruyucu olarak kabul edilmemektedir (57, 63).

Kıyafetlerin UV korumaları, kumaşların içerisinde bulunan lifler, liflerin içerdiği katkı maddeleri, yapısal özellikleri, renk, optik ağartıcı madde kullanımı, gerginlik ve nem oranı faktörlerine bağlı olmaktadır. UVR koruması en yüksek olan lifler yün, ipek, keten ve pamuktur. Ancak keten ve pamuklu kumaşların UV koruyuculuğu diğerlerine göre daha düşüktür. Poliester sentetik liflerde en iyi UVR karşı korumayı sağlamaktadır (104). Koyu renkli kıyafetler, sıkı dokunmuş örgüler ve kalın kumaşlar UV radyasyonun cilde ulaşmasını zorlaştırırken, açık renkli kıyafetlerin, sık dokunmamış ve ince kumaşların UVR koruyuculuğu düşüktür. Islak ve nemli kıyafetlerin UPF düzeyleri düşüktür. Kıyafet seçimi yapılırken özellikle çocuklar için en az 40 UPF dereceli UV korumalı kıyafetler, plaj kıyafetleri ve sörf yelekleri gibi tatil kıyafetleri seçilirken UV koruma özelliklerine dikkat edilmelidir (105).

2.3.2. Güneş Koruyucu Ürünler ile Korunma

Güneş koruyucu ürünler, güneşte bulunan UVR karşı koruyuculuk sağlayan krem, losyon, sprey, jel vb. formda bulunan kozmetiklerdir. Güneşten koruyucu ürünler, gıda ve ilaç idaresi (Food and Drug Administration [FDA]) tarafından reçetesiz satılan ilaçlar olarak sınıflandırmaktadır. Hastalığı teşhis etmeye, iyileştirmeye, hafifletmeye, tedavi etmeye ve önlemeye yönelik her şeyi ilaç olarak nitelendirmektedir. Güneş koruyucu ürünlerin, güneş yanığını önlemek, cilt kanseri görülme riskini azaltma ve erken cilt yaşlanmasını engelleme gibi faydaları bulunmaktadır (106).

Güneş koruyucu ürün kullanımı, cildin güneşten korunmasında önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda UVR'ye maruziyet sonucu oluşan kırışıklıklar ve yaşlılık lekelerinin oluşmasını engellemeye yardımcı olmaktadırlar. Güneş koruyucu ürün kullanırken, geniş spektrumlu koruma sağlamasına (UVA ve UVB ışınlarına karşı koruyucu), SPF 30 veya üzeri olmasına ve su direnci özelliğini içermesine dikkat edilmesi gerekmektedir (107-109). Güneş ışınları UVA, UVB ve UVC olmak üzere üç çeşit radyasyon yaymaktadır:

- UVA ışınları: Dünya yüzeyine ulaşan radyasyonun %95'ini oluşturmaktadır. Cildinizi erken yaşlandırarak kırışıklıklara, yaşlılık lekelerinin oluşmasına

sebep olmaktadır. UVB'den daha derine inen daha uzun dalga boylarıdır. Camdan geçebilmektedir.

- UVB ışınları: Güneş yanıklarının başlıca nedenleridir. Ciltte yanma ve kızarıklığa sebep olmaktadırlar. Cildin derinlemesine nüfuz etmezler ancak cilt kanserlerinin oluşumuna sebep olmaktadırlar. Camdan geçemezler.
- UVC ışınları: En kısa ve en zararlı dalga türüdür. Ancak atmosfer tarafından tamamen tutulur ve yeryüzüne ulaşmazlar (25, 107, 110).

Güneş koruma faktörü, (Sun Protection Faktör: SPF) cildinizin güneşte yanmadan önce güneşte kalmasına izin verdiği süreyi ifade etmektedir. SPF ne kadar yüksek olursa, ürün o kadar etkili olmaktadır. SPF 30 veya daha yüksek olan güneş koruyucu ürünler kullanılmalıdır. UVB ve UVA ışınlarına karşı koruyucu, kokusuz, renksiz ve yüksek SPF'ye sahip, suya, denize, terlemeye, buharlaşmaya ve sürtünmeye karşı etkili olan güneş koruyucu ürünler tercih edilmelidir (63). Güneş koruyucu ürün uygulanırken 2 mg/2cm^2 olacak şekilde vücudun her bölgesine yedirerek sürülmelidir. Dışarı çıkmadan 15-30 dakika önce uygulanmalıdır ve 2 saatte bir tekrarlanmalıdır. Güneş koruyucu ürünlerin çoğunda suya dayanıklılık özelliği yer almayabilir ve suya karşı dayanıklılık sağlamayabilir. Bu nedenle yüzdükten ve terledikten sonra hemen tekrar uygulanmalıdır. Dudakların korunması için en az 15 SPF'li bir dudak balsamı kullanılabilir. Cildiniz kışın veya bulutlu günlerde de güneşin zararlı UV ışınlarına maruz kalmaktadır. Güneş koruyucu ürünler her mevsim kullanılmalı ancak yaz mevsiminde daha sık ve yoğun kullanılmalıdır (65, 106, 107, 111). İlk altı ay bebeklerde güneş koruyucu kullanmak yerine güneşten uzak tutmak, koruyucu kıyafet, şapka ve güneşlik kullanmak daha faydalı olmaktadır. Altı aylıktan küçük bebekler hassas cilt yapılarından dolayı doğrudan güneş ışığına maruz kalmamalıdır. Güneş koruyucu ürün kullanımı altı aylıktan küçük bebekler için önerilmemektedir (106, 112).

2.3.3. Güneş Gözlüğü ile Korunma

UV radyasyon gözlere ve göz çevresine ciddi zararlar vermektedir. Güneşten gelen zararlı UV ışınları ve görünmez dalga boyları göz kapaklarında cilt kanserlerinin oluşumuna neden olmaktadır. Amerika'da göz kapağı cilt kanserleri, tüm cilt

kanserlerinin %5-10'unu oluşturmaktadır. BHK, SHK ve melanom göz kapağında da görülebilmektedir (109). Ayrıca UV radyasyonuna bağlı katarakt gibi diğer göz hastalıklarına da sebep olmaktadır. UV radyasyonu engelleyen gözlük kullanımı veya kontakt lens kullanımı gözlerin korunması için etkili yöntemlerdir. Camları UVA ve UVB radyasyonunu filtreleyen ve göz kenarlarını tamamen kaplayarak etrafı saran güneş gözlükleri kullanılmalıdır. Güneş gözlüğü seçilirken UV koruması %99-100 olan gözlükler tercihe dilmelidir (113, 114).

2.3.4. Geniş Kenarlı Şapka ile Korunma

Yüzünüzü, başınızı, saç derinizi güneş ışınlarından korumak için, geniş kenarlı ve sıkı dokunmuş deliksiz kumaştan yapılmış bir şapka takılmalıdır. En az 10 cm genişliğinde olmalıdır. Yüz, boyun, kulak, alın ve gözleri çevreleyen şapkaların takılması UV ışınlarına karşı koruma sağlamaktadır. Geniş kenarlı şapkalar gözlere ve göz kapaklarına gelen UV ışınlarının yarısını engelleyebilmektedir. Beyzbol şapkaları kulakları ve boynu kapatmadığı için güneşten koruma etkinliği düşüktür. Hasır şapkalar özellikle tatil bölgelerinde çok tercih edilmektedir. Ancak sıkı dokunmamış yapısı UV ışınlarına karşı koruyucu olmamaktadır (109, 112, 115).

2.3.5. Gölgede Kalma ile Korunma

Güneşten korunmada en etkili ve basit yöntemlerden birisi gölgede kalmaktır. UVR maruziyet dış ortamlarda daha fazla olmaktadır. Özellikle yaz aylarında gün ortası 10:00-16:00 saatleri arası güneş ışınları yoğun gelmektedir. Bu saatler aralığında güneşten kaçınılmadır. Bir kişinin gölgesi boyundan kısa ise UVR maruziyet için güvenli saatler olmadığını anlamına gelmektedir (63, 116). Dış ortamda yoğun güneş ışınlarından kaçınılmalı ve gölgede kalmaya özen gösterilmelidir. Gölge alanlarda dinlenmek, sokakta veya caddede gölgeli taraftan yürümek, plaj şemsiyelerinin altında oturmak güneşten korunmak için etkili yöntemlerdir. Ancak güneş ışınları su, kum, cam gibi bazı yapılardan yansıyabilmektedir. Ağaç yaprakları arasından ve bazı şemsiyelerden geçebilmektedir. Bu yüzden tam korunmanın sağlanmadığı unutulmamalıdır (109, 115). Güneşe maruziyet özellikle küçük bebeklerde ve çocuklarda güneş çarpması ve güneş yanıklarına sebep olmaktadır. Aileler bu konuda dikkatli olmalı ve her mevsim koruyucu önlemler alınması konusunda bilgilendirilmelidir (63). Okullarda, park alanlarında, caddelerde, spor merkezlerinde

vb. alanlarda gölgelendirme çalışmaları yapılmalıdır. Yeni Zelanda, Avusturalya ve Almanya'da araştırmacılar okullarda oyun alanlarında gölge alanların artırılması için yoğun yapraklı ağaçların dikilmesini tavsiye etmektedir (117).

2.4. ÇOCUK GELİŞİM DÖNEMLERİ VE ÖZELLİKLERİ

İnsanların gelişimi anne karnından başlayarak ölünceye kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreçte kişiler zihinsel, sosyal, duygusal ve fiziksel alanlarda gelişim göstermektedir. Kişilerin gelişim dönemi büyüme, olgunlaşma ve öğrenme gibi hem niteliksel hem de niceliksel değişimlerin tümünü içermektedir. Bu süreçte kişiler gelişirken zaman dilimleri içinde belirli özelliklerin öne çıktığı görülmektedir (118, 119). İnsanların gelişim süreçlerini açıklamak için çok sayıda farklı kuramlar geliştirilmiştir. Her bir kuram birbiriyle ilişkili olsa da kişileri farklı bakış açısıyla değerlendirerek, gelişim dönemlerinde gösterdikleri bir özelliği odak noktası kabul edip dönemleri belirlemişlerdir (118-121). Bu kuramlardan en iyi bilinenleri:

- ✓ **Freud'un "psikoseksüel kuramı";** psikoanalitik yaklaşıma göre kişilik, id, ego ve süper ego olmak üzere üç parçadan oluşmaktadır. Kişiliğin gelişiminde cinsellik ve bilinçaltı esas alınmıştır. Freud'a göre yaşamın ilk 6 yılının kişilik gelişiminde rol almakta ve cinsel gelişim kişiliğin gelişimde en önemli etken olduğunu vurgulamaktadır. Freud gelişim evreleri 5 tanedir:

  - 0-1 Yaş Oral Dönem
  - 1-3 Yaş Anal Dönem
  - 3-6 Yaş Fallik Dönem
  - 6-11 Yaş Latens Dönem
  - 11 Yaş ve Sonrası Genital Dönem

- ✓ **Erikson'un "psikososyal kuramı";** bireyin sosyal gelişimini temel almaktadır. Kişilerin diğer insanlarla ilişki içinde olduğunu ebeveynlerin, öğretmen ve arkadaşların çocukların psikososyal gelişimi için gerekli ve önemli olduğunu belirtmektedir. Erikson insanın gelişim dönemlerini 8'e ayırmıştır:

- Temel Güvene Karşı Güvensizlik (0-2 yaşlar)
- Özerkliğe Karşı Kuşku ve Utanç (2-3,5 yaşlar)
- Girişkenliğe Karşı Suçluluk (4-6 yaşlar)
- Başarılı Olmaya Karşı Aşağılık Duygusu (6-12 yaşlar)
- Kimlik Kazanmaya Karşı Rol Karmaşası (12-18 yaşlar)
- Yakınlığa Karşı Uzaklık (17-30 yaşlar)
- Üretkenliğe Karşı Durgunluk (40-65 yaşlar)
- Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk (65 yaş ve sonrası)

✓ **Piaget'in "bilişsel gelişim kuramı";** bireylerdeki düşünme, fikir yürütme, öğrenme, hatırlama gibi aktif zihin faaliyetlerine bilişsel gelişim denilmektedir.

Piaget bilişsel gelişimin beynin ve sinir sisteminin gelişmesi ve kişinin çevreye uyum sağlaması ile gerçekleştiğini belirtmektedir. Piaget bireyin gelişim sürecini bilişsel gelişime göre 4 döneme ayırmıştır:

- Duygusal Hareket Dönemi (0-2 yaş)
- İşlem Öncesi Dönem (2-7 yaş)
- Somut İşlem Dönemi (7-11 yaş)
- Soyut İşlem Dönemi (11-12 yaş ve üzeri)

İnsanların fiziksel ve ruhsal gelişimleri üzerine farklı çalışmalar yapılmıştır. Bireylerin birbirini izleyen gelişim dönemlerine sahip olduğu ve bu dönemlerin benzerlik gösterdiği, çocukluğun ilk 5-6 yılının bireylerin ileriki yaşam sürecinde etkisinin büyük olduğu belirlenmiştir. Gelişim süreci yaşam boyu devam eden çok yönlü (fiziksel, duygusal, bilişsel, toplumsal) karmaşık bir süreci oluşturmaktadır. Bu süreci daha kolay tanımlamak için baz özellikler ele alınarak gelişim dönemlerine ayrılmıştır. Kişilerde her bir dönemde fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda gelişim ve değişim görülmektedir. Aynı zamanda her dönemin ihtiyacı ve özellikleri farklılık göstermektedir (118, 122). Gelişim dönemleri başlangıç ve bitiş olarak bazı kaynaklarda farklılık göstermektedir. Ancak genel olarak;

1. Bebeklik dönemi (0-2 yaşlar),
2. İlk çocukluk (oyun) dönemi (3-6 yaşlar),
3. İkinci çocukluk (ilkokul) dönemi (7-11 yaşlar),
4. Ergenlik dönemi (12-18 yaşlar) olarak kabul edilmektedir.

2.4.1. Bebeklik Dönemi (0-2 Yaşlar)

Bebeklik dönemi 0-2 yaşlar arasını kapsamaktadır. Bu dönem çocukların fiziksel, zihinsel ve duygusal açıdan en hızlı büyüyüp geliştikleri dönemi oluşturmaktadır. Yeni doğan bütün bebekler doğuştan bazı reflekslere sahiptir. Emme, tutma ve yakalama refleksleri bebeklerde doğduğu andan itibaren vardır ve çocuğun ilk biliş şemasının oluşmasını sağlamaktadır. Bebeklerin dudaklarına ve dudak çevresine dokunduğunuzda emmeye çalışır ve elini avcuna koyduğunuzda yakalar. Bu refleksler zamanla sistemli ve amaçlı hale gelir ve kendi vücutlarını keşfetmeye çalışırlar (119, 120). Bu dönemdeki çocukların kas ve kemik gelişimleri hızlı olup yürümeye çalışıp özgürce hareket edebilmeyi isterler. Bebekler dünyaya gelir gelmez gelişmeye başlar. Duydukları, gördükleri, dokundukları her şeyi algılar ve belleğe atarlar. İleriki dönemlerde bu bilgileri kullanmaya başlarlar.

Brunner'e göre 0-3 yaş arası çocuklar için ilk aşama eylemsel dönemdir. Bu dönemde çevreyi eylemler ile anlamakta ve nesnelerle doğrudan ilişki kurmaktadır. Nesnelere dokunarak, vurarak, ısırarak vs. onlarla ilgili yaşantıyı kazanmaktadırlar (122, 123). Bu dönemde bebeklerin dünyaya uyum sağlamaları ve yaşamlarını sürdürebilmeleri için gereksinimleri bulunmaktadır. Bakım, beslenme ve uyku en temel ihtiyaçlarıdır. Bebekler bu dönemde bakım veren kişiler ile bire bir ilişki kurarlar ve bu ilişki gelişimleri için oldukça önemlidir. İlk günden itibaren anne veya anne yerine geçen kişiye karşı bağımlılık oluşmaktadır. Temel ihtiyaçlarının giderilmesi ve bu süreçte aynı kişinin varlığı bebeklerin bilişsel dünyasında sürekliliği olan bir nesnenin varlığını anlamalarını sağlar (119, 124). Bu dönemde bebeğe bakım veren kişinin sürekliliği, tutarlı ve sağlıklı olması, çocuğun rahatlığı, gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmaması çocukta temel güven duygusunu oluşturmaktadır. Erikson bu dönemde psikososyal krizin temel güven ve güvensizlik olduğunu ve bu dönemin başarıyla atlatılmasının ego kimlik duygusunun temellerinin oluşmasını sağladığını

savunmuştur. Temel güven duygusunun kazandırılmasında en önemli şey bakım veren kişinin aynılığı ve sürekliliğidir (122).

Anne bebek bağının oluştuğu bu dönemde, çocuklarını gelişimini desteklemek için annelerin ilgi göstermeleri gerekmektedir. Çocuğun doğduğu andan itibaren eğitimi başlamaktadır. Çocuk bu dönemde ne kadar olumlu duyumlar alır ve çeşitli uyaranlar ile karşılaşırsa, çevresiyle o kadar olumlu ilişkiler oluşturabilmektedir. Bu nedenle bebeklik döneminde yetişkinlere önemli roller düşmektedir (122). Bebeğin bakımı, davranışları, hastalıkları ve ihtiyaçları annenin temel görevi olup bu konular hakkında bilgi eksikliği annelerde stres oluşturmaktadır. Yorgunluk, yetersizlik, sosyal çevreden olumsuz yorumlar vs. anne bebek uyumunu zorlaştırmakta ve anne bebek ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle erken dönemde annelere bebek ihtiyaçları, gelişimleri, bakımları ve sağlık-hastalık durumlarına yönelik verilecek eğitimler anneleri olumlu yönde motive etmektedir (125).

2.4.2. İlk Çocukluk (Oyun) Dönemi (3-6 Yaşlar)

İlk çocukluk dönemi, okul öncesi dönemi içeren oyun dönemini oluşturmaktadır. Çocuğun tam anlamıyla çevresine yöneldiği ve dünyayı keşfetmeye çalıştığı, bolca uyaranın olduğu bir dönemdir. Çocuklar bu dönemde yaşamın en temel becerilerini kazanmaya başlamaktadır. Bu dönemde bağımlılık azalmakta ve hareketlilik artmaktadır. Bedensel gelişim yavaşlamış ve öz bakım becerileri gelişmeye başlamıştır. Giyinme, tuvaletini yapma ve anlatım gücü yani dil kullanımı bu dönemin özelliklerini oluşturmaktadır.

Motor beceriler hızla gelişirken fiziksel olarak boy uzaması, kilo artışı, kas ve kemik gelişimi görülmektedir. Hareketliliğin artması sinir sisteminin gelişimini de önemli ölçüde etkilemektedir (122). Arkadaş arama, akran ilişkileri kurma, grup oluşturma, cinsiyet ayrımı başlamaktadır. Bu dönemde çocuklar sosyalleşmeye başlar. Arkadaşlık kurma, yeni insanları tanıma, öğrenme ve onlarla iletişim kurma becerileri kazanır. Ebeveyn gözetimi olmadan oyunlar oynayabilir, evde özgür hareket edebilir. Atlama, zıplama, kayma, sallanma, yazma, kesme vs. motor becerilerini geliştiren aktiviteler bu dönemin önemli özelliklerindendir (126). Dil ve kavram gelişimi oldukça hızlıdır. Soru sorulduğunda cevap verir, kendi kendine konuşabilir, konuşulan

konuyu değiştirir ve neden, niçin gibi sorular sorar. Çocuklar bu dönemde semboller üretmeye başlar ve nesneler ile ilişki kurarlar. Bu dönemde çocuklar bencil ve ben merkezli bir yapıda olurlar. Çevredeki farklı görüşleri kabul etmezler tek doğruları kendi fikirleridir. Mantıklı düşünemezler, gördüklerinin etkisinde kalırlar. Piaget'e göre işlem öncesi dönemde çocuklar bilişsel yapıları kavrayamazlar. Miktar, ağırlık değişimini kabul edemez, parçayla bütünü ayır edemezler. Tek yönlü sınıflandırmalar yapabilirler. Soyut kavramları anlayamazlar ancak dönem sonuna doğru ben merkezci düşünce azalır, somut düşünce dönemine hazırlık başlar ve dili amaca yönelik problem çözmeye odaklı kullanırlar (119,123,126).

2.4.3. İkinci Çocukluk (İlkokul) Dönemi (7-11 yaşlar)

İlkokul dönemi, 7-11 yaş çocuğunun ev ortamından çıkıp, dış dünyaya açılması en belirgin özelliğidir. Topluma ve çevreye dahil olduğu dönemdir. Bu dönem çocukların özelliklerini incelerken; zihinsel ve fiziksel gelişme, sayısal becerilerin kazanılması, okul ve arkadaşlık ilişkileri ön plana çıkmaktadır. Fiziksel, bilişsel ve sosyal becerilerinin artması bu dönem çocuklarının bağımsız olmalarını sağlamaktadır (127).

2.4.3.1. Fiziksel Gelişim

Okul döneminin başlangıcı olan bu dönem ve ilerleyen yıllar, çocuklar hem bedensel bende zihinsel olarak önemli ölçüde gelişirler. Tırmanmak, koşmak, bisiklete binmek gibi becerileri rahatlıkla yapabilirler. Enerjileri yüksektir ve çevrelerindeki tehlikeleri fark edemeyebilirler. Kas kontrolleri zayıftır. El becerileri tam gelişmediği için ince işleri yapamazlar. Bu dönemde çocukların fiziksel gelişimi yavaşlar ancak 10 yaşından sonra tekrardan hızlanmaktadır. Kız çocuklarında büyüme, erkek çocuklarına göre daha hızlı görülmektedir. Kızlarda ani boy uzaması ile cinsiyet özellikleri belirginleşmeye başlar. Erkek çocukları ise kız çocuklarına göre daha küçük bir görünüme sahip olurlar.

Çocuklar bu dönemde öz bakım becerilerini kazanmaya başlarlar. Sağlıklarını korumaya yönelik sorumluluk alabilirler. Diş fırçalama, el yüz yıkama, hijyen, beslenme vs. gibi olumlu sağlık davranışlarını kazanabilirler (63,127).

2.4.3.2. Bilişsel Gelişim

Bu dönemde çocuklar okul öncesi dönemden çok farklı düşünmektedir. Çocukların bilişsel gelişimi çok hızlı değişim göstermektedir. Problemleri tek boyutta değil diğer boyutlarını da fark edip, çözüme yönelmektedirler. Piaget'e göre 7-11 yaş dönemi çocuklar, somut işlemler dönemine geçmiştir. Sayısal kavramlar, ilişki kurma, zihinsel olarak problemleri çözebilme gibi düşünme yeteneği gelişmiştir. Ancak soyut düşünce yerine problemleri somut nesneler ile bağdaştırarak düşünürler. Somuttan soyuta geçiş yaparak hayal ve gerçeği ayırt edebilirler. Üst düzey sınıflama ve sıralama yapabilir. Bu dönemde çocuk bütünü ve parçaları ayırt edebilir. Bütünden bir şey çıkarıldığında veya eklendiğinde aynı kaldığını miktarını koruduğunu düşünmektedir. Toplamanın zıttı çıkarma, çarpma ve bölme ilişkisini kavrayabilir. Tüm bu zihinsel işlemleri somut düzeyde yapmalarına rağmen geniş bir mantıksal akıl yürütmektedirler (119, 123, 126, 128).

Duygusal tepkilerini ve ağlamaları azalmış, duygularını denetlemeyi öğrenmiştir. Çocuğun kelime haznesi ve konuşma becerisi bu dönemde çok gelişmiştir. Yazı yazmaya olan ilgileri azalmıştır. Bu dönemde çocuklar gördükleri davranışları benimserler yani rol model seçmeleri onlar için oldukça önemlidir. Bir davranışı öğretmek için konuşmak veya anlatmak çok da etkili olmamaktadır. Ancak davranışı görürse öğrenmektedir. Bu dönemde çocuklar kararlarını mantıksal çerçevede vermez, gözlemlerine ve deneyimlerine dayanarak karar verirler (127).

2.4.3.3. Psikososyal Gelişim

Bu dönemde çocukların okula başlaması ve topluma karışmaları ile bağımlılıkları azalmıştır. Yeni şeyler öğrenmek, keşfetmek, denemek ve beceriyi kazanabilmek istemektedir. Arkadaşlarıyla hem oynamak isterler hem de rekabet ederler, üstünlük çabası gösterirler. Kız ve erkek çocuklar gruplaşarak oynamayı daha çok tercih ederler. Okul ortamı, arkadaşlık ilişkileri bu dönemde çocuklar için çok önemlidir. Okula uyum sürecinde arkadaşların etkisi çoktur. Erikson çocuğun bebeklik döneminde temel güven duygusunu kazanmasıyla, okuldaki başarısı arasında ilişki olduğunu düşünmektedir. Temel güven duygusunu kazanan çocuk okul ortamına ve derslere alışma süreci kolay ve derslerinde başarılı olmaktadır.

Temel güven duygusunu kazanamamış olan çocuk ise bu süreçte tam başarı gösteremez ve öğrenme aşamalarını korkuyla karşılayabilmektedir. Kız çocukları sözel olarak erkekler ise davranış olarak saldırgan olabilirler. Bu dönem çocukları öğretmenlerini rol model alırlar (63,119,129).

Çocuklar yeni bir şeyler üretmek, yaptığı işlerde başarı kazanmak ve beğenilmek, çevresinde bulunan kişiler tarafından takdir edilmek isterler. Ancak bu dönemin çocukları beceriksiz veya aile, öğretmen ve arkadaşlarının beklentilerini karşılamak için okul ve sosyal hayatlarında başarılı olma zorunluluğunu da hissedebilirler. Çocuklar görev ve sorumlulukları yerine getirdiğinde başarma duygusunu kazanırken, yerine getiremediğinde veya eksiklik hissettiklerinde aşağılık kompleksine girebilirler. İlkokul dönemi çocukların psikososyal gelişimi, Erikson'un gelişim evrelerinden başarıya karşı aşağılık duygusu dönemini içermektedir (129, 130). Bu dönemde çocuğa çalışma isteğinin oluşturulması ve başarma hissinin tattırılması önemlidir. Ebeveynler ve öğretmenler çocuğun başarılı olduğu alana yönlendirilmesi ve başarıya karşı aşağılık duygusuna kapılan çocukların bu duyguyla baş etmelerinde yardımcı olmaları gerekmektedir. Bu süreçte çocuklar ile kurulan iletişim önemlidir. Çocuk motive edilmeli, istenilen veya beklenilen ne ise doğru bir şekilde söylenmelidir (63, 129). Bu dönemde çocukların çevresinde bulunan kişiler çocukların eksik yönlerini güçlendirmeye yönelmelidir. Çocukta sosyalleşmenin başlamasıyla anne babanın tutumu önemlidir. Ebeveynler çocuk ile kabul eden veya onaylayan ilişkiye sahip olmaları gerekmektedir. Bu durumda çocukta sorumlu ve kendisini denetleyebilecek bir kişiliğin gelişmesi sağlanır. Tam tersine çocuk ile baskı oluşturulan, reddedilen veya onaylanmayan bir ilişkinin kurulması, çocuklarda saldırgan, güvensiz ve utangaç kişiliğin gelişmesine neden olmaktadır. Çocukların her bir dönemi güvenle geçmeleri önemlidir. Çocukların bu dönemde kazandığı duygular, yaşamlarının ileriki süreçlerinde kişilik gelişimini etkilemektedir (119).

2.4.3.4. Cinsel Gelişim

Çocuklarda okul öncesi dönemde cinselliğe daha fazla ilgi duyulurken okulun başlamasıyla ilgi ve merak azalmaktadır. İlkokul dönemi çocuklar, bir önceki dönemde görülen cinsel dürtü ve hazları çocuk unutur dikkatini okuldaki faaliyetlere vermektedir. Ancak cinsel ilgi ve duygular halen bulunmaktadır.

Freud'a göre bu dönemde çocuk cinsel dürtülerinin üzerini örtmekte, fallik dönemdeki cinsel duyguları hatırlamaktan kaçınıp latent dönemine girmektedir. Latent dönemi altı yaşından itibaren başlayıp ergenliğin ilk yıllarına kadar devam etmektedir. Bu dönemde çocuklar karşı cinsten kaçınarak hem cinsleri ile arkadaşlık kurmak isterler (130). İlkokul dönemi çocuklarda aynı zamanda cinsel organlarında gelişme ve cinsiyet özelliklerinde değişiklikler görülmektedir. Bu durumda çocuklarda, paniğe kapılma, suçluluk veya soğukkanlı olma gibi tepkiler görülmektedir.

Çocuk, çevresinin verdiği tepkilerinden ve cinselliğe yönelik tutumlarından etkilenir ve örnek almaktadır. Kız çocuklarında anneye, erkek çocuklarında babaya yönelme olur ve rol model alırlar (63). Bu dönemde öğretmen, arkadaş ve ailenin iletişimi çocukta kişiliğin toplumsal yönünü oluşturmaktadır. Öğretmen ve ebeveynler çocuğun cinsel gelişim hakkında bilgilendirmeli ve çocuğa bu durumunun yaşam boyu süren bir süreç olduğu açıklanmalıdır. İlkokul döneminde cinsel gelişimlerini olumlu yaşantılar ile geçiren çocukların, bir sonraki dönem olan ergenlik döneminin sorunları ile baş etmeleri daha kolay olmaktadır (130, 131).

2.4.3.5. Ahlak Gelişimi

Ahlak gelişimi yaşa bağlı dönemler boyunca gelişir ve bu dönemdeki çocuklar içinde önemli bir gelişim alanını oluşturmaktadır. Ahlak kişilerin doğru ve yanlış arasındaki farkları bilip, doğruların değerlendirildiği ilkelerden oluşan sistemdir. Kişilik gelişiminde önemli bir dönemdir. Ahlak, kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesinde, toplumsal düzen ve huzurun sağlanmasında etkilidir. Ahlak sosyal çevrenin etkisiyle öğrenilmekte veya değişebilmektedir. Çocukta ahlak gelişimi ise toplumun kuralları doğrultusunda, doğru ve yanlışa göre kendi kişisel değerlerini oluşturdukları süreçtir (132). Piaget, çocuğun bilişsel gelişimine bağlı olarak ahlak yargısının gelişimini de açıklamıştır. Piaget çocukların ahlak gelişimini belirleyebilmek için çocukların oyunlarını, kurallarını, cezalarını ve eşitlik anlayışları hakkında değerlendirmeler yapmıştır. Sonuç olarak da ahlak gelişimi, iki olgunun gerçekleşmesine, karşılıklılık ve özerklik ilkelerinin birbirini tamamlamasına bağlamıştır. Özerklik kendini tanımayla, kendini tanıma ise iletişim kurularak sağlanmaktadır (133). Piaget'in kuramına göre; özerk ahlak evresi 9-11 yaşları kapsamaktadır. Bu dönemin çocukları kuralları insanların belirlediği ve değiştirilebilir

olduğu inancındadır. Davranışların somut özelliklerine bakmak yerine niyetlerine göre ahlaki değerlendirmelerde bulunmaktadırlar. Ayrıca Piaget'e göre kız çocukları erkek çocuklarına göre kurallara daha duyarlılardır (63, 133).

2.4.4. Ergenlik Dönemi (12-18 Yaşlar)

Ergenlik dönemi, bilişsel, fiziksel, duygusal ve cinsel süreçlerin gelişmesiyle birlikte psikososyal olgunlaşmanın görüldüğü dönemdir. Olgunlaşma, yetişkinliğe doğru büyüyen anlamına gelen "adolescence" teriminden gelen adölesan, ergenlik ile aynı anlama gelmektedir. Ergenliğin başlama ve bitiş zamanları kuramcılara göre farklılık gösterse de çocukluk döneminden yetişkinliğe geçiş sürecini kapsayan bu dönem 10-19 yaşlar arası kabul edilmektedir. Adölesan nüfusu dünya nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Türkiye'de adölesan nüfus sayısı 12 milyondan fazla olduğu belirlenmiştir. Adölesan sağlığının korumak ve geliştirmek dünya sağlığı için önemli yer almaktadır (134, 135).

Ergenlik döneminde bilişsel, fiziksel, duygusal ve cinsel süreçlerde gelişim, psikososyal olgunlaşma görülmektedir. Bu süreç çevreleri ile etkileşimlerini, hislerini, düşünce ve karar vermelerini etkilemektedir. Ergenlik döneminde çocuklar kendini yeniden tanımlayarak, yeni kimlik duygusu ile toplum içinde yer almak zorunda kalır. Duygusal coşku, sağlam olmayan ilişkiler, kolayca etkilenme, ilgi çekme, agresif davranışlar vs. bu dönemin en temel özellikleridir. Ergenlik döneminin başlangıç ve bitiş özellikleri farklılık gösterdiği için "erken ergenlik", "orta ergenlik" ve "geç ergenlik" olarak üç dönemde ele alınmaktadır (23, 119, 136).

2.4.4.1. Erken Ergenlik Dönemi

Buluğ çağı olarak adlandırılan erken ergenlik dönemi 10-14 yaşlar arası dönemidir. Bu dönemde ergenlerde fiziksel, bilişsel ve cinsel gelişimi görülmektedir. Bu dönemde salgılanan hormonların etkisiyle sekonder seks (erkek ve dişiye ait) karakterleri görülmeye başlar (122, 134). Bu dönemin en belirgin özelliği hormon düzeylerindeki artışa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sürecin hızlanmasıdır. Hormonlardaki artış duygu ve davranışlarda değişime neden olur. Erkek çocukları kızlardan 2 yıl sonra bu döneme geçerler. Çocuksu görünüm geride kalır ve erişkin görünüme geçiş başlar (23). Fiziksel ve fizyolojik olarak boy uzaması, beden kitle

indeksinde artış görülmektedir. Üreme organların yapısında olgunlaşma ve değişme, cinsiyet özelliklerinin belirginleşmesi, tüylenme, kızlarda kalça büyümesi ve erkeklerde omuz genişlemesi vs. cinsiyet özellikleri görülmektedir. Bu dönemde ergenlerin en büyük uğraşları bedenleridir. Fiziksel gelişime uyum ve baş etme çabaları, gelişen cinsel kimliğe alışma süreci görülmektedir (122, 137).

Erken ergenlik döneminde ben merkezcil düşünce tekrardan ortaya çıkmaktadır. Duygularda dalgalanma, ani sinirlenmeler veya duygusallıklar görülmektedir. Olgunluğa geçiş aşamasına hızla girilmesiyle karmaşa, yetersizlik ve güvensizlik duyguları hâkim olmaktadır. Bu durum ergende istenmeyen davranışların görülmesine neden olmaktadır. Sosyal becerilerin ortaya çıktığı bu dönemde sosyal olma ergenler için oldukça önemlidir. Bu dönemde zaman zaman yalnız olmayı seven ergenler, aileye olan bağımlılıkları azalmaktadır. Arkadaş grupları ile sosyal çevresini belirleme ve otoriteye karşı başkaldırı, bağımsızlık veya itaat gibi duygu karmaşası yaşanabilmektedir. Yakın arkadaşlık ilişkileri kurulur, grup aktiviteleri ilgi alanlarını etkilemektedir (23, 123, 137, 138).

Piaget'e göre erken ergenlik dönemi, 11 yaşından sonra gelen soyut işlemler dönemini oluşturmaktadır. Soyut düşünmenin başlaması ile ergenlerin ilgini felsefi, dini, politika, ölüm vs. gibi konular çekmektedir. Bu kavramlar üzerinde fazlaca düşünmeye başlar ve bu konularda tartışmak isterler. Soyut işlemlerde akıl yürütebilir, görüşlerini sistemli olarak belirleyebilir ve kuramlar geliştirebilirler. Gelecek kaygıları başlar ve zamanın geçmekte olduğunu fark etmeye başlarlar (123, 137). Bu dönemde ergenlerde beynin olgunlaşması ile soyut işlemlerin yapılmasına uygun hale gelmektedir. Ancak ergenlerdeki bu gelişme çevreninde etkisine bağlı olarak değişmektedir. Yani beynin olgunlaşması ile soyut işlemlerin ve düşünceleri gerçekleştirecek bir çevreninde bulunması gerekmektedir (119).

2.4.4.2. Orta Ergenlik Dönemi

Orta ergenlik dönemi 15-17 yaş gruplarını kapsayan bir süreçtir. Bu dönemde bedensel ve bilişsel gelişim tamamlanmıştır. Aile ilişkileri azalmış, arkadaşlık ilişkileri önem kazanmaya başlamıştır. Bu dönemde ergenler arkadaşlarıyla fazlaca zaman geçirmek isterler. Arkadaşlarını duygularını, ilgilerini, değerlerini, deneyimlerini ve

fikirlerini paylaşabilecekleri kişilerden seçerler. Her konuda birbirlerinden etkilenirler. Hangi kıyafeti giyeceği, nasıl ders çalışacağını, hangi müzik türünü dinleyeceğini, konuşurken dili kullanma gibi birçok konuda arkadaşları etkili olmaktadır (23, 134). Soyut düşünmeyle deneyimlerini birleştirip, iç görü geliştirebilmektedir. Ergenlerin cinsel kimliğinin geliştiği bu dönemde karşı cinsle ilişki kurmaya başlarlar. Kurula ilişkiler kısa süreli olmaktadır. Vücut görünümünün benimsenmesiyle erkek veya kız olarak kendini tanımaya ve uygun toplumsal rolleri kazanmaya başlarlar (134).

Bağımsız olma düşüncesiyle ebeveynlerinden uzak durma, arkadaş gruplarına dahil olma başlar. Bu dönem aile ve ergen arasında çatışma olduğu için ergenlerin ebeveynleri için zor olabilmektedir. Bir gruba dahil olma düşüncesi, diğer gruplara karşı korunma gereksinimi ergenlerde gruplaşmaya teşvik etmektedir. Bu dönemde farklı gruplara katılma ve değişik arkadaşlıkların kurulabildiği için riskli olmaktadır. Ergenlerin yetişkinleri taklit etme, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklara başlamaya eğimli oldukları dönemdir. Aynı zamanda bu dönem ergenlerinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelikler, kazalar ve intiharlar görülmektedir (139-141).

2.4.4.3. Geç Ergenlik Dönemi

Geç ergenlik dönemi 18-21 yaşlar arası kimlik gelişiminin tamamlandığı dönemdir. Bu dönemde büyüme ve gelişme tamamlanmış, cinsel kimlik gelişmiş, fiziksel değişiklikler kabul edilmiş ve kuşkular kaybolmuştur. Soyut düşünme yerleşmiş, geleceğe yönelik kararlar verebilmekte ve sosyal olgunluğa erişilmiştir (141). Ergen bu dönemde kendini daha iyi tanımakta ilgi alanlarına yönelik akademik ve sanatsal faaliyetlere katılmaktadır. Yeteneklerini keşfeder, kendi seçimlerini yapabilmektedir.

Ebeveynler ve ergen arasında çatışma son bulur ve yeni değer, roller benimsemektedir. Toplumdaki erişkin rollerini üstlenerek sorumluluk alabilmektedir. Sorunlarla karşılaştığında baş edebilir. Ergenler bu dönemde ileriye yönelik planlar yapmaktadır. Meslek ve eş seçimi yapabilmektedir. Geç ergenlik döneminde aşk, sevgi vs. duygular daha gerçekçi, karşı cinsle olan ilişkiler uzun sürelidir. Arkadaş grupları orta ergenlik dönemine göre biraz daha önemini kaybeder. Bireysel ilişkiler ve samimi arkadaşlıklar ön plana çıkmaktadır (137, 139, 140). Geç ergenlik döneminde kimlik

duygusu kazanılmaktadır. Ergenlik döneminin sonuna doğru cinsel, toplumsal ve mesleki kimlik gelişimini tamamlayamayan ergenlerde kimlik karmaşası yaşanmaktadır. Bilişsel ve ahlak gelişimi ergenlik dönemi boyunca devam etmektedir. Ahlak duygusu geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde tamamlanmaktadır (137, 139).

2.5. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARINI KAZANDIRMADA HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Halk sağlığı hemşireliği toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, hastalığın ve sakatlığın önlenmesini amaçlamaktadır. Halk sağlığı hemşireleri bireylerin bulunduğu her alanda sağlık kurumlarında, evde, işyerlerinde, cezaevinde, okullarda vb. topluma yönelik sağlık hizmeti vermektedir (142, 143).

Halk sağlığı hemşirelerinin bir alanı olan okul sağlığı hemşireleri ise ergenlik dönemi çocukların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olmalarını ve sağlık durumunu korumalarını amaçlamaktadır. Okul sağlığı hemşirelerinin, okul sağlığının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, mevcut sağlık düzeyinin belirlenmesi ve iyileştirilmesi, okulda ve okul çevresinde sağlığı tehdit edecek unsurların tespit edilmesi ve engellenmesi, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması için eğitim faaliyetlerinin planlanması ve yürütülmesi, vs. gibi işlevleri bulunmaktadır (144, 145).

Bireylere yaşamlarının erken dönemlerinden itibaren olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması gerekmektedir. Çocukluk ve ergenlik dönemi, hastalıkların erken teşhisi ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, toplumda birincil ve ikincil korumaya yönelik sağlık hizmetlerinin kazandırılmasında önemli bir yer tutmaktadır. Kişilerin erken dönemde olumlu sağlık davranışlarını kazanmaları yaşamları boyunca ve ileriki yıllarında oluşabilecek hastalık ve sakatlık riskini azaltacaktır (146). Güneşten korunma davranışları, özellikle okul çağı dönemi çocuklarının kazanması gereken sağlık davranışlarıdır. İlkokul ve ortaokul dönemi çocuğu okullarda ders aralarında bahçede, hafta sonları ve diğer tatil günlerinde dışarıda olmayı ve arkadaşları ile oyunlar oynamayı sevmektedir. Gelişim süreçlerine bakıldığında bu dönem çocuklar ev ortamından çıkıp okul döneminin başlamasıyla

topluma karışmaktadırlar. Sosyal ve arkadaş çevresi gelişmekte, açık alanda oynanan oyunlar ve dışarı aktiviteleri artmaktadır (127). Böylece okul dönemi çocukları güneşe daha fazla maruz kalmaktadır. Buna paralel olarak çocukluk döneminde görülen ciddi güneş yanıkları melanom riskini iki kat artırmaktadır. Çocukluk döneminden itibaren güneşten korunma davranışlarının rutin olarak benimsenmesi, yaşam boyu alışkanlıklarının geliştirilmesinde etkili olmaktadır. Bu nedenle erken dönemde güneşin zararlı etmenlerinden korunmak, kişilerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde cilt kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir (36, 147, 148).

Deri kanserlerinin en önemli değiştirilebilen risk faktörü yoğun UV radyasyonuna maruz kalmaktır. Bireyler, çocuk ve ergenlik döneminden itibaren kendilerini güneşten ve diğer UV kaynaklarından korumalı ve güneşten korunma davranışlarını uygulamaları gerekmektedir (148). Okul sağlığı hemşireleri, güneşten korunmaya yönelik olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında etkili sağlık programlarını planlayıp uygulayacak en önemli kişilerdir. Aynı zamanda okul sağlığı hemşireleri sağlığı koruma ve geliştirme kapsamında okul ve okul çevresinde koruyucu önlemleri almaları gerekmektedir. Ayrıca, bu konuda bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmeye yönelik sağlık eğitimleri, projeler, sağlık uygulamaları planlayıp yürütülmelidir (23, 36, 144).

Okul çağı çocuklarının güneşten korunma davranışları eğitimleri için riskli grubu oluşturmaktadırlar. Okul sağlığı hemşireleri cilt kanseri ve risk faktörleri, güneşten korunma davranışları hakkında bilgi sahibi olmaları ve öğrencileri bu konuda bilgilendirmesi gerekmektedir. Okul tabanlı eğitim programları kapsamında yürütülecek güneşten korunma eğitimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Okul bahçelerinin gölge alanlarını değerlendirmeli, yetersiz bölgeleri bildirmeli ve öğrencilerin gölge alanlarda kalmalarını sağlamalıdır. Koruyucu giysilerin giyilmesi, güneş koruyucu ürün kullanılması, şapka ve gözlük kullanımı gibi diğer güneşten korunma davranışlarını önermelidir (63, 114, 149). Deri kanserinin önlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, çocuklarda güneşten korunma davranışlarının geliştirilmesi için ebeveynlere odaklanılmasının önemi belirtilmiştir. Çocuklar gelişim dönemlerinde birçok kişiyi kendilerine rol model almaktadırlar. Onlar için en iyi rol model ebeveynleridir. Sümen ve ark. Sosyal Bilişsel Teori kavramsal çerçevesine

dayanarak Çocuğumu Güneşten Koruyorum Programı'nı (ÇGKP) geliştirmişlerdir. Programın amacı ebeveynlerin güneşten korunma davranışlarının uygulanmasında çocuklarına rol model olmaları açısından etkili olmalarını sağlamaktır (36, 149). Sonuç olarak, halk sağlığı hizmetlerinin bir parçası olan sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi amacıyla güneşten korunma davranışları cilt kanserini önleme konusunda etkili olmaktadır. Bu sağlık davranışları çocukluk döneminden itibaren uygulanması gerekmektedir.

Çocukların en iyi rol modelleri olan ebeveynlerin, deri kanseri ve erken tanısı hakkında bilgilendirilmeleri ve güneşten korunma davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir. Halk sağlığı hemşireleri bu konuda aktif ve etkili rol alabilirler (36, 149).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, 10-14 yaş aralığında bulunan ortaokul öğrencisine sahip ebeveynlere deri kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, ebeveynlerin bilgi düzeyine ve çocuklarını güneşten koruma davranışlarına etkisi belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel araştırma olarak yürütülmüştür. Randomize kontrollü çalışmaların raporlanması için geliştirilen CONSORT kılavuzu rehber alınmıştır (150) (Bkz. EK1).

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN VE YER ÖZELLİKLERİ

Araştırma Mart 2020 – Haziran 2021 tarihleri arasında Ankara'nın Keçiören ilçesinde bulunan benzer sosyo-demografik özelliklere sahip iki farklı ortaokulda (Yalçın Eskiyapan Ortaokulu ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu) eğitim gören öğrencilerin ebeveynleri ile yapılmıştır.

Yalçın Eskiyapan Ortaokulu, bir okul müdürü, üç müdür yardımcısı, 65 öğretmen ve 1091 öğrenciye sahip bir devlet okuludur. Okulda 17 derslik, bir atölye, bir spor salonu, bir fen laboratuvarı, bir bilişim teknolojileri sınıfı ve bir kütüphane bulunmaktadır.

Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu ise bir okul müdürü, üç müdür yardımcısı, 80 öğretmen ve 1258 öğrenciye sahip bir devlet okuludur. Okulda toplam 22 sınıf, iki atölye, bir konferans salonu, bir spor salonu, bir fen laboratuvarı ve bir bilişim ve teknolojileri sınıfı bulunmaktadır.

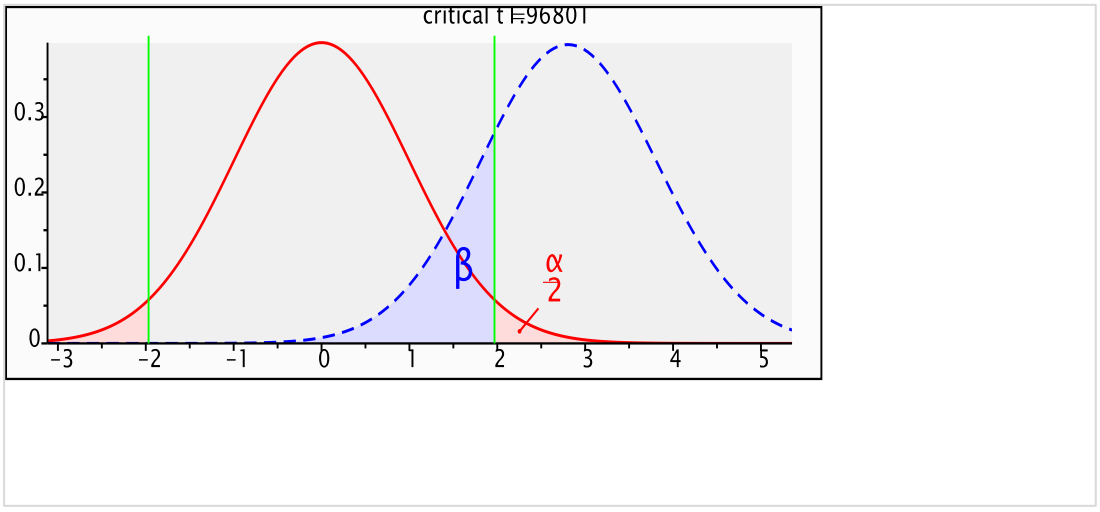
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın genel evrenini Ankara Keçiören ilçesinde İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 84 ortaokul oluşturmuştur. Araştırmanın evrenine seçilecek okullar, araştırma öncesi yapılan örneklem hesabına karşılık ebeveynler yerine mevcut öğrenci sayıları göz önünde tutularak tüm okullar listelenmiş ve kura yöntemiyle araştırmanın yapılacağı iki okul (Yalçın Eskiyapan Ortaokulu ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu) belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini Yalçın Eskiyapan Ortaokulu

ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu'nda öğrenim gören öğrenciler (n=2349) oluşturmuştur. Ancak araştırmanın hedef kitlesi ebeveynlerdir.

Veri toplama sürecinin sonunda sağlıklı tahminler üretilmesine imkân sağlayacak yeterli sayıda örnek hacminin belirlenmesi gerekmektedir. Örnek hacmi belirlenirken literatürde daha önce gerçekleştirilmiş çalışmaların sonuçları veya ilgili alanda genel kabul görmüş etki büyüklükleri (effect size) alınmıştır. Örnek hacmi hesaplamalarında G*Power 3.1 paket programı kullanılmıştır. Güç analizi bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır.

Konuyla ilgili daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş ve örnek hacmi hesaplamalarında "Nursing Student's Awareness on Skin Cancer" başlıklı makalede sunulan sonuçlar dikkate alınarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır (151). Hesaplamalar neticesinde testin gücü (1-β) = 0,80'i sağlayacak örnek hacmi deney ve kontrol gruplarında 149'ar kişi olmak üzere toplamda minimum 298 kişi olarak belirlenmiştir (α=0,05, β= 0.80, effect size= 0,325). Bu nedenle araştırmamızın örneklemi 300 kişi olarak planlanmıştır (şekil 3.1.). Ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle araştırmada kayıp yaşanmış ve 240 ebeveyn ile tamamlanmıştır. Araştırma süresince örneklemden %20 kayıp verilmiştir. Ancak DKGBÖ toplam puan değişkenine göre çalışmanın post hoc power'ı 0,92 olarak bulunmuştur.



Şekil 3.1. Örnek hacmine ait çift yönlü G*Power analizi

Randomizasyon: Uygulamalardan grupların etkilenmemesi amacı ile öncelikle okulların randomizasyonuna gidilmiştir. Okullar kapalı zarf usulü kura yöntemi ile Müdahale Grubu (Eğitim Grubu) ve Kontrol Grubu'na ayrılmıştır. Yalçın Eskiyapan Ortaokulu (Grup I) Eğitim Grubu, Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu (Grup II) Kontrol Grubu olarak atanmıştır. Seçim yanlılığını azaltmak ve sonuç değişkenleri üzerinde etkisi olabilecek değişkenlerin kontrolü amacıyla müdahale ve kontrol gruplarına; öğrenci isimlerini ve özelliklerini bilmeyen bir istatistik uzmanı tarafından randomize atama yapılmıştır. Araştırmaya dâhil olacak öğrencilerin belirlenmesinde; öğrenci listeleri ve Excel 2016 programı kullanılmış, Basit Seçkisiz Örnekleme (Simple Random Sampling) yapılmıştır. Uzman tarafından gruplara atanan öğrenci listeleri girişimler başlamadan önce araştırmacıya iletilmiştir. Öğrenciler seçilerek her öğrencinin bir ebeveyni araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Çıktıları değerlendiren araştırmacı grupların belirlenmesinde körlenmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- 10-14 yaş aralığında çocuğu olan anne/baba olmak,
- İletişime ve iş birliğine açık olmak,
- Okuma yazma biliyor olmak,
- İnternet ve akıllı telefona/tablet/bilgisayar vs. ulaşabilir olmak

3.3.2. Araştırma Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yazılı ve sözlü iletişime engel olabilecek bir duruma sahip olmak,
- 10-14 yaş aralığında çocuğa sahip olmamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- İnternet ve akıllı telefona/tablet/bilgisayar vs. ulaşamamak.

3.4. VERİ TOPLANMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri,

- Sosyodemografik form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu (Bkz. EK 2),

- Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) (Bkz. EK 3),
- Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ) (Bkz. EK 4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu

Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (17, 34, 75, 151-155). Öğrenci ve ebeveynlerin sosyo-demografik bilgi formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, ebeveyn eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çocuk sayısı, çocuk yaşı, çocuk cinsiyeti, çocuğun öğrenim gördüğü okul ve sınıfı) 11 sorudan, deri kanseri risk faktörlerini oluşturan özellikleri (saç rengi, göz rengi, ten rengi, Fitzpatrick deri tipleri, yüz ve vücutta bulunan çil, leke ve ben durumu, doğuştan leke bulunma durumu, deri kanseri öyküsü), erken dönemde deri kanseri tespit etme ve KKDM yapma durumunu belirleyen 13 soru ve KKDM Bilgi Formu 8 soru olmak üzere toplamda 32 sorudan oluşmaktadır.

Fitzpatrick Deri Tipleri: İnsanların derileri UV ışınlarına karşı farklı hassasiyet göstermektedir. Kişilerin saç rengi, göz rengi, deri rengi, çillenme ve benlerin bulunması gibi fenotipik özellikleri bu farklılığın bir yansımasıdır. Fitzpatrick, bu fenotipik özellikleri ve bireylerin güneş maruziyeti sonrası deri reaksiyonlarını değerlendirerek bir "Deri Tipi Sınıflandırma Sistemi" geliştirmiş ve buna kendi ismini vermiştir (75, 156, 157). UV hassasiyetindeki bu farklılık, deri kanseri gelişiminde de genetik bir yatkınlık oluşturmaktadır.

TABLO 1: Fitzpatrick deri tipleri.

Fitzpatrick deri tipi	Fenotip	Epidermal/eumelanin	Ultraviyole ışınına deri yanıtı	Kanser riski
I	Deri rengi çok açık beyaz, Çillenme mevcut Kuzey Avrupa/İngiliz	+/-	Her zaman yanık gelişimi Hiçbir zaman bronzlaşmaz	++++
II	Deri rengi beyaz Avrupalı/İskandinav	+	Kolay yanık gelişimi Minimal bronzlaşma	+++/++++
III	Deri rengi beyaz-açık kumral arası Güney veya Orta Avrupalı	++	Bazen orta derecede yanık Orta derecede bronzlaşma	+++
IV	Deri rengi açık kumral Akdenizli, Asyalı veya Latin	+++	Minimal yanık gelişimi Kolay bronzlaşma	++
V	Deri rengi kumral Hintli, Latin, Arap, Amerika yerlisi	++++	Nadir yanık gelişimi Kolay ve fazla bronzlaşma	+
VI	Deri rengi siyah Afrikalı, Aborjin	+++++	Yanık gelişmez Kolay ve şiddetli bronzlaşma	+/-

Kaynak: (75)

Şekil 3.2. Fitzpatrick Deri Tipi Sınıflandırma Sistemi

Fitzpatrick, deri rengi, melanin pigmenti içeriği ve UV hassasiyetine göre deriyi altı tip olarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırma güneşe maruziyet ile güneş yanığı gelişmesi ve bronzlaşma derecesini içermektedir. Fitzpatrick deri tipi sınıflandırmasında 6'dan 1'e doğru derideki melanin pigmenti içeriği azalmakta, güneşe hassasiyet ve deri kanseri geliştirme yatkınlığı ise giderek artmaktadır (75, 156, 157).

KKDM Bilgi Formu: KKDM uluslararası kuruluşlar (Skin Cancer Foundation, AAD, British Skin Foundation vs.) ve uzmanlar tarafından oluşturulmuş, deri kanserinin erken tanısına ve farkındalık geliştirilmesine yönelik uzmanlar tarafından onaylanmış bir muayene şeklidir. Bireyin KKDM'yi kolayca yapabilmesi için yönlendiren 8 adımdan oluşan ifadeler içerir. Broşür formundaki araç, puanla ölçülebilen (evet/hayır ya da likertli) maddeler içermemektedir. Madde içermediği için bir ölçek yapısında değerlendirmek amacında değildir. KKDM adımlarını içeren form ölçek değildir. Bedenin muayenesini resimler ve yönlendirici adımlarla incelemeyi sağlayan bir broşür niteliğindedir. Bu nedenle formun değerlendirmesi bulunmamaktadır. Broşür niteliğinde olan KKDM formunu bu araştırma için 8 soruda doğru/yanlış maddeleri içermek üzere anket formuna dönüştürülmüştür. Koştu ve ark. ile 2014 yılında yapılan araştırmada; muayene adımlarının Türk okuyucuları için anlaşılır ifadeler içermesi ve kültüre özgü terimlerle anlatılmasına uygun olması için Türkçe uyarlama çalışması yapılmıştır (17, 158).

3.4.2. Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ)

Day ve ark. (2014) tarafından geliştirilen Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) yetişkinlerin deri kanseri ve güneş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere 25 maddeden oluşmaktadır (159). Ölçek yetişkinlerin beş alan ile ilgili bilgilerini değerlendirmektedir; güneşten korunma (madde 1, 16-22), bronzlaşma (madde 2-12), deri kanseri risk faktörleri (madde 13-15, 23), deri kanserinin önlenmesi (madde 15, 24) ve deri kanserinin belirtileri (madde 25) şeklindedir. Ölçek maddeleri 15 doğru-yanlış soru ve 10 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Her madde için doğru seçenek 1, yanlış seçenek 0 ile eşleştirilmektedir. Maddelerin toplanması ile elde edilen toplam puan 0-25 puan arasında değişmekte ve puanın yüksek olması yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürk Haney ve ark. (2018) tarafından yapılmıştır. Türkçe DKGBÖ'nün kapsam geçerlik indeksi (KGI) %93,71, iç tutarlık güvenirlik katsayısı (KR-20) 0,51, iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenirliği 0,52 (n=34), $p<0,001$ bulunmuştur. Ölçeğin ayırıcılık geçerliği tek maddelik soru ile değerlendirilmiş ve ayırıcılığı doğrulanmıştır ($p<0,001$) (160). Bu araştırmada ölçek iç tutarlılık katsayısı ön test için $\alpha=0,55$, son test güvenirlik katsayısı ise 0,66 bulunmuştur.

3.4.3. Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ)

EGKÖ Tripp ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir (161). Ölçek her biri 18 maddelik olan iki farklı formdan "Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği (GKÜKÖ)" ve "Güneşten Kaçınma Ölçeği (GKÖ)" formlarından oluşmaktadır. Ölçekler Sosyal Bilişsel Teoriye dayalı olarak ebeveynlerin güneş koruyucu ürün kullanımı ve güneşten kaçınmayla ilgili öz yeterlik, beklenti, norm/tutum ve engellerini sorgulamakta ve dörder alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçekte Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımı Öz-Yeterliliği (GKÜKÖ-Y) beş madde, Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımıyla İlgili Normlar/Tutumlar (GKÜKN/T) altı madde, Güneş Koruyucu Ürün Kullanımıyla İlgili Beklentiler (GKÜKB) dört madde ve Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımıyla İlgili Engeller (GKÜKE) üç madde olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır. GKÖ'nde Güneşten Kaçınma Öz-Yeterliliği (GKÖ-Y) beş maddeden, Güneşten Kaçınmayla İlgili Normlar/Tutumlar (GKN/T) dört maddeden, Bronzlaşma Beklentileri (BB) dört maddeden ve Güneşten Kaçınma

Beklentileri (GKB) beş maddeden olmak üzere toplamda 18 sorudan oluşmaktadır. Her iki formun toplamında EGKÖ toplam 36 soru içermektedir. Normlar/tutumlar, beklentiler ve engellerin psikososyal boyutları ile ilgili maddelere yanıtlar *"kesinlikle katılmıyorum"*dan *"kesinlikle katılıyorum"* arasında değişen beşli likert ölçeğine dayanmaktadır. Öz yeterlik alt boyutu ilgili maddelere yanıtlar *"hiç emin değilim"*den *"son derece eminim"* arasında değişmektedir. Ölçeğin puanlarını hesaplamak için ifadeler 1-5 aralığında puan almaktadır. Ölçeklerde her bir alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Değerlendirmede GKÜKÖ-Y, GKÜKN/T, GKÜKB, GKÖ-Y, GKN/T ve GKB ölçeklerinin yüksek puanda, GKÜKE ve BB ölçeklerinin düşük puanda olması beklenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Sümen ve Öncel (2018) tarafından yapılmıştır. Her iki ölçeğin de genel Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde Cronbach alfa değerleri ise; GKÜKÖ'ndeki GKÜK-Ö 0,86, GKÜKN/T 0,90, GKÜKB 0,79 ve GKÜKE 0,76; GKÖ'ndeki GKÖ-Y 0,90, GKN/T 0,87, BB 0,81 ve GKB 0,79 bulunmuştur (162). Bu araştırmada ölçek iç tutarlılık katsayısı ise Çizelge 3.1.'de verilmiştir.

Çizelge 3.1. Örneklemden elde edilen EGKÖ alt boyutları madde sayısı ve iç tutarlılık sonuçları

Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ)	**Alt Boyutları**	**Ön test**		**Son test**	
		Madde Sayısı	**Cronbach α**	**Madde Sayısı**	**Cronbach α**
GKÜKÖ	**Öz Yeterliliği**	5	0.926	5	0.882
	Normlar/Tutumlar	6	0.794	6	0.788
	Ürün Kullanımı Beklentiler	4	0.785	4	0.795
	Ürün Kullanımı Engeller	3	0.739	3	0.745
GKÖ	**Öz Yeterliliği**	5	0.850	5	0.843
	Normlar/Tutumlar	4	0.829	4	0.801
	Bronzlaşma Beklentileri	4	0.899	4	0.902
	Güneşten Kaçınma Beklentileri	5	0.715	5	0.740

3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmaya başlamadan önce anket formu, örneklem grubuna benzer özellik gösteren ortaokul öğrencisine sahip 24 ebeveyn ile yapılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra formun güncel hali ile araştırmaya başlanmıştır. Ön uygulama yapılan öğrenciler örnekleme dâhil edilmemiştir**.** Verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.5.2 Araştırma Grupları

Veriler, müdahale grubu ve kontrol grubu olarak belirlenen okullarda, Ocak 2021– Mayıs 2021 tarihleri arasında, dâhil edilme kriterlerini karşılayan öğrencilerin ebeveynlerinden toplanmıştır.

3.5.2.1. Müdahale Grubu (Eğitim Grubu)

Deri Kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları eğitimi verilen müdahale grubu ebeveynlere, Yalçın Eskiyapan Ortaokulu müdürü aracılığı ile ulaşılmıştır. Ebeveynlere ön test verileri (Sosyodemografik Form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu, DKGBÖ, EGKÖ) gerekli açıklamalarını içerecek şekilde Google anket formunda hazırlanıp ebeveynlere gönderilmiştir. Gerekli bilgilendirilmeler yapılmış olup, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu örneği ebeveynlere gönderilmiştir. Araştırmaya kabul eden ebeveynler onay vererek anket sorularını görebilmiştir. Verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

Ön test uygulaması sonrasında müdahale grubunda bulunan ebeveynlere Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları eğitimi PowerPoint gösterisi ile eğitim verilmiştir. Eğitimler araştırmacı tarafından 20-25 kişilik gruplar halinde toplamda beş gruba Zoom üzerinden online olarak verilmiştir. Eğitimlerin süresi yaklaşık 40-45 dakika arasında sürmüştür. Ebeveynlerin bilgisi ve izni dahilinde verilen eğitimlerden görüntüler alınmış ve Bkz. EK 5'te verilmiştir. Eğitimin içeriği literatür taraması doğrultusunda ve uzman görüşü (Halk Sağlığı Hemşireliği alanında uzman öğretim üyesi) alınarak hazırlanmıştır (17, 23, 40, 57, 63, 158, 163, 164).

3.5.2.1.1. Ebeveynlere Verilen Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranış Eğitimi

Eğitim, "Cilt (Deri) Kanseri Nedir? Cilt Kanseri Erken Tanısı ve Kendi Kendine Deri Muayenesi Nedir? Çocuğumu Güneşin Zararlı Etkilerinden Nasıl Korurum?" başlıklı PowerPoint sunusu ile verilmiştir (Bkz. EK6). Eğitimin içeriği ise;

- Kanser Nedir?
- Kansere Neden Olan Faktörler Nelerdir?
- Kanser Çeşitleri Nelerdir?
- Deri Kanseri Nedir?
  - BHK
  - SHK
  - Malign Melanom (Kötü huylu)
- Deri Kanseri Belirtileri Nelerdir?
  - ABCDE Kuralı
- Cilt Kanseri Risk Faktörleri Nelerdir?
- Cilt Kanseri Tanı ve Tedavi
- Melanoma Kimlerde Sık Görülür?
- Deri Kanseri Erken Tanısı ve Korunma Yolları Nelerdir?
  - Erken Tanı ve Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM)
  - Güneşten Korunma Davranışları'ndan oluşmaktadır.

Verilen eğitim ile ebeveynlerin,

- Kanserin nasıl bir hastalık olduğunu öğrenmeleri,
- Deri kanserini, deri kanseri çeşitlerini ve melanomayı bilmeleri,
- En sık görülen deri kanseri ve melanoma için riskli grupları öğrenmeleri,
- Deri kanseri belirtilerini, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemlerini bilmeleri,
- Çocuklarının vücudunda ve yüzde bulunan benleri ABCDE kuralına göre kontrol etmeyi kavramaları,
- KKDM adımlarını öğrenmeleri ve uygulamaları,
- Güneşten korunma davranışlarını öğrenmeleri,
- Çocuklarına güneşten korunma davranışlarını uygulamaları amaçlanmıştır.

Eğitimler yaklaşık 40-45 dakika sürmüştür. Yöntem olarak; anlatım, soru-cevap, beyin fırtınası tercih edilmiştir. Eğitimde kullanılan materyaller; slayt gösterisi ve eğitim sonrası bilgilerin pekişmesi amacıyla eğitim konusu ile ilgili renkli broşürden oluşmuştur (Bkz. EK 7). Verilen eğitimler sonrası dört ay (120 gün) izlem süresi beklenmiştir.

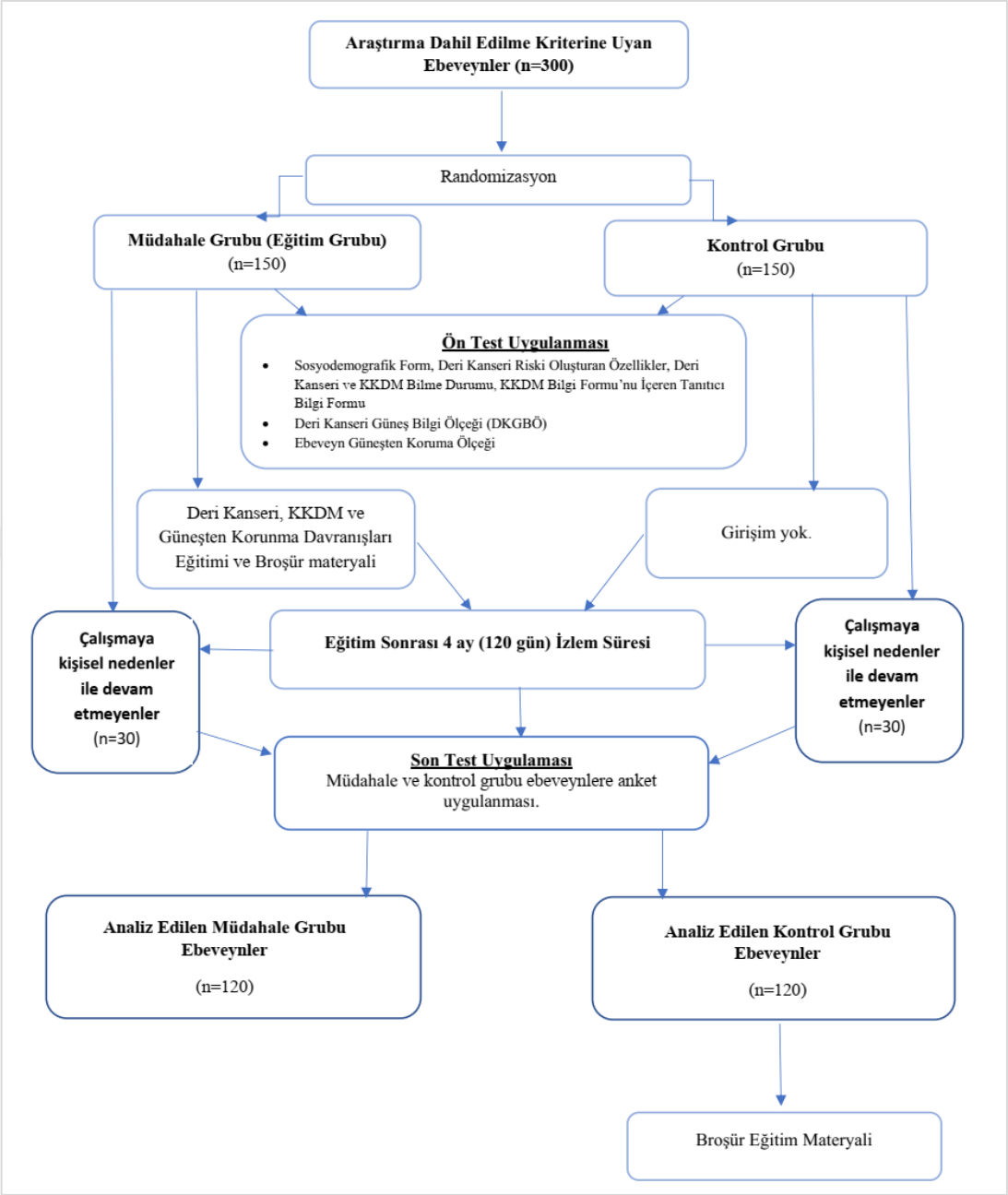
Broşür İçeriği

- Cilt Kanseri Nedir?
- Cilt Kanseri Belirtileri ve Nedenleri Nelerdir?
- KKDM ve Adımları,
- Güneşten Korunma Davranışlarından oluşmaktadır (Bkz.EK7).

3.5.2.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubu ebeveynlere, Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu müdürü aracılığı ile ulaşılmıştır. Ebeveynlere ön test verileri (Sosyo-demografik Form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu, DKGBÖ, EGKÖ) gerekli açıklamalarını içerecek şekilde Google anket formunda hazırlanıp ebeveynlere gönderilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler onay verdikten sonra anket sorularını görebilmiştir. Verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. İzlem süresi boyunca kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmamıştır.

İzlem süresi (120 gün) bitiminde, son testler (Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu, DKGBÖ, EGKÖ) eğitim ve kontrol grubuna okul müdürleri aracılığı ile Google anket üzerinden gönderilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı tekrardan hatırlatılarak, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu örneği gönderilmiştir. Anketlerin doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Son testlerin tamamlanmasından hemen sonra eşitlik ilkesi doğrultusunda kontrol grubu ebeveynlere hazırlanmış olan broşür eğitim materyali okul müdürü aracılığı ile veli Whatsapp gruplarına gönderilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın Akış Şeması

3.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin dağılımı ve ilişkileri aşağıda açıklanmıştır.

Bağımlı Değişkenler

- Cilt kanseri ve KKDM bilme durumu,
- KKDM bilgi formu,

- DKGBÖ ölçek toplam puan düzeyi,
  - Güneşten korunma alt boyutu toplam puan düzeyi,
  - Bronzlaşma alt boyutu toplam puan düzeyi,
  - Deri kanseri risk faktörleri alt boyutu toplam puan düzeyi,
  - Deri kanserinin önlenmesi alt boyutu toplam puan düzeyi,
  - Deri kanseri belirtileri alt boyutu toplam puan düzeyi,
- EGKÖ ölçek toplam puan düzeyi,
  - Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği (GKÜKÖ) ölçek toplam puan düzeyi,
    - Öz yeterlilik (GKÜKÖ-Y) alt boyutu toplam puan düzeyi,
    - Norm/tutum (GKÜKN/T) alt boyutu toplam puan düzeyi,
    - Beklentiler (GKÜKB) alt boyutu toplam puan düzeyi,
    - Engeller (GKÜKE) alt boyutu toplam puan düzeyi,
  - GKÖ ölçek toplam puan düzeyi,
    - Öz yeterlilik (GKÖ-Y) alt boyutu toplam puan düzeyi,
    - Norm/tutum (GKN/T) alt boyutu toplam puan düzeyi,
    - Bronzlaşma Beklentileri (BB) alt boyutu toplam puan düzeyi,
    - Güneşten Kaçınma Beklentileri (GKB) alt boyutu toplam puan düzeyi

araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler

- Ebeveynlere verilen Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Eğitimi
- Ebeveynlerin ve öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri,
- Deri kanseri riski oluşturan özellikler,
- Aile veya birinci derece akrabalarda deri kanseri öyküsünün bulunması durumu.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc. Chicago, USA) Windows için sürüm 20.0 istatistiksel analiz programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı

istatistikler; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri; kesikli verilerde ise sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesinde Kolmogorov Smirnov testinden yararlanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda ebeveynlerin ve çocuklarının tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında, müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin deri kanseri ve KKDM bilgi durumlarının karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının ön test puanları ile ve son test puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon test kullanılmıştır. Ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli verilerin iki grupta karşılaştırılmasında t test kullanılmıştır. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit p değerleri için istatistiksel olarak anlamlı, büyük değerler için istatistiksel olarak anlamlı olmadığı yorumu yapılmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırmanın örneklemi, Yalçın Eskiyapan ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu'nda araştırma kriterlerine uygun olan öğrencilerin ebeveynleri ile sınırlandırılmıştır. Bu nedenle sonuçlar, yalnızca bu örneklem grubuna genellenebilir. Tüm topluma genellenemez. Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının ebeveynlerin öz bildirimlerine dayalı olması ve COVID-19 pandemisi nedeniyle ebeveynlere eğitimlerin uzaktan verilmesi, broşürleri dijital ortamda görmeleri ve anketleri Google anket üzerinden doldurmaları araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

Araştırmada katılımcılara verilecek olan anketler ve eğitimler yüz yüze olarak planlanmış olup etik kurul izni bu kapsamda alınmıştır. Ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle katılımcılara anketler Google Anket üzerinden hazırlanıp ulaştırılmıştır. Eğitimler ise çevrim içi olarak yapılmıştır. Bu durum için gerekli izin dilekçesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na iletilmiş olup, etik kurul dosyasına eklenmiştir.

Müdahale grubuna verilen eğitim sonrası, 120 gün izlem süresi boyunca verilen eğitimin etkinliği açısından ara müdahalelerin yapılmaması araştırmanın sınırlılığı olarak düşünülebilir.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10/03/2020 tarihli toplantı ve 2020-98 karar numaralı etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK 8). Araştırmanın Yalçın Eskiyapan Ortaokulu ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulu'nda yürütülmesi için Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 16/01/2020 tarihinde, 14588481-605.99-E.1192083 sayılı gerekli izin alınmıştır (Bkz. EK 9).

Araştırmaya katılacak ebeveynlere araştırmanın amacı, konusu, araştırmanın riskleri, yararları, zararlarını ve bilgi gizliliği açıklayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu gönderilmiştir (Bkz. EK 10). COVID-19 pandemisi nedeni ile çevrim içi ve Google Anket üzerinden katılımcılara ulaşıldığı için imzalı onam alınamamıştır. Ancak her katılımcı anketi doldurmadan önce Google Anket ile Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okuyarak onay verdikten sonra anket sorularını görebilmiştir. Zoom ile verilen eğitimler öncesinde katılımcılar sözlü olarak araştırma hakkında bilgilendirilmiş gönüllülük ilkesine dayandığı açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır.

3.10. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu teze katkı sağlayan kişiler arasında tez çalışmasını etkileyebilecek nitelikte bir çıkar çatışması yaşanmamıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya dahil olan 240 ebeveynden oluşan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. EBEVEYN VE ÇOCUKLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki ebeveyn ve çocuklarının tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 4.1.'de verilmiştir.

Çizelge 4.1. Müdahale ve kontrol grubu ebeveyn ve çocuklarının tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	**Kategoriler**	**Müdahale (n=120)**		**Kontrol (n=120)**		**Toplam (n=240)**		**İstatistik**	
		n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Ebeveyn	Anne	106	88,3	110	91,7	216	90,0	0,741	0,389
	Baba	14	11,7	10	8,3	24	10,0		
Ebeveyn Yaş	<30	0	0,0	1	0,8	1	0,4	5,229	0,103
	30-40	52	43,3	65	54,2	117	48,8		
	41-50	66	55,0	50	41,7	116	48,3		
	>50	2	1,7	4	3,3	6	2,5		
Medeni durum	Evli	99	82,5	108	90	207	86,2	2,846	0,092
	Bekar	21	17,5	12	10	33	13,8		
Eğitim durumu	İlkokul	11	9,2	11	9,2	22	9,2	1,600	0,656
	Ortaokul	4	3,3	8	6,7	12	5,0		
	Lise	54	45,0	55	45,8	109	45,4		
	Lisans/ Lisansüstü	51	42,5	46	38,3	97	40,4		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	33	27,5	34	28,3	67	27,9	1,187	0,552
	Gelir gidere eşit	76	63,3	70	58,3	146	60,8		
	Gelir giderden fazla	11	9,2	16	13,4	27	11,3		
Çocuk Sayısı	Tek çocuk	18	15,0	15	12,5	33	13,8	0,402	0,818
	İki çocuk	68	56,7	72	60,0	140	58,3		
	Üç çocuk ve üzeri	34	28,3	33	27,5	67	27,9		
Çocuk Cinsiyeti	Kız çocuk	53	44,2	68	56,6	114	47,5	1,069	0,301
	Oğlan çocuk	67	55,8	52	43,4	126	52,5		
Çocuk yaşı	10	15	12,5	16	13,3	31	12,9	8,023	0,091
	11	30	25,0	46	38,3	76	31,7		
	12	37	30,8	30	25,0	67	27,9		
	13	34	28,3	21	17,5	55	22,9		
	14	4	3,4	7	5,9	11	4,6		
Çocuğun Sınıfı	5.sınıf	37	30,8	42	35,0	79	32,9	4,558	0,207
	6.sınıf	28	23,3	38	31,7	66	27,5		
	7.sınıf	35	29,2	23	19,2	58	24,2		
	8.sınıf	20	16,7	17	14,1	37	15,4		
Toplam		120	100	120	100	240	100		

χ^2 : Ki kare testi.

Araştırmaya 120 kişi kontrol grubunda 120 kişi müdahale grubunda olacak şekilde toplam 240 ebeveyn katılmıştır. Ebeveynlerin yaş ortalaması 40,69±5,32 yıl olup minimum 29 maksimum 57 olarak belirlenmiştir. Çocukların yaş ortalaması ise 11,74±1,08 yıl olup minimum 10 maksimum 14 yaş olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin, %90'ı anne, %10'u baba, %48,8'i 30-40 yaş aralığında, %86,3'ü evli, %45,4'ü lise mezunu, %60,8'inin ekonomik durumu gelir gidere eşit ve %58,3'ü iki çocuk sahibidir. Ebeveynlerin çocukları ise %47,5' kız, %52,5'i erkek, %31,7'si on bir yaşında, %32,9'u 5. sınıf öğrencisidir (Çizelge 4.1.).

Çizelge 4.1. incelendiğinde, kontrol ve müdahale grubundaki ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırıldığı görülmektedir. Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri karşılaştırıldığında yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin anne/baba durumları için her iki grup içinde katılımcıların çoğunluğunu (%88,3 ve %91,7) anneler oluşturmaktadır. Müdahale grubunda bulunan babaların oranının (%11,7) kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubu ebeveynlerin %55'i 41-50 yaş aralığında, kontrol grubu ebeveynlerinin ise %54,2'si 30-40 yaş aralığında bulunmaktadır. İki grup içinde evli olan ebeveyn sayısının (Müdahale grubu: %82,5, kontrol grubu: %90) fazla olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu için eğitim durumu lise (%45, %45,8) ve lisans/lisansüstü (%42,5, %38,3) olan ebeveynlerin sayısı daha fazla olduğu, durumları karşılaştırıldığında her iki grup için geliri gidere eşit olan ebeveyn sayısı daha fazla (%63,3, %58,3) olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1.).

Her iki grubun çocuk sayıları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Her iki gruptaki ebeveynlerin en fazla iki çocuğa sahip oldukları görülmektedir (%56,7, %60). Çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının cinsiyetine bakıldığında; müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuk cinsiyetleri karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda bulunan ebeveynlerin, ortaokul öğrencisi olan çocuklarının cinsiyeti erkek ağırlıklı (%55,8) iken kontrol grubu ebeveynlerinde ise kız çocuk oranının (%56,6) fazla olduğu görülmektedir (Çizelge 4.1.).

Ebeveynlerin çocuklarının yaşları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerinin çocuklarının yaşları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda bulunan ebeveyn çocuklarının %30,8'i 12 yaş grubunu oluştururken, kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının %38,3'ü ise 11 yaşta olduğu görülmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların çocuk sınıfları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunun %30,8'i, kontrol grubunun ise %35'i beşinci sınıfa giden öğrencilerden oluşmaktadır (Çizelge 4.1.).

4.2. ÇOCUKLARIN DERİ KANSERİ RİSKİ ÖZELLİKLERİ, EBEVEYNLERİ DERİ KANSERİ, ERKEN TANI VE KKDM BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çocuklarının deri kanseri riski oluşturan özelliklerinin karşılaştırması

Değişkenler	Kategoriler	Müdahale (n=120)		Kontrol (n=120)		Toplam (n=240)		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Çocuk saç rengi	Sarı	4	3,3	6	5,0	10	4,2	8,791	0,216
	Açık kahverengi	32	26,7	30	25,0	62	25,8		
	Kahverengi	68	56,7	51	42,3	119	49,6		
	Siyah	16	13,3	33	27,7	49	20,4		
Çocuk göz rengi	Mavi	2	1,7	3	2,5	5	2,1	2,669	0,640
	Yeşil	3	2,5	3	2,5	6	2,5		
	Ela	12	10,0	10	8,3	22	9,2		
	Kahverengi	94	78,3	88	73,3	182	75,8		
	Siyah	9	7,5	16	13,4	25	10,4		
Çocuk ten rengi	Çok açık beyaz	1	0,8	2	1,7	3	1,2	9,637	0,073
	Beyaz	15	12,5	25	20,8	40	16,7		
	Beyaz-açık kumral	21	17,5	33	27,5	54	22,5		
	Açık kumral	31	25,9	20	16,7	51	21,3		
	Kumral	49	40,8	37	30,8	86	35,8		
	Siyah	3	2,5	3	2,5	6	2,5		
Çocuk vücudunda doğuştan, ben olma durumu	Evet	62	51,7	60	50,0	122	50,8	0,067	0,796
	Hayır	58	48,3	60	50,0	118	49,2		
Çocuk yüzünde çil, leke, ben sayısı	Hiç yok	44	36,7	43	35,8	87	36,3	1,991	0,598
	Az	64	53,3	58	48,3	122	50,8		
	Biraz	11	9,2	17	14,2	28	11,7		
	Çok	1	0,8	2	1,7	3	1,2		
Çocuk vücudunda çil, leke, ben sayısı	Hiç yok	29	24,2	25	20,8	54	22,5	2,284	0,541
	Az	68	56,7	66	55,0	134	55,9		
	Biraz	23	19,1	27	22,5	50	20,8		
	Çok	0	0,0	2	1,7	2	0,8		
Çocuk güneş ışınlarına karşı deri tipi	Tip I	4	3,3	10	8,3	14	5,8	5,680	0,882
	Tip II	20	16,7	17	14,2	37	15,4		
	Tip III	27	22,5	29	24,2	56	23,3		
	Tip IV	47	39,2	35	29,2	82	34,2		
	Tip V	13	10,8	16	13,3	29	12,1		
	Tip VI	9	7,5	13	10,8	22	9,2		
Ailede deri kanseri öyküsü	Evet	4	3,3	9	7,5	13	5,4	2,033	0,127
	Hayır	116	96,7	111	92,5	227	94,6		
Toplam		120	100,0	120	100,0	240	100,0		

* Ki kare/Fisher's Exact test

Deney ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının deri kanseri riski oluşturan özellikler Çizelge 4.2.'de verilmiştir. Çizelge 4.2. incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının fiziksel özellikleri olan saç rengi, göz rengi, ten rengi yönünden karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının doğum lekesi, yüzünde ve vücudunda çil, leke, ben sayısı ve güneş ışınlarına karşı deri tipine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Ailede deri kanseri öyküsü ve ebeveynlerin çocuklarının benlerini kontrol etme durumları karşılaştırıldığında müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubu ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının deri kanseri riski değerlendirildiğinde, açık saç rengi (sarı-açık kahverengi) (deney= %30, kontrol= %30), açık göz (mavi-yeşil) (%4,2, %5) ve açık ten rengi (çok açık beyaz-beyaz) (%13,3, %22,5) özelliklerine sahip çocuk sayısının az olduğu görülmektedir. Her iki grupta da vücudunda doğuştan leke, ben bulunan çocuk sayısı yüksektir (%51,7, %50).

Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının yüzünde bulunan çil, leke, ben durumuna bakıldığında, her iki grup içinde az olanlarının oranı (%53,3, %48,3) daha yüksektir (Çizelge 4.2.). Her iki grup için çocukların vücudunda bulunan çil, leke ve ben sayısı az olanlar çoğunluğu oluşturmaktadır (%56,7, %55). Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarının deri tiplerini incelediğimizde; deri Tipi I %5,8, Tip II %15,4, Tip III %23,3 olarak belirlenmiştir. Çocukların deri fototipleri değerlendirildiğinde, %44,5'inin deri kanserine yakalanma riski yüksek olduğu saptanmıştır. Ailesinde deri kanseri öyküsü olan kişi sayısı kontrol grubunda daha fazla (%7,5) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin cilt kanseri ve erken tanı bilgi durumlarının ön test ve son test sonuçlarına göre gruplar arası karşılaştırılması

Değişkenler	Kategoriler	Ön test						Son test					
		Müdahale (n=120)		Kontrol (n=120)		İstatistik		Müdahale (n=120)		Kontrol (n=120)		İstatistik	
		n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p
Cilt kanseri ve KKDM hakkında	Bilgim yok	36	30,0	42	35,0	1,409	0,494	5	4,1	48	40,0	73,001	0,001
	Duydum ama tam bilmiyorum	62	51,7	62	51,7			53	44,2	62	51,7		
	Bilgim yeterli	22	18,3	16	13,3			62	51,7	10	8,3		
Erken dönemde cilt kanserini tespit etmek	Fikrim yok	63	52,5	71	59,2	1,227	0,595	11	9,2	68	56,7	62,124	0,001
	İmkânsız	3	2,5	2	1,6			6	5,0	5	4,2		
	Evet	54	45,0	47	39,2			103	85,8	47	39,2		
Çocuğuna KKDM yapma durumu	Evet	24	20,0	15	12,5	2,480	0,115	71	59,2	13	10,8	61,612	0,001
	Hayır	96	80,0	105	87,5			49	40,8	107	89,2		

* Ki kare/Fisher's Exact test

Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin ön test ve son test sonuçlarına göre cilt kanseri bilgi durumlarının karşılaştırılması Çizelge 4.3.' de verilmiştir.

Araştırma ön testinde cilt kanseri ve KKDM hakkında bilgi durumu, erken dönemde cilt kanseri tespit etme durumu ve ebeveynlerin çocuklarına deri muayenesi yapma durumları incelendiğinde müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmanın ön testinde; cilt kanseri ve KKDM hakkında "duydum ama tam bilmiyorum" yanıtını veren ebeveyn oranı her iki grup için daha yüksek (%51,7), erken dönemde cilt kanserini tespit etme konusunda fikri olmayan ebeveyn sayısı her iki grupta daha yüksek (%52,5, %59,2) ve her iki grupta bulunan ebeveynlerden çocuklarına deri muayenesi yapmayanların oranı daha yüksek olduğu saptanmıştır (%80, %87,5).

Araştırmanın son testinde;

- Cilt kanseri ve KKDM hakkında bilgisi yeterli olan ebeveyn oranı, müdahale grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
- Erken dönemde cilt kanserini tespit etme durumuna "evet" yanıtını veren ebeveyn oranı, müdahale grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
- Çocuğuna KKDM yapan ebeveyn oranı, müdahale grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Çizelge 4.3.).

Çocuğuna deri muayenesi yapan ebeveynlere ne sıklıkta yaptıkları sorulduğunda araştırmanın ön testinde, müdahale grubundan 18 ebeveyn yanıt vermiştir ve son 6 ay içinde birkaç defa ve ayda bir defa yapan ebeveyn sayısı eşit ve yüksek çıkmıştır (%29,2). Kontrol grubundan ise 13 ebeveyn yanıt vermiştir ve %40'ının son 6 ay içerisinde birkaç defa yaptığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında deri muayenesi sıklıkları sayısı az olduğu için karşılaştırılma yapılamamıştır. Araştırmanın son testinde ise çocuğuna deri muayenesini ayda bir defa yapan ebeveynlerin oranı müdahale grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Çizelge 4.3.).

Çizelge 4.4. Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin KKDM bilgi durumlarının ön test ve son test sonuçları

KKDM Adımları	Yanıtlar	Ön Test				Son Test			
		Müdahale (n=24)		Kontrol (n=15)		Müdahale (n=71)		Müdahale (n=14)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Adım 1	Doğru	24	100,0	14	93,3	69	97,2	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	1	6,7	2	2,8	0	0,0
Adım 2	Doğru	22	91,7	11	73,3	69	97,2	11	78,6
	Yanlış	2	8,3	4	26,7	2	2,8	3	21,4
Adım 3	Doğru	24	100,0	15	100,0	67	94,4	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	0	0,0	4	5,6	0	0,0
Adım 4	Doğru	24	100,0	12	80,0	70	98,6	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	3	20,0	1	1,4	0	0,0
Adım 5	Doğru	24	100,0	13	86,7	71	100,0	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Adım 6	Doğru	24	100,0	13	86,7	71	100,0	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Adım 7	Doğru	24	100,0	13	86,7	71	100,0	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Adım 8	Doğru	24	100,0	13	86,7	71	100,0	14	100,0
	Yanlış	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0

Çizelge 4.4. incelendiğinde, müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin KKDM bilgi durumlarının ön test ve son test sonuçlarına göre karşılaştırılması yapılmıştır. Ancak araştırmanın ön test ve son test aşamalarında yanlış yanıt verme oranları çok az olması sebebiyle gruplar içi ve gruplar arası karşılaştırma yapılamamıştır. Müdahale grubu katılımcıları ön testi 24 kişi yanıtlamış, son testi ise 71 kişi yanıtlamış, kişi sayısında artış olduğu belirlenmiştir.

4.3. EBEVEYNLERİN DERİ KANSERİ GÜNEŞ BİLGİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) puanlarının ön test- son test sonuçlarına göre grup içi karşılaştırılması

DKGBÖ Alt Boyutları	Müdahale (n=120)				Kontrol (n=120)			
	Ön Test	Son Test	İstatistik		Ön Test	Son Test	İstatistik	
	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Z	p	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Z	p
Güneşten korunma	4,03±1,25 4 (1-7)	4,63±1,28 4 (2-7)	-3,684	0,001	3,77±1,23 4 (1-7)	3,76±,.07 4 (1-6)	-0,048	0,961
Bronzlaşma	7,26±1,81 8 (1-11)	7,25±1,98 7 (1-11)	-0,340	0,734	7,16±1,69 7 (2-11)	6,74±1,84 7 (1-11)	-1,685	0,092
Deri kanseri risk faktörleri	1,98±0,89 2 (0-3)	1,97±0,85 2 (0-3)	-0,128	0,898	1,93±0,85 2 (0-3)	1,88±0,83 2 (0-3)	-0,594	0,552
Deri kanserinin önlenmesi	1,13±0,46 1 (0-2)	1,54±0,59 2 (0-2)	-5,236	0,001	1,07±0,32 1 (0-2)	1,09±0,48 1 (0-2)	-0,378	0,705
Deri kanseri belirtileri	1 (0-1)	1 (0-1)	χ^2 =0,196*	0,658	1 (0-1)	1 (0-1)	χ^2 =0,119*	0,683
DKGBÖ Toplam puan	15,00±2,99 15 (5-22)	16,02±3,64 16 (8-24)	-2,128	0,033	14,49±2,85 14 (6-21)	13,99±2,88 14 (7-22)	-1,481	0,139

Z=Wilcoxon test, * McNemar test

Çizelge 4.5. incelendiğinde, araştırmanın müdahale grubu ebeveynleri son test DKGBÖ toplam puanı, güneşten korunma ve deri kanserinin önlenmesi alt boyutları puanları ön testten istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,05$). Müdahale grubu ebeveynlerin;

- Güneşten korunma alt boyutu ölçek puanı eğitim öncesi 4,03±1,25 iken, eğitim sonrası 4,63±1,28,
- Deri kanseri önlenmesi alt boyutu ölçek puanı eğitim öncesi 1,13±0,46 iken, eğitim sonrası 1,54±0,59,

- DKGBÖ toplam puanı eğitim öncesi 15,00±2,99 iken, eğitim sonrası 16,02±3,64 olarak yükseldiği görülmektedir.

Kontrol grubundaki katılımcıların DKGBÖ toplam puanı, güneşten korunma alt boyutu, bronzlaşma alt boyutu, deri kanseri risk faktörleri alt boyutu, deri kanserinin önlenmesi alt boyutu ve deri kanseri belirtileri alt boyutu ve ön test son test puanları karşılaştırıldığında ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Çizelge 4.5.).

Deri kanseri belirtileri alt boyutu tek sorudan oluşmaktadır. Yanıtı ise "0" ya da "1" puandan oluşmaktadır. Bu nedenle ortanca ve min-max değerlerini vermek daha doğru olmaktadır.

Çizelge 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) puanlarının ön test- son test sonuçlarına göre gruplar arası karşılaştırılması

DKGBÖ Alt Boyutları	**Ön Test**				**Son test**			
	Müdahale (n=120)	**Kontrol (n=120)**	**İstatistik**		**Müdahale (n=120)**	**Kontrol (n=120)**	**İstatistik**	
	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	U/ χ^2	p	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	U/ χ^2	p
Güneşten korunma	4,03±1,25 4 (1-7)	3,77±1,23 4 (1-7)	6390,5	0,121	4,63±1,28 4 (2-7)	3,76±1,07 4 (1-6)	4591,0	0,001
Bronzlaşma	7,26±1,81 8 (1-11)	7,16±1,69 7 (2-11)	6880,0	0,546	7,45±1,98 7 (1-11)	6,74±1,84 7 (1-11)	6095,5	0,047
Deri kanseri risk faktörleri	1,98±0,89 2 (0-3)	1,93±0,85 2 (0-3)	6932,0	0,596	1,97±0,85 2 (0-3)	1,88±0,83 2 (0-3)	6687,5	0,369
Deri kanserinin önlenmesi	1,13±0,46 1 (0-2)	1,07±0,32 1 (0-2)	-0,6769	0,220	1,54±0,59 2 (0-2)	1,09±0,48 1 (0-2)	4192,0	0,001
Deri kanseri belirtileri	1 (0-1)	1 (0-1)	χ^2 =0,423	0,515	1 (0-1)	1 (0-1)	χ^2 =3,068	0,080
DKGBÖ Toplam puan	15,00±2,99 15 (5-22)	14,49±2,85 14 (6-21)	6458,0	0,165	16,02±3,64 16 (8-24)	13,99±2,88 14 (7-22)	4809,0	0,001

U= Mann Whitney U testi, χ2 =Ki-kare testi

Çizelge 4.6. incelendiğinde, müdahale ve kontrol grubundaki ebeveynlerin DKGBÖ ön test alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmanın ön test aşamasında kontrol grubu ebeveynlerin DKGBÖ toplam puanı ve alt boyutları toplam puanları müdahale grubundan düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmanın son test aşamasında gruplar arası karşılaştırmasına göre;

- Müdahale grubu ebeveynlerin güneşten korunma alt boyutu ölçek puan ortalaması (4,63±1,28), kontrol grubundan (3,76±1,07) yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).
- Müdahale grubu ebeveynlerin bronzlaşma alt boyutu ölçek puan ortalaması (7,45±1,98), kontrol grubundan (6,74±1,84) yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Müdahale grubu ebeveynlerin deri kanserinin önlenmesi alt boyutu ölçek puan ortalaması (1,97±0,85), kontrol grubundan (1,88±0,83) yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).
- Müdahale grubu ebeveynlerin DKGBÖ toplam puan ortalaması (16,02±3,64), kontrol grubundan (13,99±2,88) istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,001$).
- Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin, son test DKGBÖ deri kanseri risk faktörleri ve deri kanseri belirtileri alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.6.).

4.4. EBEVEYNLERİN EBEVEYN GÜNEŞTEN KORUMA ÖLÇEĞİ (EGKÖ) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.7. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği (GKÜKÖ) ve Güneşten Kaçınma Ölçeği (GKÖ) puanlarının ön test-son test sonuçlarına göre grup içi karşılaştırılması

Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri	Alt boyutları	Müdahale (n=120)				Kontrol (n=120)			
		Ön Test	Son Test	İstatistik		Ön Test	Son Test	İstatistik	
		Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Z	p	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Z	p
GKÜKÖ	Öz Yeterliliği	17,86±4,48 18 (5-25)	18,23±5,14 19,5 (5-25)	-4,575	0,001	17.,5±4,72 19 (5-25)	16,47±4,96 17 (5-25)	-5,642	0,001
	Normlar/ Tutumlar	20,62±3,72 21 (8-30)	20,25±3,97 20 (9-30)	-0,816	0,414	20,41±4,23 20 (8-30)	20,10±4,16 21 (8-30)	-0,458	0,647
	Ürün Kullanımı Beklentiler	15,52±2,63 16 (8-20)	15,06±2,92 15 (6-20)	-0,990	0,322	15,76±2,58 16 (9-20)	14,58±2,97 15 (6-20)	-3,259	0,001
	Ürün Kullanımı Engeller	7,96±2,55 8 (3-15)	8,14±3,08 8 (3-15)	-0,571	0,568	8,08±2,86 8 (3-15)	7,97±2,58 8 (3-15)	-0,264	0,792
GKÖ	Öz Yeterliliği	19,08±3,75 20 (9-25)	18,98±3,42 20 (10-25)	-0,466	0,641	19,04±3,73 20 (8-25)	18,30±3,83 20 (8-25)	-1,357	0,175
	Normlar/ Tutumlar	13,97±2,81 14 (6-20)	13,62±2,75 14 (6-20)	-0,816	0,414	14,06±2,87 14 (4-20)	13,72±3,02 14 (4-20)	-0,458	0,647
	Bronzlaşma Beklentileri	10,28±3,73 9 (4-20)	9,56±3,85 8,5 (4-20)	-1,092	0,275	9,40±3,87 8 (4-20)	9,82±3,81 9 (4-20)	-0,983	0,326
	Güneşten Kaçınma Beklentileri	19,82±3,14 20 (10-25)	20,62±2,57 20 (14-25)	-2,202	0,028	20,32±2,70 20 (15-25)	19,67±3,04 20 (10-25)	-1,628	0,104

Z=Wilcoxon test

Çizelge 4.7.'de Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri alt boyutları müdahale ve kontrol grupları ön test- son test puan ortalamalarına göre grup içi karşılaştırılması yapılmıştır. Çizelge 4.7. incelendiğinde müdahale grubu ebeveynleri için;

- GKÜKÖ-Y alt boyutu ön test-son test puanları karşılaştırıldığında, puanları arası anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Müdahale grubu ebeveynlerin GKÜKÖ-Y alt boyutu son test puan ortalamaları (18,23±5,14), ön test puanlarına (17,86±4,48) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Müdahale grubu ebeveynlerin GKB alt boyutu ön test-son test puanları karşılaştırıldığında puanları arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubu ebeveynlerin GKB alt boyutu son test puanları (20,62±2,57) ön test puanlarına (9,82±3,14) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Müdahale grubu ebeveynlerin GKÜKÖ normlar/tutumlar, ürün kullanımı beklentileri, ürün kullanımı engelleri ön test son test puanları karşılaştırıldığında, ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Müdadale grubundaki ebeveynlerin GKÖ öz yeterliliği, normlar/tutumlar, bronzlaşma beklentileri alt boyutları ön test son test puanları karşılaştırıldığında, ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.7.)

Kontrol grubu ebeveynlerinin ise;

- GKÜKÖ-Y alt boyutu ön test-son test puanları karşılaştırıldığında puanları arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Ebeveynlerin son test puanlarının ön test puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.7.).
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin GKÜKBÖ ürün kullanımı beklentiler ön test son test puanları karşılaştırıldığında ön test ile son test puanları arasında düşük anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Çizelge 4.7.).
- Kontrol grubu ebeveynlerin GKÜKÖ norm/tutumlar, ürün kullanımı engelleri alt boyutlarının ön test son test puanları karşılaştırıldığında, ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.7.).
- Kontrol grubundaki ebeveynlerin GKÖ öz yeterliliği, normlar/tutumlar, bronzlaşma beklentileri, güneşten kaçınma beklentileri alt boyutları ön test son

test puanları karşılaştırıldığında, ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Çizelge 4.7.).

Çizelge 4.8. Müdahale ve Kontrol Grubu Ebeveynlerin Güneş Koruyucu Ürün Kullanımı Ölçeği (GKÜKÖ) ve Güneşten Kaçınma Ölçeği (GKÖ) puanlarının ön test-son test sonuçlarına göre gruplar arası karşılaştırılması

Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri	**Alt boyutları**	**Ön test**				**Son Test**			
		Müdahale (n=120)	**Kontrol (n=120)**	**İstatistik**		**Müdahale (n=120)**	**Kontrol (n=120)**	**İstatistik**	
		Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	**U**	**p**	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	Ort ± SS Ortanca (Min-Max)	**U**	**p**
GKÜKÖ	**Öz Yeterliliği**	17,86±4,48 18 (5-25)	17,95±4,72 19 (5-25)	6913,5	0,591	18,23±5,14 19,5 (5-25)	16,47±4,96 17 (5-25)	5984,5	0,029
	Normlar/ Tutumlar	20,62±3,72 21 (8-30)	20,41±4,23 20 (8-30)	6829,5	0,489	20,25±3,97 20 (9-30)	20,10±4,16 21 (8-30)	7049,5	0,865
	Ürün Kullanımı Beklentiler	15,52±2,63 16 (8-20)	15,76±2,58 16 (9-20)	6966,0	0,658	15,06±2,92 15 (6-20)	14,58±2,97 15 (6-20)	6510,0	0,234
	Ürün Kullanımı Engeller	7,96±2,55 8 (3-15)	8,08±2,86 8 (3-15)	6743,5	0,391	8,14±3,08 8 (3-15)	7,97±2,58 8 (3-15)	6854,5	0,590
GKÖ	**Öz Yeterliliği**	19,08±3,75 20 (9-25)	19,04±3,73 20 (8-25)	7101,5	0,852	18,98±3,42 20 (10-25)	18,30±3,83 20 (8-25)	6522,5	0,241
	Normlar/ Tutumlar	13,97±2,81 14 (6-20)	14,06±2,87 14 (4-20)	7071,5	0,808	13,62±2,75 14 (6-20)	13.72±3.02 14 (4-20)	6754,5	0,466
	Bronzlaşma Beklentileri	10,28±3,73 9 (4-20)	9,40±3,87 8 (4-20)	6908,0	0,584	9,56±3,85 8,5 (4-20)	9,82±3,81 9 (4-20)	6097,0	0,048
	Güneşten Kaçınma Beklentileri	19,82±3,14 20 (10-25)	20,32±2,70 20 (15-25)	6412,0	0,138	20,62±2,57 20 (14-25)	19,67±3,04 20 (10-25)	7082,5	0,913

U= Mann Whitney U testi.

Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri alt boyutları müdahale ve kontrol grupları ön test- son test puan ortalamalarına göre gruplar arası karşılaştırılması Çizelge 4.8.'de verilmiştir. Çizelge 4.8.'e göre:

Araştırmanın ön test aşamasında;

- Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin GKÜKÖ öz yeterliliği, normlar/turumlar, ürün kullanımı beklentileri, ürün kullanımı engelleri alt

boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

- Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin GKÖ öz yeterliliği, normlar/turumlar, bronzlaşma beklentileri, güneşten kaçınma beklentileri alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır (p>0,05).
- Müdahale grubu ebeveynlerin GKÜKÖ normlar/tutumlar, GKÖ öz yeterliliği ve bronzlaşma beklentileri alt boyutları puanları, kontrol grubu ebeveynlerinin puan ortalamalarına göre daha yüksektir (Çizelge 4.8.).

Araştırmanın son test aşamasında ise;

- Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin GKÜKÖ öz yeterlilik alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı ve yüksek bulunmuştur (p<0,05). Müdahale grubu ebeveynlerin GKÜKÖ öz yeterliliği alt boyutu puan ortalaması (18,23±5,14) iken kontrol grubu ebeveynlerin puan ortalaması (16,47±4,96) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.8.).
- Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin GKÖ bronzlaşma beklentileri alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). GKÖ bronzlaşma beklentilerinin puan ortalamasının düşük olması beklenmektedir. Müdahale grubu ebeveynlerin GKÖ bronzlaşma beklentileri alt boyutu puan ortalaması (9,56±3,85), kontrol grubu ebeveynlerin puan ortalamasından (9,82±3,81) daha düşük olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.8.).
- Müdahale grubu ebeveynleri ve kontrol grubu ebeveynleri GKÜKÖ normlar/tutumlar, ürün kullanım beklentileri, ürün kullanımı engelleri alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır (p>0,05) (Çizelge 4.8.).
- Müdahale grubu ebeveynleri ve kontrol grubu ebeveynleri GKÖ öz yeterliliği, normlar/tutumlar güneşten kaçınma beklentileri alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Ancak müdahale grubu ebeveynlerin bronzlaşma beklentileri alt

boyutu puan ortalaması (20,62±2,57), kontrol grubu ebeveynlerinin puan ortalamasından (19,67±3,04) yüksek olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma ortaokul öğrencisine sahip ebeveynlere, deri kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, ebeveynlerin bilgi düzeyine ve çocuklarını güneşten koruma davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Verilen eğitim sonrasında ebeveynlerin deri kanseri ve güneş bilgisi, deri kanseri erken tanısı ve KKDM farkındalığının geliştiği saptanmıştır. Ebeveynlerin GKÜKÖ-Y ve BB üzerinde eğitimin etkili olduğu belirlenmiştir. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda benzer araştırma sonuçları ile tartışılmıştır.

5.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmada yer alan ebeveynlerin %90'nı annelerden oluşmaktadır. Ebeveynlerin çoğunluğu (%86,3) evlidir, yaklaşık yarısı (%45,4) lise mezunudur, büyük bir kısmının (%60,8) ekonomik durumu "gelir gidere eşit" şekildedir ve yarısından fazlası (%58) iki çocuğa sahiptir. Ebeveynlerin çocuklarının özellikleri incelendiğinde; çocukların cinsiyetlerine göre kız (%47,5) ve erkek (%52,5) çocukların neredeyse yarı yarıya olduğu görülmüştür on bir yaşında (%31,7) ve beşinci sınıf öğrencisi (%32,9) olan çocuk sayısı daha fazladır.

Bu çalışmada grupların birbirlerinden etkilenmesi yanlılığa (bias) neden olabileceği için benzer özelliklere sahip olduğu değerlendirilen okulların seçiminde randomizasyona gidilmiştir. Randomizasyon, müdahale ve kontrol gruplarının önceden belirlenebilen ya da belirlenemeyen risk faktörleri açısından benzer dağılımlar göstermesini sağlamaktadır (165). Çalışmanın başlangıcında, müdahale ve kontrol grubu tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0,05$), grupların homojen dağıldığı belirlenmiştir (Çizelge 4.1.)

Araştırmada yer alan ebeveynlerin çocuklarının fiziksel özellikleri ve deri fenotipi açısından deri kanseri riski taşıyıp taşımaması dikkate alınmamıştır. Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerinin çocukları arasında fiziksel özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ve grupların çocuklarının da homojen dağıldığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 4.2.).

Araştırmada gruplarda bulunan ebeveynlerin deri kanseri, KKDM ve erken tanı hakkında bilgi durumları ve KKDM yapma durumları arasında fark çıkmamış ($p>0,05$) ve bu özelliklere göre grupların homojen olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.3.).

Araştırmanın ön testinde, müdahale grubu DKGBÖ alt boyutları puan ortalamalarının, kontrol grubundan yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.6.). Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri (GKÜKÖ-GKÜ) alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bazı alt boyutlarda müdahale grubunun bazılarında ise kontrol grubunun puanları yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak her iki ölçekte müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamış bu durum grupların homojenliğini göstermiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.8.).

5.2. ÇOCUKLARIN DERİ KANSERİ RİSKİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Açık saç rengi, açık göz rengi (mavi/yeşil) ve açık ten rengine sahip olan, vücudunda nevüs sayısı fazla olan ve vücudunda doğum lekesi bulunan bireylerin deri kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (68, 166-168).

Araştırmada yer alan ebeveynlerin çocuklarının deri kanseri riskini oluşturan fiziksel özelliklerine göre tüm çocukların saç rengi sarı, göz rengi mavi/yeşil, ten rengi açık beyaz/ beyaz olan çocuk sayısı oldukça azdır. Çocukların yarısında (%50,8) doğum lekesi bulunmakta; yüzünde ve vücudunda çil, ben, leke bulunan çocuk sayısı azdır. Çocukların deri kanseri riski oluşturan fiziksel özelliklerine göre araştırmada bulunan deney ve kontrol grubu ebeveynlerin çocuklarında kanser riskinin düşük olduğu görülmektedir.

Deri foto tipi, deri kanserine yakalanma riskini belirlemek amacıyla kullanılan bir yöntemdir (169). Açık saç, ten, göz rengi ve deri tipi I-II durumları bulunduran çocuklar yüksek riske sahip iken diğer fiziksel özellikleri (koyu göz, saç, ten rengi vs.) bulunduran ve tip III, IV deri tipine sahip çocuklarda deri kanseri açısından orta düzeyde riskli olmaktadır (68). Bu araştırmada ebeveynlerin çocuklarının deri fototipine bakıldığında %5,8'i tip I, %15,4'ü tip II deri tipindedir. Bu sonuca göre

ebeveynlerin çocuklarının yaklaşık beşte biri (%21,2), deri tipi açısından kanser riski taşımaktadır.

Literatürde, Altunkürek ve Kaya (2020) sekizinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin fiziksel özelliklerine göre deri kanseri açısından düşük risk grubunda bulunan öğrenciler ile çalışmışlardır. Aynı zamanda öğrencilerin %53,1'inin tip I, II ve III deri tipine sahip olduğunu belirtmişlerdir (34). Kudubeş ve ark (2021) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin fiziksel özelliklerinin (saç rengi, göz rengi ve ten rengi) deri kanseri açısından riskli olmadığı, %53,5'nin tip I-II-III deri tipine sahip olduğu görülmüştür (170). Erkin'in (2015) 8-9 yaş çocuklar ile yapmış olduğu tez çalışmasında deri kanserine yakalanma riski yüksek olan sadece tip I, II ve III deri tipine sahip olan çocukları seçmiştir (63). Sümen ve ark. (2021) ebeveynler ile yapmış oldukları çalışmalarında, ebeveynlerin çocuklarının %39'unun tip IV, %34'ünün de tip III deri tipine sahip olduğunu belirlemişlerdir (35). Ho ve ark., (2021) 2-6 yaş aralığında çocuğu bulunan ebeveynler veya 26 yaş grubu çocuğa bakım veren kişiler ile yaptıkları çalışmalarında, çocukların %42'sinin deri tipi tip I-II olduğu ve deri kanseri riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (148). Haney ve ark., (2018) hemşirelik öğrencileri ile çalışmışlar ve kız öğrencilerin (sarı saç, çil ve güneş yanığı geçirme oranlarına göre) cilt kanseri riskinin fazla olduğunu belirlemişlerdir (160). Yapılan çalışmalarda deri kanseri risk faktörünü oluşturan, fiziksel özelliklerine ve deri tiplerine göre düşük veya yüksek risk taşıyan çocuklar ile çalışılmış birçok araştırma bulunmaktadır (36, 63, 167, 171, 172). Çocukluk döneminde yoğun güneşe maruziyet, ileriki dönemlerde deri kanseri açısından risk oluşturduğu bilinmektedir. Deri kanserlerinin %80'i çocukluk döneminden itibaren uygun güneşten koruyucu önlemlerin alınmasıyla azaltılabileceği bildirilmiştir (36, 171). Bu nedenle her çocuğun düşük veya yüksek riskli olarak yaşamın ileriki dönemlerinde deri kanseri görülme ihtimali bulunmaktadır. Tüm çocukların fiziksel özellikleri ve deri tipi ayırt edilmeksizin, deri kanseri açısından riskli olduğu düşünülmelidir.

5.3. EBEVEYNLERİ DERİ KANSERİ, ERKEN TANI VE KKDM BİLGİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ebeveynlerin cilt kanseri, erken tanı ve KKDM hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olması, KKDM yapma durumlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. KKDM cilt kanserinin erken dönemde teşhisi için uygulanan bir muayene yöntemidir. KKDM ile tüm vücut muayene edilir, bireylerin vücudunda bulunan benler, şüpheli lezyonlar veya doku değişiklikleri tespit edilmektedir. Cilt kanserinin erken dönemde teşhisi, morbidite ve mortalite oranlarını azalttığı, özellikle erken dönemde teşhis edilen melanomun tedavisinin mümkün olduğu ancak ilerleyen dönemlerde fark edilmesi durumunda mortalite oranının yüksek olduğu bilinmektedir (17, 23, 81, 82, 172).

Araştırmamızın ön testinde ebeveynlerin bilgi durumlarına bakıldığında müdahale grubu ebeveynlerin %18,3'ünün, kontrol grubu ebeveynlerin ise %13,3'ünün cilt kanseri ve KKDM hakkında bilgisinin yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Verilen eğitim sonrası son test aşamasında, müdahale grubu ebeveynlerin yarısı (%51,7) cilt kanseri ve KKDM hakkında bilgisinin yeterli olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubu ebeveynlerinde ise bu oran %8,3'te kalmıştır. Verilen eğitim sonrasında müdahale ve kontrol grubu ebeveynleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu durum verilen eğitimin müdahale grubunda etkinliğini göstermektedir. Literatürde deri kanseri bilgisi hakkında yapılan çalışmalar incelendiğinde; Löscher ve ark. organ nakli olan hastalara video/broşür ile verilen cilt kanseri eğitimi sonrasında hastaların bilgi düzeylerinde artış olduğunu (173), Victoria ve ark. (2019) İrlandalı hemşirelik ve ziraat öğrencilerinin, müdahale sonrasında deri kanseri bilgilerinin arttığını belirlemişlerdir [174]. Erkin ve ark. (2018) hemşirelik öğrencilerine cilt kanserine yönelik verilen eğitimin, müdahale sonrasında grubun cilt kanseri farkındalıklarının oluştuğunu, belirti bulguları hakkında bilgi düzeylerinin arttığını ve KKDM'yi öğrenmede etkili olduğunu göstermişlerdir (172). Hubbard ve ark. (2018) İngiltere'de 15-16 yaş grubu öğrencilerle yürüttükleri yarı deneysel çalışmalarında, müdahaleden sonra eğitim grubu ergenlerin cilt kanseri farkındalıklarının arttığını ve son bir ayda cilt kanserinden bahsedenlerde anlamlı bir artış olduğunu saptamışlardır (175). Yılmaz ve ark. (2015) hemşirelik öğrencileri ile

yaptıkları çalışmalarında, birinci sınıf öğrencilerinin yarısından fazlasının cilt kanserini bilmediklerini belirlemişlerdir (176). Hartnett ve O'Keefe (2016) birinci basamakta çalışan hemşirelerin cilt kanseri bilgisi ve şüpheli lezyonların tanımlanmasına yönelik izlenen eğitim programı sonrasında, hemşirelerin cilt kanseri bilgilerinin arttığını bildirmişlerdir (177). Literatürde yapılan çalışmalar, çalışmamızın sonucunu desteklemektedir. Deri kanseri farkındalığını sağlamak ve bu konuda bilgilendirmek için düzenlenen eğitim programları gruplar üzerinde etkili olmaktadır. Deri kanserinin toplumlarda görülme sıklığının artması nedeniyle bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Bu nedenle her yaş bireyin ve özellikle ebeveynlerin deri kanserleri, etiyolojik faktörleri, belirtileri ve erken tanısı hakkında detaylı bilgilendirme çalışmaları, bireylerin farkındalığını artıracağı ve deri kanserine yönelik sağlık davranışlarını oluşturmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Erken dönemde cilt kanserinin tespit edilmesi konusunda eğitim öncesi müdahale grubu ebeveynlerin %45'i, kontrol grubu ebeveynlerin ise %39,2'si mümkün olduğunu düşünmektedir. Eğitim sonrası müdahale grubu ebeveynlerinde bu oran yükselmiş ve %85,8'i erken dönemde cilt kanserinin tespit edilmesinin mümkün olduğunu belirtmiş; son test aşamasında müdahale ve kontrol grubu ebeveynleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Araştırmamızda müdahale grubuna verilen eğitim sonrasında KKDM bilme ve yapma oranı istatistiksel olarak anlamlı ve yüksektir. Ön testte müdahale grubu ebeveynlerin %20'si çocuğuna KKDM yaparken son testte bu oran %59,2'ye yükselmiştir. Araştırmamızda müdahale grubu ebeveynlerin eğitim sonrasında deri kanseri farkındalıkları artmış, erken tanısının mümkün olduğu fikri gelişmiş ve KKDM yapma durumları olumlu yönde artış göstermiştir. Çalışmamız ile benzer şekilde Hubbard ve ark. (2018) İngiltere'de 15-16 yaş grubu öğrencilerle yürüttükleri yarı deneysel çalışmalarında, müdahaleden sonra eğitim grubu ergenlerin, kontrol grubuna göre KKDM yapma davranışlarının olumlu yönde değiştiğini belirlemişlerdir (175). Erkin'in (2015) yaptığı tez çalışmasında ergenlere güneş ışınları, bronzlaşma ve KKDM hakkında verilen eğitim sonrasında müdahale grubunda KKDM yapma oranı artış göstermiştir (63). Gavin ve ark. (2012) Kuzey İrlanda genel popülasyonunda yürüttükleri çalışmalarında katılımcıların neredeyse tamamının cilt kanserini daha önce duyduğunu ancak KKDM

yapanların sayısının çok az olduğunu belirlemişlerdir (178). Erkin Balyacı ve ark. (2012) ortaokul öğrencileri ile yarı deneysel müdahale çalışmalarında eğitim sonrası öğrencilerin cilt kanseri ve endikasyonları hakkında bilgi düzeylerinin arttığını ve KKDM yapma davranışlarını iyileştirdiğini göstermişlerdir (158). Uğurlu ve ark. (2016) çalışmalarında üniversite öğrencilerinin, cilt kanseri bilgileri, risk faktörleri ve belirtileri hakkında bilgi düzeyleri düşük, çoğunluğunun deri kanseri erken tanısını bilmemekte ve çok azı KKDM yapmaktadır (179). KKDM üzerine yapılan deneysel çalışmalarda verilen eğitimler etkinlik göstermiş ve KKDM performansları ve davranışları üzerinde olumlu yönde artışa sebep olmuştur (173, 180, 181). Yapılan literatür incelemesi sonucunda deneysel çalışmaların gruplar üzerinde etkinliği görülmektedir. Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzer şekilde; cilt kanseri bilgisi, erken tanı ve KKDM hakkında planlanan eğitimlerin, kişilerin cilt kanserini erken dönemde teşhis edilebileceği yönünde farkındalıklarını artırdığı ve KKDM uygulamalarını olumlu yönde geliştirmiştir. Ebeveynlere yönelik planlanacak deri kanseri bilgisini içeren sağlık eğitimlerinin, çocuklarına KKDM'yi yapma ve güneşten koruma davranışlarını uygulamaya yönelik davranışların kazandırılmasında etkili olacağı düşünülebilir.

5.4. EBEVEYNLERİN DERİ KANSERİ VE GÜNEŞ BİLGİ ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.4.1. Eğitim Öncesi Ebeveynlerin DKGBÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada ebeveynlerin deri kanseri ve güneş sağlığıyla ilgili bilgi düzeyleri, DKGBÖ ile belirlenmiştir. Araştırmanın ön test aşamasında müdahale grubu ve kontrol grubu ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunun deri kanseri bilgi düzeyi, kontrol grubundan çok az yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak anlamlılık ifade etmediği için çalışmaya devam edilmiştir. Ölçek alt boyutları puanları, müdahale grubunun daha yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.6.).

5.4.2. Eğitim Sonrası Ebeveynlerin DKGBÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada, eğitim sonrasında müdahale grubunun DKGBÖ puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre yükselmiştir. Ebeveynlere verilen eğitim sonrası, müdahale grubu ebeveynlerin deri kanseri ve güneş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerinde artış olmuştur. Müdahale grubu ebeveynlerin bilgi düzeyleri, kontrol grubu ebeveynlerinkinden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası grupların alt boyutlardan aldıkları puanları karşılaştırıldığında, müdahale grubunun güneşten korunma alt boyutu ve deri kanserinin önlenmesi alt boyutu puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı ve yüksektir ($p<0,05$) (Çizelge 4.6.). Bu sonuçlar, verilen "Deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları" eğitiminin deri kanseri ve güneş bilgisi üzerinde etkili olduğunu açıklamaktadır. Bu durumda;

$H_{0\text{-}1}$*: Ebeveynlere cilt kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin, deri kanseri ve güneş bilgisi hakkında müdahale ve kontrol grubu arasında fark yoktur,* hipotezi reddedilmiş ve $H_{1\text{-}1}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde DKGBÖ'nün kullanıldığı sınırlı sayıda müdahale çalışmaları yapılmış olup, daha çok tanımlayıcı çalışmalara rastlanılmıştır. Koçak (2018) tez çalışmasında üniversite öğrencilerin deri kanseri ve güneş bilgileri yüksektir. Ölçek alt boyut puanları bizim çalışmamıza göre daha yüksek olduğunu belirlemiş, güneşten korunma ve deri kanserinin önlenmesi alt boyutlarını öğrenci cinsiyetlerine göre anlamlı bulmuştur (94).

Haney ve ark. (2019) karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar ile genel popülasyonun deri kanseri ve güneş bilgi puanlarını karşılaştırmışlar ve genel popülasyonun bilgisinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (182). Kasar ve ark. (2019) hemşirelik öğrencilerinin deri kanseri ve güneş bilgi düzeylerine bakmış, öğrencilerin cilt kanseri ve güneş bilgisi düzeylerinin düşük olduğunu, kız öğrencilerinin ise erkek öğrencilere göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (151). Sümen ve Öncel (2020) anaokulu öğretmenlerinin deri kanseri ve güneş bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu ve güneş bilgilerinin yeterli olmadığını ve eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğunu belirlemişlerdir (183).

Kudubeş ve ark. (2020) onkoloji hemşireleri ile yürüttükleri çalışmalarında, cilt kanseri konusunda eğitim almış hemşirelerin DKGBÖ puanlarının diğerlerinden yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (184). Day ve ark. (2016) Avusturalya'da yaşayan Asyalıların yüksek cilt kanseri riskini taşıdığını, bu grubun deri kanseri bilgi düzeylerinin çok düşük olduğunu ve müdahale çalışmalarının gerekliliğini bildirmişlerdir (185). Altunkürek ve Kaya (2021) çalışmalarında, ebeveynlerin DKGBÖ puanlarına göre deri kanseri ve güneş sağlığı bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını, bu konuda sağlık programlarına ihtiyaç olduğunu saptamışlardır (186). Çalışmamızda literatür ile paralel sonuçlar bulunmuştur. Ancak literatürde DKGBÖ ile verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Müdahale öncesi ebeveynlerin deri kanseri ve güneş sağlığı bilgisinin düşük olduğu saptandı. Eğitim sonrası müdahale grubu ebeveynlerin deri kanseri ve güneş bilgi düzeylerinde anlamlı artış oldu. Deri kanseri ve güneş bilgisi ölçeği puanlaması 0-25 arasında yapılmaktadır. Müdahale grubu ebeveynlerin son test ölçek puan ortalamasına göre ebeveynlerin bilgi düzeyi orta düzey olarak değerlendirilebilir. Haney ve ark. (2018)'nın DKGBÖ Türk kültürüne uyarlamak amacıyla yaptığı çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin ortalama ölçek puanı 15 (160), Akgün (2021)'ün yetişkinlerde yaptığı tez çalışmasında ölçek puan ortalaması 14'tür (160). Yapılan çalışmalarda ölçek toplam puanları bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Ebeveynlere verilen eğitim deri kanseri ve güneş sağlığı bilgisi üzerinde etkili olmuş ancak yeterli olmamıştır. Bu çalışma planlandıktan sonra COVID-19 pandemisinin ortaya çıkması nedeniyle ebeveynlerin birincil hastalık algısının COVID-19 üzerinde yoğunlaşmış olmasının verilen eğitimin etkinliğini azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca bu konuda daha fazla müdahale çalışmalarının yapılması, yapılacak çalışmalarda ise eğitimin daha etkin olması için izlem sürecinde belirli haftalarda hatırlatıcı iletişim araçları kullanılması (video, mesaj, bilgilendirici karikatür, fotoğraf vs. gönderilmesi) önerilmektedir.

Çalışmamızda; bronzlaşma, deri kanseri risk faktörleri ve deri kanseri belirtileri ölçek alt boyutları müdahale ve kontrol grubu puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. Müdahale grubu ebeveynlerin eğitim sonrası puanlarında artış görülmedi. Bunun sebebi verilen eğitimlerin çevrimiçi

olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bronzlaşma deri kanserinin en önemli risk faktörleri arasındadır. Bronzlaşma son yıllarda toplumda özellikle genç kızlar arasında moda olmuştur ve bronz tenin sağlıklı olduğunu düşünmektedirler (20, 23). Bu nedenle, adölesan dönem öncesi ve adölesan dönemde bulunan özellikle kız öğrencilerin bulunduğu ve bu öğrencilere sahip ebeveynlerin bu konuda bilgilendirileceği müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

5.5. EBEVEYNLERİN EBEVEYN GÜNEŞTEN KORUMA ÖLÇEĞİ (EGKÖ) PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.4.1. Eğitim Öncesi Ebeveynlerin EGKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada eğitim öncesi müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin, güneş koruyucu ürün kullanımı ve güneşten kaçınma ölçeklerin alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Müdahale grubu ebeveynlerin GKÜKÖ öz yeterlilik, normlar/tutumlar; GKÖ öz yeterlilik puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti.

5.4.2. Eğitim Sonrası Ebeveynlerin EGKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada müdahale grubu ebeveynlerine verilen eğitim sonrasında GKÜK öz yeterlilik alt boyutu ve GKÖ bronzlaşma beklentileri alt boyutu kontrol grubu ebeveynlerine göre anlamlı bulundu. Verilen eğitim müdahale grubu ebeveynlerin çocuklarını güneşten koruma davranışları üzerinde etkili olmuştur. Bu durumda;

$H_{0\text{-}2}$: *Ebeveynlere cilt kanseri ve kendi kendine deri muayenesi hakkında verilen eğitimin, çocuklarını güneşten koruma davranışları açısından müdahale grubu ve kontrol grubu arasında fark yoktur*. Hipotezi reddedilmiş olup, $H_{1\text{-}2}$ hipotezi kabul edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu ebeveynlerin güneşten korunma davranışları arasındaki farklılık, GKÜKÖ-Y alt boyutu ve BB alt boyut ile sağlandı.

Güneşten korunma davranışları, cilt kanserini önleme ve güneşte bulunan UVR'den korunmaya yönelik uygulanan davranışlardır. Koruyucu giysiler giymek,

güneş koruyucu ürünlerin kullanılması, güneş gözlüğü kullanmak, geniş kenarlı şapka takmak ve gölgede kalmak güneşten korunma davranışları olarak bilinmektedir. Bireylerin yaşamlarının ilk yıllarından itibaren kendilerini güneşten korumalıdır. Özellikle çocukların güneşten korunma davranışlarını uygulamaları ileride oluşabilecek deri kanseri riskini azaltmaktadır. Dolayısıyla ebeveynler çocuklarını güneşten korumalı ve çocukları için gerekli koruyucu davranışları uygulamalıdır (30, 35, 98).

Güneşten korunma davranışı olarak önerilen güneş koruyucu ürünlerin kullanımı, deri kanseri riskini önlemektedir. Güneş koruyucu ürünler, güneşte bulunan UVR'ye karşı koruyuculuk sağlamaktadır. Bu ürünler bebeklerde altı aydan sonra başlamak üzere her yaş bireyin özellikle yoğun güneş ışınlarına maruz kaldığı dönemlerde uygulanması önerilmektedir. Ebeveynlerin güneş koruyucu ürünleri çocuklarına uygulamaları, özellikle yaz aylarında ve tatil bölgelerinde sık aralıklarla uygulamaları gerekmektedir (106, 108). Araştırmamızda verilen eğitim sonrasında müdahale grubunun GKÜKÖ-Y alt boyutu puanı 17'den 18' e yükselmiş olup müdahale grubu ve kontrol gurubu ebeveynleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Verilen eğitim ebeveynlerin çocukları için güneşten koruyucu ürün kullanımı öz yeterlilikleri üzerinde etkili olmuştur. Literatürde bu konu hakkında ebeveynler ile yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Thoonen ve ark (2021) çalışmalarında ebeveynlerin çocuklarına güneşten koruma davranışlarını uygulamalarında öz yeterliliklerin etkili olduğu belirlemişler ve ebeveynlerin öz yeterliliklerinin artırılmasına vurgu yapmışlardır (187). Tan ve ark. (2018) çalışmalarında çocuklarına güneş koruyucu ürün kullanan ebeveyn oranının çok düşük olduğunu belirtmişlerdir (188). Çalışmamız ile benzer şekilde; Sümen ve Öncel (2020) ebeveynlere uyguladıkları "Çocuğumu Güneşten Koruyorum Programı" sonrasında müdahale gruplarında bulunan ebeveynlerin GKÜKÖ-Y puan ortalamaları yükselmiş, kontrol grubu ebeveynlerin puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulmuşlardır (35). GKÖ-Beklentileri alt boyutunun müdahale sonrasında ebeveynlerin puan ortalamalarında düşüş beklenmekteydi. Müdahale grubu ebeveynlerin eğitim sonrasında güneşten kaçınma beklenti alt boyutu puan ortalaması düşmüştür. Kontrol grubu ebeveynlerin puan ortalaması daha yüksektir. Verilen eğitim müdahale grubu ebeveynlerin güneşten

kaçınma beklentileri üzerinde etkili olmuştur. Sümen ve Öncel (2020)'in ebeveynler ile yaptıkları çalışmalarında GKÖ-Beklentileri alt boyutu sonuçları çalışmamız ile benzer olup, müdahale grubu ebeveynlerin puan ortalamaları çalışmalarında düşük ve anlamlı bulmuşlardır (35). Horvath ve ark., (2021) Güney Macaristan'da bakıcılar ile yaptıkları çalışmalarında müdahale sonrasında, müdahale grubu bakıcılarında güneş koruyucu davranışlarının iyileştiğini ancak önemli ölçüde etkili olmadığını belirlemişlerdir (189). Bu durum da deri kanseri ve güneşten korunma davranışları hakkında yapılan deneysel çalışmalarda verilen eğitimlerin müdahale grubu ebeveynlerinde etkili olduğu görülmektedir. Ancak eğitim sonrası bazı çalışmalarda büyük ölçüde güneşten korunma davranışları geliştirilirken bazı çalışmalarda davranışların geliştiği ancak önemli ölçüde olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda da ebeveynlerin güneşten korunma davranışları üzerinde etkili olduğu ancak istenilen etkinin görülmediği belirlenmiştir. Bu durumu verilen eğitimlerin süresi, niteliği, izlem süresinin değişiklik göstermesi etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak Sümen ve Öncel (2020)'in çalışmalarında; müdahale grupları ebeveynler GKÜKÖ normlar/tutumlar, ürün kullanımı beklentileri, ürün kullanımı engelleri alt boyutları puan ortalamaları, kontrol grubuna göre yüksek ve anlamlıdır (35). Aynı zamanda GKÖ-Öz yeterlilik, normlar/tutumlar, güneşten kaçınma beklentileri alt boyutları da anlamlı çıkmıştır. Bu farklılığın sebebi; Sümen ve Öncel (2020) çalışmalarında müdahale grubuna planladıkları eğitim programlarından sonra ebeveynlere hatırlatıcı kısa mesajlar göndermişler, bu uygulama eğitimin etkinliğini artırmıştır. Dolayısıyla planlanacak sağlık eğitimlerinde, bilgilerin kalıcı ve etkin olması için ara müdahalelerin yapılması etkili olabilir. Aynı zamanda çalışmamızın yürütüldüğü süreçte ebeveynlerin algısı pandemiye yöneldiği için, deri kanserine olan dikkatin azaldığı, okulların kapalı olması ve sokağa çıkma yasaklarının getirilmesi güneşten korunma davranışlarını uygulamaya fırsatının oluşmadığı, okul ve öğretmenlerine yönelik anket sorularını cevaplamada ebeveynlerin zorlandıkları, bu nedenle çalışmamızda literatürden farklı sonuçlara ulaştığımız düşünülmektedir.

Literatürde EGKÖ ile değerlendiren çalışmalara rastlanılmadığı için yeterince tartışılamamıştır. Ancak çalışmamızdan farklı olarak ebeveynlerin çocukları için

uyguladıkları güneşten korunma davranışlarını belirleyen tanımlayıcı çalışmalar bulunmaktadır (187, 188, 190-193). Wan ve ark. (2016) çalışmalarında ebeveynlerin %35,5'i çocuklarına düzenli güneş koruyucu kullandığını, şapka ve el şemsiyeleri en sık uygulanan korunma davranışı olduğunu (190), Mortier ve ark (2015) Fransız ebeveynler ve çocuk sahibi olmayan bireyler ile yaptıkları çalışmalarında; ebeveynlerin yarısı çocuklarına koruyucu kıyafet, güneş gözlüğü ve şapka takarken, %87'si çocuklarına güneş koruyucu krem uyguladığını bildirmişlerdir (191). Kaptanoğlu ve ark. (2012) KKTC'de yaptıkları çalışmalarında ebeveynlerin neredeyse tamamı güneşten korunma davranışı olarak güneş koruyucu ürünleri kullandığını belirlemişlerdir (192). Ergin ve ark., (2011) beş yaşından küçük çocuğa sahip annelerin çocuklarına uyguladıkları güneşten korunma davranışları arasında en sık koruyucu kıyafet giydirme, en az ise güneş koruyucu krem uygulama olduğunu (193), Altunkürek ve Kaya (2021) çalışmalarında, ebeveynlerin %61,3'ü çocuğunun gölgede kalmasını sağlarken, %43,9'u çocuğuna güneş kremi uygulamakta olduğunu saptamışlardır (187). Yapılan çalışmalara göre ebeveynlerin çocuklarına yönelik güneşten koruma davranışları yetersizdir, bazı ebeveynler çocuklarına sadece güneş koruyucu ürün kullanırken bazı ebeveynler gölgede kalmasını sağlamaktadır. Ebeveynler tarafından güneşten korunma davranışlarının benimsenmesi ve hepsinin uygulanması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamızda ebeveynlere verilen deri kanseri hakkında sağlık eğitimleri, çocuklarını güneşten koruma davranışları üzerinde etkilidir. Bu doğrultuda deri kanseri, erken tanı, KKDM ve güneşten koruma davranışlarını içeren sağlık eğitimleri planlanırken ebeveynler dahil edilmelidir. Ebeveynler için planlanan sağlık eğitimlerinin, çocuklarının sağlıkları üzerinde de etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda çocuklar için öncelikli rol model olan ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve güneşten korunma davranışlarını uygulamasının, çocuklar için örnek oluşturacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde ebeveynlere verilen deri kanseri ve KKDM hakkında verilen eğitimin çocuklarını güneşten koruma davranışlarına etkisini incelemek amacı ile yapılan çalışmamızdan elde ettiğimiz temel bulgular ve öneriler yer almıştır.

- ✓ Deri kanseri ve KKDM eğitimi ile müdahale grubu;
  - ✓ Cilt kanseri ve KKDM hakkında "bilgim yeterli" yanıtını veren ebeveyn sayısı (n=62) yükselmiştir.
  - ✓ Cilt kanserinin, erken dönemde tespit etmenin mümkün olduğunu düşünen ebeveyn sayısı (n=103) artmıştır.
  - ✓ Çocuğuna KKDM'yi uygulayan ebeveyn sayısında (n=71) artış olmuştur.
- ✓ Ebeveynler için DKGBÖ değerlendirildiğinde
  - ✓ Müdahale grubu ebeveynlerin eğitim sonrasında, ölçek puan ortalaması (16.02±3.64) yükselmiştir. Bu durum ebeveynlerin deri kanseri ve güneş sağlığı bilgi düzeylerinde artış olduğunu göstermektedir.
  - ✓ Verilen eğitim sonrasında müdahale grubu ebeveynlerin kontrol grubu ebeveynlerine göre güneşten korunma bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış olmuştur ($p<0,001$).
  - ✓ Eğitim sonrasında müdahale grubu ebeveynlerin, bronzlaşma alt boyutu puan ortalaması kontrol grubu ebeveynlerinin puan ortalamasına göre artış olmuş ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
  - ✓ Eğitim sonrasında müdahale grubu ebeveynlerin deri kanserinin önlenmesi konusunda bilgi düzeyleri artmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark çıkmıştır ($p<0,001$).
- ✓ EGKÖ incelendiğinde;
  - ✓ Müdahale grubu ebeveynlerinin eğitim sonrasında, GKÜKÖ-Y alt boyutunda anlamlı artış olmuştur ($p<0,001$).
  - ✓ Verilen eğitim sonrasında, BB alt boyutu müdahale ve kontrol grubu ebeveynleri arasında anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Bronzlaşma beklentilerinin puan ortalamasında düşüş beklenmektedir. Son test aşamasında müdahale grubu ebeveynlerin bronzlaşma beklentileri puanları düşmüş (9,56±3,85),

kontrol grubu ebeveynlerin ise yükselmiştir. Müdahale grubu ebeveynleri çocuklarının bronzlaşmasına yönelik beklentiye girmemektedir, verilen eğitim bu konuda etkili olmuştur.

- ✓ Müdahale grubu ebeveynlerine verilen eğitimin, çocuklarını güneşten korunma davranışlarından güneş koruyucu ürün kullanımı öz yeterliliği ve bronzlaşmadan kaçınma üzerinde etkili olmuştur.
- ✓ Müdahale grubu ebeveynlerin güneşten kaçınma beklentileri puan ortalaması (20,62±2,57), kontrol grubundan (19,67±3,04) yüksek çıkmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Literatürde ebeveynler ile yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ebeveynler, çocukların sağlıklarının korunması üzerinde etkili olan kişilerdir. Ortaokul öğrencisi olan çocuklar okula ve arkadaşlarına fazla zaman ayırmakta, yeterli düzeyde sağlıklarını koruma davranışı gösterememektedir. Bu nedenle ebeveynlerin bilgilendirilmesi hem kendi hem de çocuklarının sağlıklarını korumada önemli olacaktır. Ebeveynlerin deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışlarını belirleyen tanımlayıcı çalışmaların yapılması, literatürde bulunan eksikliği giderilmesi ve yapılacak diğer müdahale çalışmalarına yol göstermesi için faydalı olacaktır.
- Ebeveynler ile yapılan müdahale çalışmaları literatürde oldukça azdır. Daha geniş örneklemler grupları ile deneysel çalışmaların planlanması önerilebilir.
- Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından okullarda yürütülen sağlığın geliştirilmesi programlarına güneşten korunma davranışlarının eklenmesi ve bu eğitim programlarına ebeveynlerin de dahil edilmesi, çocukların deri kanseri için sağlık davranışlarını kazanmalarında etkili olabilir.
- Okullarda yürütülen sağlık programlarının planlanmasında halk sağlığı hemşireleri ile iş birliği yapılmalıdır.
- Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve okul sağlığı hemşireleri ile iş birliği yaparak, KKDM'yi ve güneşten korunma davranışlarını artırmak için geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yürütülebilir. Planlanan çalışmalar okullarda, okul hemşireleri tarafından yürütülebilir.

- Okullarda ders müfredatlarında güneş sağlığı bilgisine yer verilmeli, KKDM ve güneşten korunma davranışlarının kazandırılması yönünde içerik planlanmalı.
- Okul hemşirelerinin bulunduğu okullarda okul hemşireleri, olmayan okullarda ise müdürler/öğretmenler tarafından okul bahçeleri değerlendirilmeli, gölge alanların artırılması yönünde okul bahçeleri düzenlenmelidir. Bakanlıklar aracılığıyla bu düzenlenmeler denetlenmeli ve desteklenmelidir.
- Deri kanseri ve güneşten korunma davranışları önemli bir halk sağlığı problemidir. Toplumdan her yaş bireyin farkındalığı sağlamak veya artırmak amacıyla, deri kanseri, erken tanısı, KKDM ve güneşten korunma davranışlarını içeren televizyon ve radyolarda kamu spotları, toplu taşıma araçlarında bilgilendirme broşürleri düzenlenmesi önerilebilir. Özellikle tatil bölgelerinde, sahillerde, plajlarda bilgilendirici ve dikkat çekici yazılar, broşürler, posterler vs. yer almalıdır.
- Çocuklarda KKDM ve güneşten korunma davranışlarını oluşturmak için ebeveynler, öğretmenler ve okul çalışanları en iyi rol modellerdir. Bu kapsamda çocuklara rol model olacağı düşünülen bireylerinde bu konuda farkındalıklarının artırılması ve rol model çalışmalarına teşvik edilmesi önerilmektedir.
- Okullarda planlanan sağlık programlarında güneş koruyucu kremler uygulanarak gösterilebilir, çocuklara şapka ve güneş gözlüğü dağıtılabilir, "gölgede kalma güneşten kaçma" oyunları oynatılabilir ve bu programlara mutlaka ebeveynlerin dahil edilmesi önerilebilir.
- KKDM ve güneşten korunma davranışlarını öğreten eğitici oyunlar, interaktif eğitim materyalleri geliştirilebilir. Ebeveynlere ise Sağlık Bakanlığı aracılığı ile yıl içerisinde belirli sürelerde bilgilendirici mesajlar gönderilebilir.
- Çalışmamızda eğitimler yüz yüze planlanmış olup ancak COVİD-19 pandemisi sebebiyle çevrim içi ortamda yapılmıştır. Verilen eğitimlerin etkinliğini artırmak için çevrim içi eğitimlerin yanında yüz yüze eğitiminde kullanılması daha faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). (2020a). *Cancer Fact Sheets*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf (20.07.2021).

2. Donar, G. B. (2021). Türkiye'de kanser insidansı ve farkındalık etkinlikleri ile google çevrimiçi arama hacmi arasındaki ilişki: Retrospektif bir araştırma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *12*(2), 353–360. doi: 10.31067/ACUSAGLIK.851909.

3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye kanser istatistikleri 2017*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf (20.07.2021).

4. Kızılbey, K., & Akdeste, Z. M. (2013). Melanoma cancer. *Sigma: Journal of Engineering & Natural Sciences/Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi*, 31(4); 555-569.

5. Ayda, A., Yaman, B., Yanmaz, A., Yoldaş, A. H., Karaarslan, I., Akalın, T., Ceylan, C. (2020). Ege Üniversitesi Hastanesinde görülen melanom dışı deri kanserlerinin epidemiyolojik ve demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, *59*, 97-108.

6. Acer, E., & Erdoğan, H. K. (2019). Sık görülen deri kanserlerinin epidemiyolojisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, *4*, 52-60.

7. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394–424. doi: 10.3322/CAAC.21492

8. Friedman, R. J., Rigel, D. S., & Kopf, A. W. (1985). Early detection of malignant melanoma: The role of physician examination and self-examination of the skin. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *35*(3), 130–151. doi: 10.3322/CANJCLIN.35.3.130

9. Australian Government. (2021). *Melanoma of the skin statistics*. https://www.canceraustralia.gov.au/cancer-types/melanoma/statistics (22.07.2021).

10. Sacchetto, L., Rosso, S., Cancer, H. C.-… J. of, & 2021, undefined. (2021). Skin melanoma deaths within 1 or 3 years from diagnosis in Europe. *Wiley Online Library*, *148*(12), 2898–2905. doi: 10.1002/ijc.33479

11. Şirvan, S. S., Akgün, I., Sevim, K. Z., Dağdelen, D., Yenici, O., Yeşilada, A. K., ... & Kıyak, M. V. (2016). Deri tümörlerinde sentinel lenf bezi biyopsisinin kullanımı. *ŞEEAH Tıp Bülteni*, *50*(3), 220-7.

12. What Is Melanoma Skin Cancer? (2019). *American Cancer Society*. https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/about/what-is-melanoma.html (20.072021).

13. Gülseren, D., Elçin, G., Erkin, G., Armağan, B. Y., Akdoğan, N., Doğan, S., ... & Atakan, N. (2020). Bir sosyal sorumluluk projesi "Dost benim, düşman benim, dostunu düşmanını erken tanı": Deri kanseri taramasında değerlendirilen hastaların retrospektif incelenmesi. *Türkiye Klinikleri. Tip Bilimleri Dergisi*, *40*(1), 19-25.

14. Swetter, S. M., Pollitt, R. A., Johnson, T. M., Brooks, D. R., & Geller, A. C. (2012). Behavioral determinants of successful early melanoma detection: Role of self and physician skin examination. *Cancer*, *118*(15), 3725–3734. doi: 10.1002/CNCR.26707.

15. DiMillo, J., Brosseau, D. C., Gomez-Garibello, C., Hall, N. C., Ezer, H., Wang, B., & Körner, A. (2017). Self-efficacy and comfort with partner-assisted skin examination in patients receiving follow-up care for melanoma. *Health Education Research*, *32*(2), 174–183. doi: 10.1093/HER/CYX037.

16. Coroiu, A., Moran, C., Bergeron, C., Drapeau, M., Wang, B., Kezouh, A., Ernst, J., Batist, G., & Körner, A. (2020). Short and long-term barriers and facilitators of skin self-examination among individuals diagnosed with melanoma. *BMC Cancer*, *20*(1), 1-14. doi:10.1186/S12885-019-6476-5.

17. Koştu, N., Erkin, Ö., & Bayık Temel, A. (2014). Kendi kendine deri muayenesi (KKDM) formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlilik çalışması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7*(1), 7-11.

18. *The Skin Cancer Foundation, Self-Exams Save Lives, https://www.skincancer.org/early-detection/self-exams/*. (22.07.2021).

19. Demir, L. S., Aksoy Aşuk, N., Aktuğ Demir, N. Ed. Taş, M. E. (2012). *Kanser erken tanısı ve KETEM sonuç raporu.* Adıyaman: Burak Ofset Matbaacılık.

20. Ağadayı, E., Alsancak, A. D., Üstünol, D., Şencan, İ., Küçükceran, H., Kahveci, R., & Özkara, A. (2017). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Malign Melanom Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve Güneşten Korunma Hakkındaki Tutumları. *Konuralp Medical Journal*, *9*(3), 177–182. doi:10.18521/KTD.298063

21. Gordon, R. (2013, August). Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *In Seminars in oncology nursing*, 29(3),160-169. doi:10.1016/j.soncn.2013.06.002.

22. Gül, Ü. (2016). Nonmelanoma Deri Kanserleri: Bazal Hücreli Kanser Ve Skuamöz Hücreli Kanser. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, *8*(6), 36-41. https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/488277.(28.09.2021)

23. Duran, E. (2019). *Ergenlerde güneş ışınları, bronzlaşma ve kendi kendine deri muayenesi konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlara etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

24. Skin Cancer Foundation. (2021b). *Melanoma Overview A Dangerous Skin Cancer*. https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/ (22.07.2021).

25. Kanal, H. E. Ş., Çalışkan, D., & Emeksiz, C. (2019, October). Halk sağlığı bakış açısı ile UV ve cilt kanserleri. In *3. International 21. National Public Health Congress*.

26. Oğrum, A., & Oktay, G. (2019). Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *23*(3), 110-117.

27. Eker, E. O., & Kantarlı, S. (2020). İklim değişikliğinin sağlık üzerine etkileri. *Doğanın Sesi*, (5), 13-23.

28. Patel, A. R., Zaslow, T. L., Wren, T. A., Daoud, A. K., Campbell, K., Nagle, K., & Coel, R. A. (2019). A characterization of sun protection attitudes and behaviors among children and adolescents in the United States. *Preventive Medicine Reports*, *16*, 100988.

29. Von Schuckmann, L. A., Wilson, L. F., Hughes, M. C. B., Beesley, V. L., Janda, M., van der Pols, J. C., ... & Green, A. C. (2019). Sun protection behavior after diagnosis of high-risk primary melanoma and risk of a subsequent primary. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *80*(1), 139-148.

30. Ercan, T. M. F. (2018). Bir Üniversite yerleşkesinin açık alanını kullanan kişilerin güneşten korunma davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *27*(1), 11-19.

31. Holman, D. M., Ding, H., Freeman, M., & Shoemaker, M. L. (2019). Association between sun protection behaviors and sunburn among US older adults. *The Gerontologist*, *59*(1), 17-27.

32. Grandahl, K., Ibler, K. S., Laier, G. H., & Mortensen, O. S. (2018). Skin cancer risk perception and sun protection behavior at work, at leisure, and on sun holidays: A survey for Danish outdoor and indoor workers 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *23*(1), 1-11. doi: 10.1186/S12199-018-0736-X.

33. Sümen, A., & Öncel, S. (2014). Deri kanseri ve güneşten korunmaya yönelik öğrencilerle ilgili yapılan çalışmalar: literatür incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7,* 2.

34. Altunkürek, Ş. Z., & Kaya, E. (2020). Ankara'da Bulunan Bir Ortaokuldaki 8. Sınıf Öğrencilerinin Güneşten Korunma Özyeterliliklerinin Güneşten Korunma Davranışlarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, *2*(3), 137-144.

35. Sümen, Adem, & Öncel, S. (2021). The effect of 'I am Protecting my Child from the Sun' programme on parental sun protection behaviours: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(1), 387–400. doi:10.1111/JAN.14614.

36. Turhan-Haktanır, N., & Yazıcı, S. (2008). Ebeveynlerin sosyal, ekonomik ve kültürel düzeylerinin çocukları güneşin zararlı etkilerinden koruma üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi*, *8*(3), 160-165.

37. Tripp, M. K., Vernon, S. W., Gritz, E. R., Diamond, P. M., & Mullen, P. D. (2013). Children's skin cancer prevention: a systematic review of parents' psychosocial measures. *American journal of preventive medicine,* 44(3), 265-273. doi: 10.1016/j.amepre.2012.10.027.

38. Thoonen, K., Schneider, F., Candel, M., De Vries, H., & Van Osch, L. (2019). Childhood sun safety at different ages: Relations between parental sun protection behavior towards their child and children's own sun protection behavior. *BMC Public Health*, *19*(1), 1-10. doi: 10.1186/S12889-019-7382-0.

39. Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(3), 154-165.

40. Sümen, A. (2014). *Denizcilik lisesi öğrencilerine cilt kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi ve davranışlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya

41. Ünüvar, E. (2017). *Erken evre kanser hastalarında psikoeğitimin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

42. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017a). *Kanser Nedir*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri (24.07.2021).

43. Türk Kanser Derneği.(2018). Kanser Türleri, https://www.turkkanserdernegi.org/tr/kanser-turleri/135/cilt-kanseri.html. (24.07.2021)

44. American Institute for Cancer Research. (2018). *Global cancer data by country*. https://www.wcrf.org/dietandcancer/global-cancer-data-by-country/ (24.07.2021).

45. World Health Organization (WHO). (2020b). *Cancer Today*. https://gco.iarc.fr/today/home (24.07.2021).

46. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394–424. doi: 10.3322/CAAC.21492.

47. Globocan (2020). Melanoma of skin Source. https://gco.iarc.fr/today. (24.07.2021)

48. Leiter, U., Keim, U., & Garbe, C. (2020). Epidemiology of skin cancer: Update 2019. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, *1268*, 123–139. doi: 10.1007/978-3-030-46227-7_6.

49. Ayda, A., Yaman, B., Yanmaz, A., Yoldaş, A. H., Karaarslan, I., Akalın, T., Ceylan, C. (2020). Ege Üniversitesi Hastanesinde görülen melanom dışı deri kanserlerinin epidemiyolojik ve demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, *59*, 97-108.

50. Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*, *149*(4), 778–789. doi: 10.1002/IJC.33588.

51. Skin Cancer Foundation. (2021d). *Our New Approach to a Challenging Skin Cancer Statistic*. https://www.skincancer.org/blog/our-new-approach-to-a-challenging-skin-cancer-statistic/ (24.07.2021).

52. Baş, S., Çakır, Ş., Ertaş, Y., Irmak, F., & Yeşilada, A. K. (2019). Epidemiological evaluation of non-melanoma skin cancer according to body distribution. *Turkderm Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, *54*(2), 51–57. doi: 10.4274/TURKDERM.GALENOS.2020.09125.

53. Altay, B. Ü., Engin, Ö., & Erdoğan, I. G. (2021). Melanom Dışı Deri Kanserlerinin 11 Yıllık Retrospektif Analizi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *6*(1), 143–147.

54. Thomson, J., Hogan, S., Leonardi-Bee, J., Williams, H. C., & Bath-Hextall, F. J. (2021). Interventions for basal cell carcinoma: abridged Cochrane systematic review and GRADE assessments. *British Journal of Dermatology*, *185*(3), 499–511. doi: 10.1111/BJD.19809.

55. Skin Cancer Foundation. (2021). *Basal Cell Carcinoma Overview The Most Common Skin Cancer*. https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/basal-cell-carcinoma/ (24.07.2021).

56. Çiloglu, S., Duran, A., Yigit, A., Büyükdogan, H., & Keskin, E. (2015). Kulak Kepçesi Yerlesimli Melanom Disi Deri Kanserleri: 51 Olgunun Geriye Dönük Analizi/Non-Melanoma Skin Cancers of Pinna: Retrospective Assesment of 51 Cases. *Turk Dermatoloji Dergisi*, *9*(4), 177.

57. *The Skin Cancer Foundation Official Website - The Skin Cancer Foundation*. (n.d.). Retrieved November 5, 2021, from https://www.skincancer.org/ (25.07.2021).

58. Suppa, M., Fontaine, M., Dejonckheere, G., Cinotti, E., Yélamos, O., Diet, G., ... & Del Marmol, V. (2021). Line-field confocal optical coherence tomography of basal cell carcinoma: A descriptive study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *35*(5), 1099-1110.

59. Tanese, K. (2019). Diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Current Treatment Options in Oncology*, *20*(2), 1-13.

60. Akgün, Y. (2021). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin deri kanseri hakkında bilgi düzeyleri ve güneş ışınlarından korunma durumları. *Uzmanlık Tezi,Hatay.*

61. Irmak, F., Selami, S. Ş., Serin, M., Sevim, K. Z., Yeşilada, A. K., & Yazar, S. K. (2019). Squamous cell carcinoma of the hand: clinical presentation, surgical treatment, outcome and survival rate: a series of 129 cases. *Turk Dermatoloji Dergisi*, *13*(1), 30-34.

62. Oğrum, A., & Oktay, G. (2019). Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *23*(3), 110-117.

63. Erkin, Ö. (2015). *Hemşirenin yürüttüğü eğitim ve İzlem programının çocukların güneşten korunma davranışlarına etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

64. Tufaro, A. P., Chuang, J. C.-M., Prasad, N., Chuang, A., Chuang, T. C., & Fischer, A. C. (2011). Molecular Markers in Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *International Journal of Surgical Oncology*, *2011*, 1–5. doi: 10.1155/2011/231475.

65. Gündoğdu, D. (2016). *Tarımda çalışanların deri kanseri risk düzeyleri, risk algıları, bilgi ve davranışlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

66. Yararbaş, Ü., Argon, M., Gürler, T., & Erdem, M. (2017). *Malign Melanomda Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi*. doi: 10.4274/nts.011.

67. Ayan, E. (2019). *Dermoskopik görüntülerden melanomanın derin evrişimsel sinir ağları ile teşhisi*. Doktora Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkale.

68. *Radiation: Ultraviolet (UV) radiation and skin cancer*. (207). Retrieved November 5, 2021, from https://www.who.int/news-room/q-a-detail/radiation-ultraviolet-(uv)-radiation-and-skin-cancer# (25.07.2021).

69. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, *71*(3), 209-249.

70. Seth, R., Messersmith, H., Kaur, V., Kirkwood, J. M., Kudchadkar, R., McQuade, J. L., ... & Funchain, P. (2020). Systemic therapy for melanoma: ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(33), 3947-3970.

71. Liu, F.-C., Grimsrud, T. K., Veierød, M. B., Robsahm, T. E., Ghiasvand, R., Babigumira, R., Shala, N. K., & Stenehjem, J. S. (2021). Ultraviolet radiation and risk of cutaneous melanoma and squamous cell carcinoma in males and females in the Norwegian Offshore Petroleum Workers cohort. *American Journal of Industrial Medicine*, *64*(6), 496–510. doi: 10.1002/AJIM.23240.

72. Moan, J., Grigalavicius, M., Baturaite, Z., Dahlback, A., & Juzeniene, A. (2015). The relationship between UV exposure and incidence of skin cancer. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, *31*(1), 26-35.

73. Robsahm, T. E., Karagas, M. R., Rees, J. R., & Syse, A. (2014). New malignancies after squamous cell carcinoma and melanomas: A population-based study from Norway. *BMC Cancer*, *14*(1). doi: 10.1186/1471-2407-14-210.

74. Kudubeş, A. A., Bektaş, M., & Karakurt, S. (2021). The effect of high school students' self-efficacy and perceptions for sun protection on their sun protection behaviors. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *14*(2), 124-133.

75. Yakut, Ç. D., Orhan, A. E., Balı, Y. Y., Hasçiçek, N. C., & Ünlü, R. E. (2016). Nonmelanom Deri Kanserli Hastalarda Tanı Öncesi Güneş Koruyucu Ürün Kullanım Alışkanlıkları. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi*, *26*(1), 15–24. doi: 10.5336/DERMATO.2015-47865.

76. da Silva, I. H. S., Borges, E. S., Guareschi, S., Crispim, L. F., & Gomes, E. V. (2021). Uso do sirolimus na prevenção e diminuição da recidiva de câncer de pele em pacientes transplantados: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Development*, *7*(8), 81917-81929.

77. Skin Cancer Foundation. (2021c). *Melanoma Warning Signs*. https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-warning-signs-and-images/ (25.07.2021).

78. Baykal, C., & Ekinci, A. P. (2015). Malign melanom: Risk faktörleri ve temel klinik özellikler. *Türk Dermatoloji Dergisi*, *9*(1), 1–7. doi: 10.4274/tdd.2671.

79. Glazer, A. M., Rigel, D. S., Winkelmann, R. R., & Farberg, A. S. (2017). Clinical Diagnosis of Skin Cancer: Enhancing Inspection and Early Recognition. *Dermatologic Clinics*, *35*(4), 409–416. doi: 10.1016/J.DET.2017.06.001.

80. American Academy of Dermatology Association (AAD). (n.d.). *Skin cancer awareness: spot skin cancer*. Web: https://www.aad.org/public/public-health/skin-cancer-awareness (25.07.2021).

81. Robinson, J. K., Reavy, R., Mallett, K. A., & Turrisi, R. (2020). Remote skin self-examination training of melanoma survivors and their skin check partners: A randomized trial and comparison with in-person training. *Cancer Medicine*, *9*(19), 7301-7309.

82. Bhurosy, T., Heckman, C. J., & Riley, M. (2020). Prevalence and correlates of skin self-examination behaviors among melanoma survivors: A systematic review. *Translational Behavioral Medicine*, *10*(5), 1120–1133. doi: 10.1093/TBM/IBAA003.

83. Robinson, J. K., Brown, Z., & Spring, B. (2021). Melanoma skin self-examination education during mammography: Health burden of women impairs implementation. *Journal of Cancer Education*, *36*(4), 858–864. doi: 10.1007/s13187-020-01714-4.

84. *The Skin Cancer Foundation*. *Self-Exams.* https://www.skincancer.org/early-detection/self-exams/ (26.07.2021).

85. Friedman, R. J., Rigel, D. S., & Kopf, A. W. (1985). Early detection of malignant melanoma: The role of physician examination and self-examination of the skin. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *35*(3), 130–151. doi: 10.3322/CANJCLIN.35.3.130.

86. Society, American cancer. (2019). *How to Do a Skin Self-Exam*. https://www.cancer.org/healthy/be-safe-in-sun/skin-exams.html (10.02.2021).

87. *British Skin Foundation*. *Checking your skin*. https://www.britishskinfoundation.org.uk/checking-your-skin (10.02.2021).

88. *American Academy of Dermatology Association. Detect skin cancer: How to perform a skin self-exam*. https://www.aad.org/public/diseases/skin-cancer/find/check-skin (10.02.2021).

89. Australian Government. (2021). *Melanoma of the skin statistics*. https://www.canceraustralia.gov.au/cancer-types/melanoma/statistics (10.02.2021).

90. Sar-Graycar, L., Rotemberg, V. M., Matsoukas, K., Halpern, A. C., Marchetti, M. A., & Hay, J. L. (2021). Interactive skin self-examination digital platforms for the prevention of skin cancer: A narrative literature review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *84*(5), 1459-1468.

91. Thanh, D. N., Prasath, V. S., & Hien, N. N. (2019). Melanoma skin cancer detection method based on adaptive principal curvature, colour normalisation and feature extraction with the ABCD rule. *Journal of Digital Imaging,* 33,574–585. doi:10.1007/s10278-019-00316-x.

92. Yılmaz, F., Uzun, B., & Ergin, S. (2019). The diagnosis of melanoma skin cancer using histogram of oriented gradient based features. In *2nd International Congress on Engineering and Arthitecture*, 1364-1369.

93. Goldsmith, L. A., Askin, F. B., Chang, A. E., Cohen, C., Dutcher, J. P., Gilgor, R. S., ... & Sober, A. (1992). Diagnosis and treatment of early melanoma: NIH Consensus Development Panel on Early Melanoma. *JAMA*, *268*(10), 1314-1319.

94. Koçak, A. N. (2018). *Üniversite öğrencilerinin deri kanseri ve güneşten korunma hakkındaki bilgi ve davranış düzeyleri,* Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

95. Fischer, A. H., Wang, T. S., Yenokyan, G., Kang, S., & Chien, A. L. (2017). Association of indoor tanning frequency with risky sun protection practices and skin cancer screening. *JAMA Dermatology*, *153*(2), 168-174.

96. Sümen, Adem, & Öncel, S. (2018b). Development of sun protection behaviors in preschoolers: A systematic review. *Turkderm Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, *52*(2), 56–63. doi: 10.4274/TURKDERM.79346.

97. Fernández-Morano, T., de Troya-Martín, M., Rivas-Ruiz, F., Fernández-Peñas, P., Padilla-España, L., Sánchez-Blázquez, N., & Buendía-Eisman, A. (2017). Sun Exposure Habits and Sun Protection Practices of Skaters. *Journal of Cancer Education*, *32*(4), 734–739. doi: 10.1007/s13187-016-1036-z.

98. *SunSmart program - SunSmart.* (n.d.). Retrieved November 5, 2021, from https://www.sunsmart.com.au/about-sunsmart/sunsmart-program.

99. Dobbinson, S. J., Volkov, A., & Wakefield, M. A. (2015). Continued Impact of SunSmart Advertising on Youth and Adults' Behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, *49*(1), 20–28. doi: 10.1016/j.amepre.2015.01.011.

100. Hunkin, H., Pollock, K., & Scupham, R. (2020). The National SunSmart Schools Program: Impact on sun protection policies and practices in Australian primary schools. *Health Promotion Journal of Australia*, *31*(2), 251–257. doi: 10.1002/HPJA.291.

101. Dudley, D. A., Winslade, M. J., Wright, B. J., Cotton, W. G., Mciver, J. L., & Jackson, K. S. (2015). Rationale and study protocol to evaluate the SunSmart policy intervention: A cluster randomised controlled trial of a primary school-based health promotion program. *BMC Public Health*, *15*(1), 1-7. doi: 10.1186/S12889-015-1371-8.

102. Skcin. (2021). *Welcome to sun safe schools*. https://www.sunsafeschools.co.uk/ (15.02.2021).

103. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017b). *Kanser Önleme Çalışmaları*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma/kanserden-korunmalist/kanser-önleme-çalışmaları.html (24.07.2021).

104. Canbolat, Ş., Kilinç, M., Ruken Gürbüz, N., & Kut, D. (2014). *Tekstil uygulamalarında biyomimetik yaklaşımlar*. 91–111.

105. Gül, Ü. (2015). Güneş, sıcak ve derimiz. *Ankara Medical Journal*, *15*(3), 145-152.

106. American Academy of Dermatology Association (AAD). (2019). *Is sunscreen safe?*

https://www.aad.org/public/everyday-care/sun-protection/sunscreen-patients/is-sunscreen-safe (15.02.2021).

107. American Academy of Dermatology Association (AAD). (2021). *SUNSCREEN FAQS*. https://www.aad.org/media/stats-sunscreen (15.02.2021).

108. Mbanga, L., Mulenga, M., Mpiana, P. T., Bokolo, K., Mumbwa, M., & Mvingu, K. (2014). Determination of Sun Protection Factor (SPF) of some body creams and lotions marketed in Kinshasa by Ultraviolet Spectrophotometry. *International Journal of Advanced Research in Chemical Science (IJARCS)*, *1*(8), 7-13.

109. Skin Cancer Foundation. (2019). *Sun Protection*. https://www.skincancer.org/skin-cancer-prevention/sun-protection/ (15.02.2021).

110. Gęgotek, A., Ambrożewicz, E., Jastrząb, A., Jarocka-Karpowicz, I., & Skrzydlewska, E. (2019). Rutin and ascorbic acid cooperation in antioxidant and antiapoptotic effect on human skin keratinocytes and fibroblasts exposed to UVA and UVB radiation. *Archives of Dermatological Research*, *311*(3), 203–219. doi: 10.1007/S00403-019-01898-W.

111. Balcı, E., Durmuş, H., Arslantaş, E. E., & Gün, İ. (2018). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Yetişkinlerin Güneşin Zararlı Etkileri ve Korunma Yolları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Türk Dermatoloji Dergisi*, *12*(2), 96-99.

112. Slevin, T. (Ed.). (2014). *Sun, skin and health*. Collingwood, Australia: Csiro Publishing.

113. Chen, L. J., Chang, Y. J., Shieh, C. F., Yu, J. H., & Yang, M. C. (2021). Relationship between practices of eye protection against solar ultraviolet radiation and cataract in a rural area. *PloS One*, *16*(7), e0255136.

114. Çınar, F. İ., Çetin, F. Ş., Kalender, N., & Bağcivan, G. (2015). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin güneşten korunmaya ilişkin davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, *57*, 241-246.

115. Young, C. (2009). Solar ultraviolet radiation and skin cancer. *Occupational Medicine*, *59*(2), 82–88. doi: 10.1093/OCCMED/KQN170.

116. Guerra, K. C., Urban, K., & JS, Crane, J. S. (2018). *Sunburn.* Treasure Island (FL) StatPearls Publishing

117. Tribby, C. P., Julian, A. K., Oh, A. Y., Perna, F. M., & Berrigan, D. (2020). Associations between ultraviolet radiation, tree cover and adolescent sunburns. *International Journal of Health Geographics*, *19*(1), 1-14. doi: 10.1186/S12942-020-00253-X.

118. Ummanel, A. (n.d.). *Gelişim ve Öğrenme*. https://doi.org/10.14527/9786053185598.02 (23.08.2021).

119. Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik Gelişimi. *Current Approaches in Psychiatry*, *4*(4), 566–589. doi: 10.5455/CAP.20120433.

120. Ahioğlu-Lindberg, N. (2011). Piaget ve Ergenlikte Bilişsel Gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, *19*(1), 1–10.

121. Orhan, R., & Ayan, S. (2018). Psiko-Motor ve Gelişim Kuramları Açısından Spor Pedagojisi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *8*(2), 523–540.

122. Aral, N., Baran, G., Bulut, Ş., & Çimen, S. (2000). *Çocuk gelişimi-I*, 1. Baskı. İstanbul: Ya-pa Yayınları.syf:25-29.

123. Suat, K. O. L. (2011). Erken çocuklukta bilişsel gelişim ve dil gelişimi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *21*(21), 1-21.

124. Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, *8*(2), 88-99.

125. Şahinöz, A. (2020). Annelerin Bebeklik Döneminde Gelişime İlişkin Bilgi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, *14*(3), 249-257.

126. Doç, Y., & Çukur, D. (2011). Erken Çocukluk Döneminde Görsel Algı Gelişimine Uygun 25 Mekan Tasarımı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *24*(24), 25–36. doi: 10.21560/spcd.75766.

127. Avşaroğlu, G. (2019). *7-11 yaş aile eğitimi kurs programının öğretmen görüşlerine göre değerlendirilmesi,* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

128. Çapri, B., & Çelikkaleli, Ö. (2005). İlköğretim birinci kademedeki (7–11 yaş grubu) çocukların korunum gelişim düzeylerinin cinsiyet ve sınıf değişkeni açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *1*(1), 48-65.

129. Bayram, H. (2020). Psikososyal gelişim kuramının sosyal bilgiler dersi kapsamında incelenmesi. *Journal of Social Sciences of Mus Alparslan University*, *8*(6), 1993–2001. doi: 10.18506/anemon.761896.

130. Arslan, E. M. E. L., Angın, D. E., Yazıcı, Z., Kaçan, M. O., Kanak, M., Kılıçgün, M. Y., Yapıcı, M. (2015). *Erken çocukluk döneminde gelişim*. Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık.syf:91,119,181.

131. Eliküçük, A., & Sönmez, S. (2011). 6 Yaş Çocuklarının Cinsel Gelişim ve Eğitimiyle İlgili Ebeveyn Görüşlerinin İncelenmesi. *Journal of Social Policy Studies*, *25*(25), 45–62. doi: 10.21560/SPCD.54476.

132. Akçinar, B., Baydar, N., Kağıtçıbaşı, Ç., Bölümü, P., Fakültesi, F.-E., Üniversitesi, I., Bilimler, İ., Fakültesi, E., Üniversitesi, K., & Yazar, S. (2018). Erken ergenlikte ahlak gelişimi: Bir müdahale Araştırması. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, *14*(2), 153–169. doi: 10.17244/eku.322365.

133. Çam, Z., Çavdar, D., Seydooğulları, S., & Çok, F. (2012). Ahlak gelişimine klasik ve yeni kuramsal yaklaşımlar. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, *12*(2), 1211-1225.

134. Parlaz, E. A., Tekgül, N., Karademirci, E., & Öngel, K. (2012). Ergenlik dönemi: Fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, *3*(2), 10-16.

135. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2019). *Adolescent demographics*. https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/ (26.02.2021).

136. Erci, B. (2016). *Halk sağlığı hemşireliği*. Ankara: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.syf:122-135.

137. Derman, O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, *63*(1), 19-21.

138. Koç, M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes University Journal of Social Sciences Institute*, *1*(17), 231–238. https://dergipark.org.tr/en/pub/erusosbilder/253040

139. Şahin, Ş., & Özçelik, Ç. Ç. (2016). Ergenlik dönemi ve sosyalleşme. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, *5*(1), 42-49.

140. Özcebe, H. (2002). Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *11*(10), 374-377.

141. Yavaş, C. Ö. G. (2017). Orta ve geç ergenlik dönemindeki ergenlerde tutum ve davranış farklılıkları. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *3*(2), 113–138.

142. Özsoy, S. A., & Koca, B. (2015). Dünyada Halk SağliHemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *31*(3), 108–118. https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/630136

143. Sleet, D. A., & Dellinger, A. M. (2020). Using behavioral science theory to enhance public health nursing. *Public Health Nursing*, *37*(6), 895-899.

144. Akgül, E., & Ergün, A. (2021). Toplum Sağlığının Geliştirilmesinde Okul Sağlığı Hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *3*(2), 141-153.

145. Yıldırım, J. G., Ardahan, M., & Kurt, A. (2021). Ebeveynlerin Okul Sağlığı Hemşiresinin Rollerini Algılamaları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 85-91.

146. Duarte, A. F., Nagore, E., Silva, J. N., Picoto, A., Pereira, A. C., & Correia, O. J. (2018). Sun protection behaviour and skin cancer literacy among outdoor runners. *European Journal of Dermatology*, 28(6), 803-808.

147. Crane, L. A., Deas, A., Mokrohisky, S. T., Ehrsam, G., Jones, R. H., Dellavalle, R., ... & Morelli, J. (2006). A randomized intervention study of sun protection promotion in well-child care. *Preventive Medicine*, *42*(3), 162-170.

148. Ho, B. K., Reidy, K., Huerta, I., Dilley, K., Crawford, S., Hultgren, B. A., ... & Robinson, J. K. (2016). Effectiveness of a multicomponent sun protection program for young children: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, *170*(4), 334-342.

149. Sümen, A., & Öncel, S. (2021). Sosyal bilişsel teoriye temellendirilmiş bir eğitim programının tanıtımı: çocuğumu güneşten koruyorum. *Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*, *13*(1), 163-170.

150. Enhancing the Quality and Transparency of Research Network (EQUATOR), 2021. http://www.consort-statement.org/downloads/translations.(25.06.2021

151. Kasar, K. S., Yesilbalkan, O. U., & Yildirim, Y. (2019). Nursing Student's Awareness on Skin Cancer. *International Journal of Caring Sciences*, *12*(2), 1081-1087.

152. Glenn, B. A., Chen, K. L., Chang, L. C., Lin, T., & Bastani, R. (2017). Skin examination practices among melanoma survivors and their children. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 335-343.

153. Baghianimoghadam, M., Mohammadi, v, Noorbala, M., & Mahmoodabad, S. M. (2011). An intervention based on protection motivation theory in reducing skin cancer risk. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, *21*(3), 141–148.

154. Heckman, C. J., Darlow, S. D., Ritterband, L. M., Handorf, E. A., & Manne, S. L. (2016). Efficacy of an intervention to alter skin cancer risk behaviors in young adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *51*(1), 1-11.

155. Oğrum, A., & Demir, O. (2020). Does counseling have an effect on sun protection behaviors and early detection of skin cancer in middle-aged and older Turkish people?. *TURKDERM-Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, *54*(1), 9-14.

156. Fitzpatrick, T. B. (1988). The Validity and Practicality of Sun-Reactive Skin Types I Through VI. *Archives of Dermatology*, *124*(6), 869–871. doi: 10.1001/ARCHDERM.1988.01670060015008.

157. Fitzpatrick, T. B. (1995). Pathophysiology of Hypermelanoses. *Clinical Drug Investigation*, *10*(2), 17–26. doi: 10.2165/00044011-199500102-00004.

158. OE, B., N, K., & AB, T. (2012). Training program to raise consciousness among adolescents for protection against skin cancer through performance of skin self examination. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*, *13*(10), 5011–5017. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.10.5011.

159. Day, A. K., Wilson, C., Roberts, R. M., & Hutchinson, A. D. (2014). The Skin Cancer and Sun Knowledge (SCSK) Scale: Validity, Reliability, and Relationship to Sun-Related Behaviors Among Young Western Adults. *Health Education and Behavior*, *41*(4), 440–448. doi: 10.1177/1090198114529129.

160. Haney, M. O., Bahar, Z., Beser, A., Arkan, G., & Cengiz, B. (2018). Psychometric Testing of the Turkish Version of the Skin Cancer and Sun Knowledge Scale in Nursing Students. *Journal of Cancer Education*, *33*(1), 21–28. doi: 10.1007/s13187-016-1041-2.

161. Tripp, M. K., Carvajal, S. C., McCormick, L. K., Mueller, N. H., Hu, S. H., Parcel, G. S., & Gritz, E. R. (2003). Validity and reliability of the Parental Sun Protection Scales. *Health Education Research*, *18*(1), 58–73. doi: 10.1093/HER/18.1.58.

162. Sümen, A., & Öncel, S. (2018). Assessment of reliability and validity of the Parental Sun Protection Scales in Turkish population. *Clinical and Experimental Health Sciences*, *8*(4), 245-255.

163. Tyc, V. L. (2019). Challenges in changing sun protection behaviors in children and adolescents. *Translational Behavioral Medicine*, *9*(3), 489-492.

164. Balyaci, Ö. E., Kostu, N., & Temel, A. B. (2012). Training program to raise consciousness among adolescents for protection against skin cancer through performance of skin self examination. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(10), 5011–5017. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.10.5011.

165. Kanik, E. A., Taşdelen, B., & Erdoğan, S. (2011). Klinik Denemelerde Randomizasyon. *Marmara Medical Journal*, *24*(3), 149-155.

166. Ağadayı, E., Alsancak, A. D., Üstünol, D., Şencan, İ., Küçükceran, H., Kahveci, R., & Özkara, A. (2017). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Malign Melanom Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi ve Güneşten Korunma Hakkındaki Tutumları. *Konuralp Medical Journal*, *9*(3), 177–182. doi: 10.18521/KTD.298063.

167. Öztürk, A., Arca, E., & Gonulal, M. (2021). The clinical and dermatoscopic features of melanocytic nevi in Turkish young people with 18-25 years old. *Pamukkale Medical Journal*, *14*(2), 428–437. doi: 10.31362/PATD.810294.

168. Fehér, K., Cercato, M. C., Prantner, I., Dombi, Z., Burkali, B., Paller, J., & Ember, I. (2010). Skin cancer risk factors among primary school children: Investigations in Western Hungary. *Preventive Medicine*, *51*(3-4), 320–324. doi: 10.1016/J.YPMED.2010.07.002.

169. Gül, Ü. (2016). Nonmelanoma deri kanserleri: bazal hücreli kanser ve skuamöz hücreli kanser. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, *8*(6), 36-41. https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/488277

170. Akdeniz Kudubeş, A., Bektaş, M., & Karakurt, S. (2021). The Effect of High School Students'

Self-Efficacy and Perceptions for Sun Protection on Their Sun Protection Behaviors. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *14*(2), 124–133.

171. Gritz, E. R., Tripp, M. K., James, A. S., Carvajal, S. C., Harrist, R. B., Mueller, N. H., ... & Parcel, G. S. (2005). An intervention for parents to promote preschool children's sun protection: effects of Sun Protection is Fun!. *Preventive medicine*, *41*(2), 357-366.

172. Erkin, Ö., Ardahan, M., & Temel, A. B. (2018). Effects of creating awareness through photographs and posters on skin self-examination in nursing students. *Journal of Cancer Education*, *33*(1), 52-58.

173. Loescher, L. J., Hansen, C., Hepworth, J. T., Quale, L., & Sligh, J. (2013, November). A preliminary study of a video intervention to inform solid organ transplant recipients about skin cancer. *Transplantation Proceedings*, *45*(9), 3187–3189.

174. Siegel, V., Everitt-Reynolds, A., & Siegel, L. (2019). A Quasi-experimental Study of a Skin Cancer Intervention to Increase Knowledge and Change Behaviors among Irish Nursing and Agricultural Students. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, *11*(4), 163–169. doi: 10.1097/JDN.0000000000000471.

175. Hubbard, G., Kyle, R. G., Neal, R. D., Marmara, V., Wang, Z., & Dombrowski, S. U. (2018). Promoting sunscreen use and skin self-examination to improve early detection and prevent skin cancer: quasi-experimental trial of an adolescent psycho-educational intervention. *BMC Public Health*, *18*(1), 1-15.

176. Yilmaz, M., Yavuz, B., Subasi, M., Kartal, A., Celebioglu, A., Kacar, H., & Altiparmak, S. (2015). Skin cancer knowledge and sun protection behavior among nursing students. *Japan Journal of Nursing Science*, *12*(1), 69–78. doi: 10.1111/JJNS.12049.

177. Hartnett, P. D., & O'Keefe, C. (2016). Improving skin cancer knowledge among nurse practitioners. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, *8*(2), 123–128. doi: 10.1097/JDN.0000000000000206.

178. Gavin, A., Boyle, R., Donnelly, D., Donnelly, C., Gordon, S., McElwee, G., & O'Hagan, A. (2012). Trends in skin cancer knowledge, sun protection practices and behaviours in the Northern Ireland population. *European Journal of Public Health*, *22*(3), 408–412. doi: 10.1093/EURPUB/CKR087.

179. Uğrlu, Z., Işık, S. A., Balanuye, B., Budak, E., Elbaş, N. Ö., & Kav, S. (2016). Awareness of skin cancer, prevention, and early detection among Turkish university students. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *3*(1), 93.

180. Robinson, J. K., Gaber, R., Hultgren, B., Eilers, S., Blatt, H., Stapleton, J., ... & Wayne, J. (2014). Skin self-examination education for early detection of melanoma: a randomized controlled trial of Internet, workbook, and in-person interventions. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(1), e2883.

181. Manne, S. L., Marchetti, M. A., Kashy, D. A., Heckman, C. J., Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., ... & Coups, E. J. (2021). mySmartCheck, a digital ıntervention to promote skin self-examination among individuals diagnosed with or at risk for melanoma: A randomized clinical Trial. *Annals of Behavioral Medicine*.

182. Haney, M. O., Ordin, Y. S., & Arkan, G. (2017). Skin Cancer-Sun Knowledge and Sun Protection Behaviors of Liver Transplant Recipients in Turkey. *Journal of Cancer Education*, *34*(1), 137–144. doi: 10.1007/S13187-017-1279-3.

183. Sümen, Adem, & Öncel, S. (2020). Knowledge levels of kindergarten teachers about skin cancer,

sun protection behaviors, and affecting factors. *Journal of Cancer Education 2020*, 1–7. doi: 10.1007/S13187-020-01804-3.

184. Kudubeş, A. A., Aydın, A., Ugur, O., & Bektas, M. (2020). Factors affecting knowledge levels of oncology nurses about skin cancer and sun protection. *European Journal of Cancer Care*, *29*(6), e13310. doi: 10.1111/ECC.13310.

185. Day, A. K., Wilson, C. J., Hutchinson, A. D., & Roberts, R. M. (2016). Acculturation, skin tone preferences, and tanning behaviours among young adult Asian Australians. *The Journal of Primary Prevention*, *37*(5), 421-432.

186. Altunkurek, S. Z., & Kaya, E. (2021). Parents' knowledge and understanding of skin cancer and skin self-examination and behaviors to protect their children from the sun. *European Journal of Oncology Nursing*, *50*, 101884.

187. Thoonen, K., van Osch, L., Crutzen, R., de Vries, H., & Schneider, F. (2021). Identification of Relevant Sociocognitive Determinants Explaining Multiple Parental Sun Protection Behaviors. *Health Education & Behavior*, 10901981211010434. doi: 10.1177/10901981211010434.

188. Tan, M. G., Nag, S., & Weinstein, M. (2018). Parental use of sun protection for their children—does skin color matter?.*Pediatric Dermatology*, *35*(2), 220-224.

189. Horváth, Z., Evelin, C. A., Oláh, P., Gyulai, R., & Lengyel, Z. (2021). Results of a Primary Skin-Cancer-Prevention Campaign in Early Childhood on Sun-Related Knowledge and Attitudes in Southern Hungary. *Cancers*, *13*(15), 3873.

190. Wan, M., Hu, R., Li, Y., Wang, Y., Xie, X., Yue, P., ... & Lai, W. (2016). Attitudes, beliefs, and measures taken by parents to protect their children from the sun in Guangzhou City, China. *Photochemistry and Photobiology*, *92*(5), 753-759.

191. Mortier, L., Lepesant, P., Saiag, P., Robert, C., Sassolas, B., Grange, F., & Lebbe, C. (2015). Comparison of sun protection modalities in parents and children. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *29*(2), 16–19. doi: 10.1111/JDV.12897.

192. Kaptanoğlu, A. F., Dalkan, C., & Hıncal, E. (2012). Kuzey Kıbrıs Türk Toplumunda güneşten korunma: ilkokul çağı çocukları ve ailelerinin güneşten korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, *46*(3), 121-129.

193. Ergin, A., Bozkurt, A. İ., Bostancı, M., & Önal, Ö. (2011). Beş yaşından küçük çocuğu olan annelerin güneşin sağlığa etkisine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 72-78.

8. EKLER

EK 1 : CONSORT kılavuzu

EK 2 : Sosyodemografik Form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu

EK 3 : Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ)

EK 4 : Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ)

EK 5 : Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Çevrim İçi Eğitim Görüntüleri

EK 6 : Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Eğitimi Power Point Sunumu

EK 7 : Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Eğitim Broşürü

EK 8 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzni

EK 9 : Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü İzni

EK 10 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 11 : KKDM Formu Kullanım İzni

EK 12 : Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği Kullanım İzni

EK 13 : Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği Kullanım İzni

EK 1: CONSORT Kılavuzu

CONSORT 2010 BİLGİ KONTROL LİSTESİ			
Bölüm/Başlık	Madde No	Kontrol Listesi Maddesi	
Başlık ve Özet			
	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	+
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti	+
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	+
	2b	Özgül amaçlar veya hipotezler	+
Yöntemler			
Çalışma Dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi ayırma oranları dâhil)	+
	3b	Çalışma başladıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk gibi), sebeplerle birlikte	+
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	+
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	+
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dâhil	+
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	+
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	+
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	+
Randomizasyon Dizi Oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	+
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	+
Ayırmayı Gizleme Mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rastgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	+
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	+
Körleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, so- nuçları değerlendirenler) ve nasıl körleştirildi	-
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	-
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	+
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	+

Bulgular			
Katılımcı Akışı	13a	Her grup için, rastgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	+
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	+
Çalışmaya Alım	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	+
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	+
Temel Veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	+
Analiz Edilen Sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	+
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	+
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	+
Yan Analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dâhil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak	+
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler	-
Tartışma			
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve eğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	+
Genelleştirebilirlik	21	Çalışma bulgularının genelleştirebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	+
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma	+
Diğer Bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası	-
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa	-
Fon Bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-

EK 2: Sosyodemografik Form, Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Deri Kanseri ve KKDM Bilme Durumu, KKDM Bilgi Formu'nu İçeren Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Aşağıdaki sorular ***"Ebeveynlere Deri Kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Hakkında Verilen Eğitimin Çocuklarını Güneşten Koruma Davranışlarına Etkisi" nin*** *belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Size en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle doldurunuz. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Hiçbir şekilde isminiz belirtilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim* 😊.

TANITICI BİLGİ FORMU **Anket No:**……..

A. Sosyodemografik Form

Yaşınız:	**Çocuk sayınız:**
Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek	**Çocuğunuzun yaşı:**
Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar	**Çocuğunuzun cinsiyeti:** ( ) Kız ( ) Erkek
Eğitim düzeyiniz: a) Okur yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Lisans- Lisansüstü	**Çocuğunuzun öğrenim gördüğü okul:** ***Okul Numarası:***
Size göre ekonomik durumunuz nasıl? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla	**Çocuğunuzun Sınıfı:** a) 5. Sınıf b) 6. Sınıf c) 7. Sınıf d) 8. Sınıf

B. Deri Kanseri Riski Oluşturan Özellikler, Cilt Kanseri ve KKDM Bilme Durumu

1. Çocuğunuzun saç rengini işaretleyiniz. a) Kızıl b) Sarı c) Açık Kahverengi d) Kahverengi e) Siyah	**2. Çocuğunuzun vücudunda doğuştan leke, ben var mı?** a) Evet b) Hayır
3. Çocuğunuzun göz rengini işaretleyiniz. a) Mavi b) Yeşil c) Ela d) Kahverengi e) Siyah	**4. Çocuğunuzun yüzünde çil, ben ve leke bulunma durumu nasıl?** a) Hiç yok b) Az c) Biraz d) Çok
5. Çocuğunuzun ten renginizi işaretleyiniz. a) Deri rengi çok açık beyaz b) Deri rengi beyaz c) Deri rengi beyaz-açık kumral arası d) Deri rengi açık kumral e) Deri rengi kumral f) Deri rengi siyah	**6. Çocuğunuzun vücudunda bulunan çil, ben ve leke durumu nasıl?** a) Hiç yok b) Az c) Biraz d) Çok

7. Çocuğunuzun güneş ışınlarına karşı deri yanıtını işaretleyiniz.

a) Her zaman kolay yanar, kesinlikle bronzlaşma olmaz.
b) Genellikle kolay yanar çok az bronzlaşır.
c) Orta derecede yanık ve bronzlaşma olur.
d) Çok az yanar, kolay bronzlaşır.
e) Nadir yanık gelişimi, kolay ve fazla bronzlaşma olur.
f) Yanık gelişmez, kolay ve şiddetli bronzlaşma olur.

8. Ailede veya birinci derece akrabalarınızda deri kanseri öyküsü var mı?

a) Evet
b) Hayır

9. Çocuğunuzun yüzünde ve vücudunda bulunan benleri şekil, büyüklük, renk, sayı yönünden kontrol ediyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır

10. Cilt kanseri ve k ile ilgili;

a) Bilgim yok
b) Duydum ama tam bilmiyorum
c) Bilgim yeterli

11. Erken dönemde cilt kanserini tespit etmek;

a) Fikrim yok
b) İmkansız
c) Evet mümkün (Açıklayınız nasıl?)
(……)

12. Cilt kanseri yönünden çocuğunuza deri muayenesi yapıyor musunuz? (*Cevabınız evet ise 13. soruya geçiniz ve Kendi Kendine Deri Muayenesi Bilgi Formunu doldurunuz.)*

a) Evet
b) Hayır (Açıklayınız neden?.....)

13. Cevabınız evet ise ne sıklıkta yapıyorsunuz?

a) Yılda bir defa yaparım
b) Son 6 ay içinde birkaç defa yaptım
c) Ayda bir defa yaparım
d) Diğer (Belirtiniz…….……..)

C. *Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Bilgi Formu*

Aşağıda verilmiş olan ifadeleri doğru-yanlış olarak değerlendiriniz.		**Doğru**	**Yanlış**
a)	Yüz bölgesi özellikle burun, dudak ve kulaklar ayna kullanılarak muayene edilir. *(1.adım)*		
b)	Kafa derisindeki her bölge saç kurutma makinesi ile havalandırılarak veya ayna kullanılarak muayene edilir. *(2.adım)*		
c)	Avuç içi, dış yüzünü, parmak araları, tırnak kökü ve yatağı dikkatlice kontrol edilir. Her iki koltuk altı hem önünü hem de arka kısmını bileklere kadar muayene edilir. *(3.adım)*		
d)	Bir boy aynası önünde durarak, dirseklerden başlayıp her iki üst kolunun her tarafı incelenir. *(4.adım)*		
e)	Ayna önünde boyun, göğüs ve gövde incelenir. Bayanlar göğüs altını kontrol etmek için göğüslerini kaldırmalılardır. *(5.adım)*		
f)	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 aynası kullanılır. *(6.adım)*		
g)	Boy ve el aynası kullanılarak, kuyruk sokumu, kalçalar ve her iki bacağın arka kısımları incelenir. *(7.adım)*		
h)	Bacakların ön kısmı ve yanları kasıklardan başlayarak uyluktan baldıra kadar, ayak bilekleri, ayakların uçları, ayak parmakların araları ve ayak tırnak kök ve yatağı kontrol edilir. Ayak tabanları ve topuklarda incelenir. *(8.adım)*		

EK 3: Deri Kanseri Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ)

DERİ KANSERİ VE GÜNEŞ BİLGİ ÖLÇEĞİ

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

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

16. En iyi korunma için, güneş kreminin ne zaman kullanılması gerekmektedir?

a. Güneşe çıkmadan hemen önce
b. Güneşe çıkmadan 15-30 dakika önce
c. Güneşe çıktıktan sonra 15-30 dakika içinde

17. Güneş koruma faktörü 30 olan güneş kremi ne sıklıkta tekrar uygulanmalıdır?

a. Her 30 dakikada bir
b. Her 2-3 saatte bir, yüzme veya terleme durumunda ise daha sık
c. Hiçbiri

18. Güneşin en etkili olduğu zaman aralığı hangisidir?

a. Saat 09:00 - 12:00 arası
b. Saat 10:00 – 16:00 arası
c. Saat 14:00 – 17:00 arası

19. Güneşin neden olduğu hasarlar aşağıdakilerden hangisiyle düzeltilebilir?

a. Güneş sonrası losyonlar (örneğin, Aloe Vera Losyonu)
b. Nemlendiriciler
c. Hepsi
d. Hiçbiri

20. Genellikle ne tür giysiler UV ışınlarını (güneşten gelen) engeller?
a. Açık renkli giysiler
b. Koyu renkli giysiler
c. Hepsi
d. Hiçbiri
21. Güneş koruma faktörü 30 ne demektir?
a. Bireyin güneş kremi kullanmadığı zamana kıyasla, yanmadan güneşte 30 kat daha fazla süre geçirebileceği anlamına gelmektedir.
b. 15 faktörlü güneş kremine göre iki kat daha fazla koruma sağlamaktadır.
c. Hepsi
d. Hiçbiri
22. Aşağıdaki ortamların hangisinde güneş yanığı olabilirsiniz?
a. Karlı bir ortamda
b. Açık havuz veya denizde
c. Hepsi
d. Hiçbiri
23. Aşağıdakilerden hangisi deri kanseri riskini artırır?
a. Geçmişte üç kez şiddetli güneş yanığı geçirmiş olmak
b. Ailede deri kanseri öyküsünün olması
c. Hepsi
d. Hiçbiri
24. Deri kanserinin en sık görülen türü hangisidir?
a. Melanom
b. Bazal hücreli karsinom
c. Yassı hücreli karsinom
d. Hiçbiri
25. Aşağıdakilerden hangisi deri kanserinin belirtisi olabilir?
a. Vücuttaki bir benin görünümünde meydana gelen ani veya kademeli değişim
b. İyileşmeyen bir yara
c. Hepsi
d. Hiçbiri

EK 4: Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği (EGKÖ)

EBEVEYN GÜNEŞTEN KORUMA ÖLÇEĞİ

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

A. Güneş Koruyucu Ürünlerin (Krem, Losyon, Yağ vb.) Kullanımı					
Güneş Koruyucu Ürünlerin (krem, losyon, yağ vb.) Kullanımı Öz-Yeterliği	**Hiç emin değilim**	**Çok az eminim**	**Kararsızım**	**Oldukça eminim**	**Son derece eminim**
1. Çocuğunuz için güneş koruyucu ürünleri satın almayı hatırlama becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
2. Çocuğunuzun dışarıda olabileceği herhangi bir zamanda/durumda yanınıza güneş koruyucu ürünleri alma becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
3. Çocuğunuza 1.5-2 saat arayla ya da yüzme/terleme sonrası güneş koruyucu ürünleri tekrar uygulamayı hatırlama becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
4. Gerektiğinde çocuğunuz için daha fazla güneş koruyucu ürün satın alma becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
5. Çocuğunuza güneş koruyucu ürünü uygun/doğru bir şekilde uygulama becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımıyla İlgili Normlar/Tutumlar	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Çocuğumun öğretmenleri, öğrencilerine güneş koruyucu ürünleri uygulamanın önemli olduğunu düşünüyorlar.					
2. Çocuğumun öğretmenleri, öğrencilerine güneş koruyucu ürünleri gerektiğinde tekrar uygulamanın önemli olduğunu düşünüyorlar.					
3. Çocuğumun öğretmenleri, öğrencilerine dışarı çıkmadan önce güneş koruyucu ürünler sürerler/uygularlar.					
4. Arkadaşlarım, çocuklarına güneş koruyucu ürünler uygulamanın önemli olduğunu düşünüyorlar.					
5. Arkadaşlarım, çocuklarına güneş koruyucu ürünleri gerektiğinde tekrar uygulamanın önemli olduğunu düşünüyorlar.					
6. Arkadaşlarım, çocukların ihtiyacı olma ihtimaline karşı yanlarında güneş koruyucu ürün bulundurmanın önemli olduğunu düşünüyorlar.					

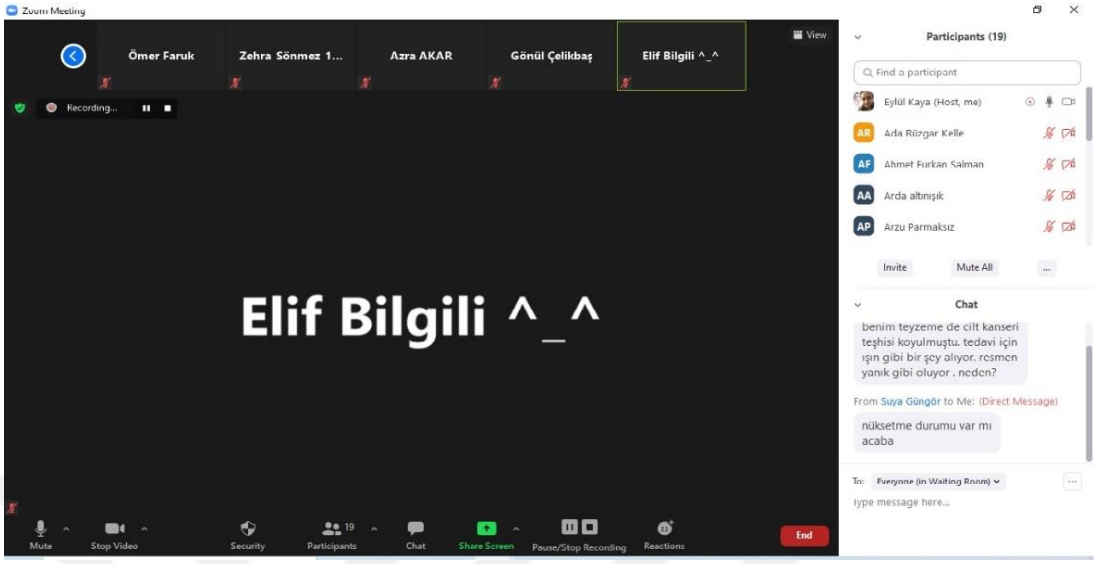
Güneş Koruyucu Ürün Kullanımıyla İlgili Beklentiler	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1 Güneş koruyucu ürünleri çocuğumun her yerine uygulamak önemlidir.					
2. Çocuğumun ihtiyacı olma ihtimaline karşı yanımda güneş koruyucu ürün bulundurmanın önemli olduğunu düşünüyorum.					
3. Aile bütçemizde güneş koruyucu ürünler için para ayırmanın önemli olduğunu düşünüyorum.					
4. Çocuğuma güneş koruyucu ürünleri gerektiğinde tekrar uygulamanın önemli olduğunu düşünüyorum.					
Güneş Koruyucu Ürünlerin Kullanımıyla İlgili Engeller	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Çocuğuma etrafa bulaştırmadan güneş koruyucuları uygulamak zordur.					
2. Çocuğuma güneş koruyucu ürünleri güneşe maruz kalacağı tüm alanlarını yeterince kaplayacak şekilde sürmek zordur					
3. Çocuğum kendisine güneş koruyucu ürünleri uyguladığımda hoşlanmıyor.					

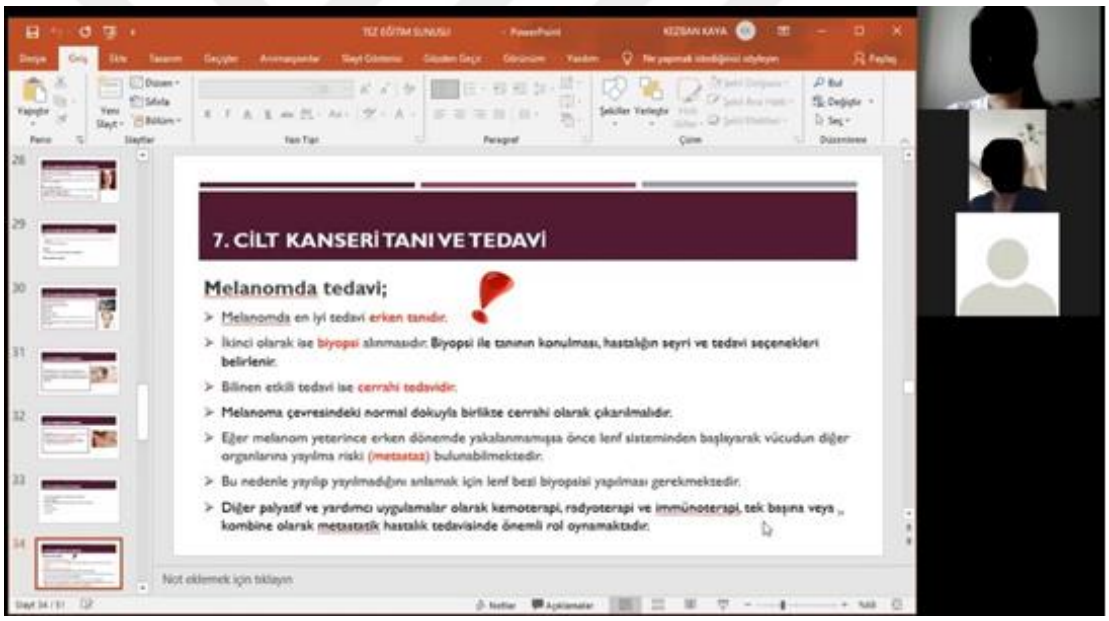
B. Güneşten Kaçınma

Güneşten Kaçınma Öz-Yeterliği	**Hiç emin değilim**	**Çok az eminim**	**Kararsızım**	**Oldukça eminim**	**Son derece eminim**
1. Güneşin yoğun olduğu saatlerde çocuğunuzun evin içerisinde kalmasını sağlama becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
2. Çocuğunuzun onu güneşten koruyacak kıyafetleri giymesini sağlama becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
3. Çocuğunuz dışarıdayken üzerinde koruyucu kıyafeti tutma/bulundurma becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
4. Çocuğunuzun bulunduğu yerin, onu güneşten korumaya yetecek kadar gölgeli olup olmadığına karar verme becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					
5. Dışarı çıkmadan önce çocuğunuzun koruyucu kıyafet giyip giymediğini kontrol etme becerinize ne kadar güveniyorsunuz?					

Güneşten Kaçınmayla İlgili Normlar/Tutumlar	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Çocuğumun öğretmenleri öğrencilerinin dışarıda geçirdikleri süreye dikkat ediyorlar.					
2. Çocuğumun öğretmenleri öğrencilerinin dışarıda geçirdikleri zamana sınır koyarlar					
3. Arkadaşlarım çocukları dışarı çıkmadan önce onların koruyucu kıyafet giyip giymediklerini kontrol etmenin önemli olduğunu düşünüyorlar.					
4. Arkadaşlarım güneşin yoğun olduğu saatlerde çocuklarının dışarıda oyun zamanlarının sınırlandırılmasının önemli olduğunu düşünüyorlar.					
Bronzlaşma Beklentileri	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Bronzlaştığımda kendimi daha çekici hissediyorum.					
2. Bronzlaştığımda daha iyi görünüyorum.					
3. Bronzlaştığımda kendimi daha sağlıklı hissediyorum.					
4. Çocuğum bronzlaştığında daha iyi görünüyor.					
Güneşten Kaçınma Beklentileri	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Güneşin yoğun olduğu saatlerde çocuğumun dışarıda geçirdiği zamanı sınırlandırmak önemlidir.					
2. Çocuğum güneşin yoğun olduğu saatlerde dışarıda olmasa bile kaliteli bir oyun zamanı geçirebilir.					
3. Güneşe maruz kalmayı koruyucu kıyafet giyerek azaltabilirim.					
4. Çocuğum dışarı çıkmadan önce koruyucu kıyafet giyip giymediğini kontrol etmenin önemli olduğunu düşünüyorum.					
5. Çocuğumun güneşin yoğun olduğu saatlerdeki oyun zamanını sınırlandırmak önemlidir.					

EK 5: Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Çevrim İçi Eğitim Görüntüleri





EK 6: Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Eğitimi Power Point Sunumu

CİLT (DERİ) KANSERİ NEDİR?
CİLT KANSERİ ERKEN TANISI VE KENDİ KENDİNE DERİ MUAYENESİ NEDİR?
ÇOCUĞUMU GÜNEŞİN ZARARLI ETKİLERİNDEN NASIL KORURUM?

YÜKSEK LİSANS ÖĞR. HEM. EYLÜL KAYA
SBÜ GÜLHANE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞERİFE ZEHRA ALTUNIKÜREK

1

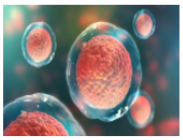
İÇİNDEKİLER

1. Kanser Nedir?
2. Kansere Neden Olan Faktörler Nelerdir?
3. Kanser Çeşitleri Nelerdir?
4. Deri Kanseri Nedir ?
   - 4.1. Bazal Hücreli Karsinom
   - 4.2. Skuamöz Hücreli Karsinom
   - 4.3. Malign Melanom (Kötü huylu)
5. Deri Kanseri Belirtileri Nelerdir?
   - 5.1. ABCDE Kuralı
6. Cilt Kanseri Risk Faktörleri Nelerdir?
7. Cilt Kanseri Tanı ve Tedavi
8. Melanoma Kimlerde Sık Görülür?
9. Deri Kanseri Erken Tanısı ve Korunma Yolları Nelerdir?
   - 9.1. Erken Tanı ve Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM)
   - 9.2. Güneşten Korunma Davranışları

2

1.KANSER NEDİR?

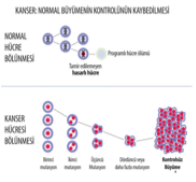
- Vücudumuzda organlar hücrelerden oluşur.
- Hücreler insan vücudunun en küçük yapıtaşıdır.
- Bu hücreler büyür, bölünür ve gerekli olan yeni hücreleri meydana getirirler.
- Yaşlandıklarında ise ölürler ve yelerine yeni hücreler gelir.
- Bu döngü bazen bozulabilir.



3

1.KANSER NEDİR?

- Vücudun kontrol edemediği fazla miktarda hücre oluşur.
- Yaşlı hücrelerin ölmesi gerektiği halde ölmezler.
- Anormal hücrelerin kontrol dışı büyümesi sonucu oluşan doku kütlelerine tümör denir.
- Tümörler iyi huylu veya kötü huylu olabilirler.



4

1.KANSER NEDİR?

- Kötü huylu olanlar, hayati tehdit eden durumlar oluştururlar.
- Bazen vücuttan çıkarılabilirler ancak yeniden büyüyebilirler, yani nüks edebilirler.
- Kanser hücreleri komşu organlara ve dokulara yayılabilir ve onlara zarar verebilirler.
- Ayrıca uzak organlara da yayılabilirler ve yeni tümörler oluşturabilirler.

5

2.KANSERE NEDEN OLAN FAKTÖRLER NELERDİR?

- Kanser gelişimi kanserojen etkilerin sonucunda oluşmaktadır.
- Kanser gelişiminde etkili olan kanserojen maddeler için vücudumuzda savunma mekanizmaları devreye girmektedir.
- Ayrıca bağışıklık sistemimizde etkin rol almaktadır.
- Ancak bu durumlara rağmen kanser yine de gelişebilmektedir.

6

2. KANSERE NEDEN OLAN FAKTÖRLER NELERDİR?

- Fazla kilo
- Hareket azlığı
- Çevre kirliliği
- Sağlıksız beslenme (yağlı yiyecekler, aşırı et tüketimi)
- Sigara ve alkol
- Genetik ve yaş
- Radyasyon
- Kimyasal maddeler (boya)
- Bazı virüsler (HPV,HCV)

7

3. KANSER ÇEŞİTLERİ

- Yüzden fazla türde kanser çeşidi bulunmaktadır.
- Kanser türleri isimlerini genelde kanserlerin oluştuğu organ veya dokudan alırlar.
- Örneğin,
  - Akciğer kanseri akciğer hücresinden
  - Beyin kanseri beyin hücresinden
  - Cilt kanseri
  - Meme kanseri
  - Prostat kanseri vs.



8

4. DERİ (CİLT) KANSERİ NEDİR?

- Vücuttaki en büyük organ olan derinin pek çok görevi vardır.
- İç organları kaplayan deri,
  - olası yaralanmalara karşı vücudu korur.
  - fazla su ve sıvı kaybını önler,
  - vücut sıcaklığını kontrol etmeye ve
  - vücudun D vitamini sağlamasına yardımcı olur.
- Bunun yanında hem bakteri gibi mikroplara karşı hem de zararlı ultraviyole (UV) ışınlarına karşı koruyucudur.

9

4. DERİ (CİLT) KANSERİ NEDİR?

- Deri kanseri, birçok nedenden dolayı ciltte oluşan kötücül (malignant) büyümedir.
- Cilt dokularından kaynaklanan kanserlerdir.
- Birden fazla türü bulunmaktadır.
- **1. Melanoma Dışı Cilt Kanseri (Non-Melanom)**
  - Bazal Hücreli Karsinom
  - Skuamöz Hücreli Karsinom
- **2. Malign Melanom**

10

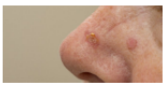
4.1. BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM

- **Bazal hücreler** derinin en dış katmanı olan epidermisin altında **bulunurlar.**
- Deride bulunan eski hücrelerin ölmesiyle onların yerine yenilerini üretirler.
- Bazal hücre olarak adlandırılan hücre tipinde başlar.
- En sık görülen cilt kanseridir.
- **Çoğunlukla düz, sert, bulunduğu bölge soluk renkli veya ufak bir kazada bile kolay kanayabilen küçük, tümsekli, pembe veya kırmızı, şeffaf, parlak, inci büyüklüğünde şişlikler bulunan bir kanserdir.**

11

4.1. BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM





- Büyük bazal hücreli karsinomlar, kabuklu veya yayılan bir alana sahiptir.
- Yüz bölgesinde, burun, kulak altından ve üst dudaktan geçen bir çizginin üst alanı sık yerleşim yeridir.





12

4.2. SKUAMÖZ HÜCRELİ (YASSI HÜCRELİ) KARSİNOM

- Skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreler yerine daha yassı şekilli olan diğer deri hücrelerinden köken alır.
- Epidermiste cildin en üst tabakasını oluşturan skuamöz hücrelerden kaynaklanır.
- Sıklık olarak ikinci sırada görülen cilt kanseridir.
- Deride kırmızı zeminli, soyulan, kabuklanan bir alan şeklinde belirti gösterir.
- Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilir ancak en sık baş, boyun ve el sırtı gibi güneş ışınlarının kronik olarak ulaştığı alanlarda görülür.

13

4.2. SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM





14

4. DERİ (CİLT) KANSERİ NEDİR?

- Bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom türü cilt kanserilerin de metastaz yapma ihtimali düşüktür.
- Ancak yinede metastaz yaptığı bilinmektedir.
- Tespit edildiği anda cerrahi tedavi ile tedavi edilmesi mümkündür.

15

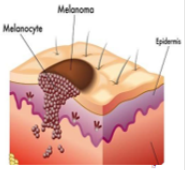
Malign Melanom (Kötü huylu) Nedir?



16

4.3. MALİGN MELANOM (KÖTÜ HUYLU)

- Malign melanoma derinin en tehlikeli malign tümörüdür.
- Melanositler, epidermiste bulunan melanoma dönüşebilen hücrelerdir.
- Bu deri hücreleri, cilde bronz veya esmer rengi veren melanin adı verilen kahverengi pigmentleri üretir.
- Melanin, derinin daha alt katmanlarını güneşin bazı zararlı etkilerinden korur.
- Birçok kişide cilt güneşe maruz kaldığında melanositler bu pigmentlerden daha fazla üreterek cildin bronzlaşmasına neden olur.



17

4.3. MALİGN MELANOM (KÖTÜ HUYLU)

- Melanom cilt kanseri hücrelerinin çoğu melanin üretmeye devam ettiği için tümör genellikle kahverengi veya siyah renktedir.
- Ancak, bazı melanomlar melanin üretmez.
- Bu durumda kanser pembe, sarımsı kahverengi hatta beyaz olarak görülebilir.
- Melanom cilt kanseri, deride doğuştan var olan veya sonradan ortaya çıkan benler üzerinde de kanser oluşturabilir ve saçlı deri, ayak tabanı dahil vücudu kaplayan derinin herhangi bir yerinde görülebilir.




18

5. DERİ KANSERİ BELİRTİLERİ NELERDİR?

- İyileşmeyen iltihaplı lezyonlar,
- Ciltte görülen;
  - Cilte soyulma,
  - Küçük, kabarık, parlak lezyonlar
  - Küçük, kabarık, kırmızı veya kahverengi-kırmızı renkli lezyonlar
  - Düz, sert, kırmızı veya kahverengi ve kabuksu lezyonlar
  - Kabuksu, kanamalı lezyonlar
  - Yara izine benzer ve kalıcı lezyonlar
- Ayrıca kaşıntı, hassasiyet ve ağrı gibi benle ilgili his değişiklikleri de bulunabilir.

19

MALİGN MELANOM BELİRTİLERİ ;

- Melanom, hiçbir uyarı vermeden normal deri üzerinde ortaya çıkabilir veya olan bir ben üzerinde gelişebilir.
- Vücuttaki benlerin yerlerini ve görünümünü iyi bilmek gerekmektedir.
- Melanom benlerini, diğer normal benlerle karıştırmak mümkündür.
- **Bazen melonom, normal bir ben zannedilebilmektedir.**



20



21

MALİGN MELANOM BELİRTİLERİ ;

- Önceden var olan bir nevüste (ben);
  - kaşıntı,
  - kanama,
  - ülserasyon,
  - renk değişikliği,
  - boyutlarında değişme özellikle malign melanom açısından şüphe uyandırmalıdır.



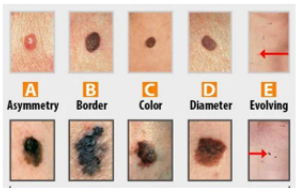
22

5.1.ABCDE KURALI

- Malign melanomun erken bulguları:
  - **Asymmetry** (Asimetri): nevüste asimetri olması
  - **Border-notching** (Kenar düzensizliği): nevüsün dış kenarlarının girintili çıkıntılı hal alması
  - **Color variegation** (Renk değişikliği): nevüsün renginin siyah kahverengi mavi kırmızı veya etrafında beyaz renk değişiklikleri göstermesi,
  - **Diameter** (Çap): nevüsün en uzun çapının 6 mm den daha fazla olması
  - **Elevation** (Lezyonların büyümesi): nevüsün normal cilt seviyesinden kabarması veya yükselmesi

23

5.1. ABCDE KURALI

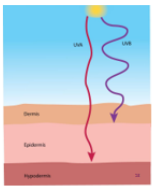


24

6. CİLT KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

Ultraviyole (UV) Işınına Maruz Kalmak:

- UV ışınları melanom cilt kanserinde ana risk faktörlerinden biridir.
- Deri hücrelerinin DNA'sına zarar verir ve cilt kanseri başlar.
- Güneş ışığı ultraviyole ışınlarının başlıca kaynağıdır.
- Solaryumunda UV ışınının diğer bir kaynağı olduğu söylenebilir.
- Bu kaynaklardan fazla derecede UV ışınına maruz kalan kişilerde melanom dahil birçok cilt kanseri görülme riski artar.



25

6. CİLT KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

Açık Ten, Çillenme ve Açık Renk Saç:

- Beyaz tenli, açık renk saçlı kişilerde melanom riski siyah tenli kişilere göre 10 kat daha fazladır.
- Kızıl ve sarı saçlı, beyaz tenli, mavi veya yeşil renk gözlü ya da çilli kişilerde cilt kanseri riski artmaktadır.

Benler ve Doğum Lekeleri:

- Vücudumuzdaki benler, iyi huylu tümörlerdir ve sadece doğumda değil çocukluk ve gençlik dönemlerinde de oluşur.
- Benlerin çoğu asla probleme yol açmaz.
- Ancak, fazla sayıda beni olan kişilerde melanom gelişme riski daha fazladır.



26

6. CİLT KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

Yaş:

- 0-14 yaş grubu çocuklar arasında melanom en sık görülen kanser türleri arasında 5.ve 6. sırada yer almaktadır.
- Ancak ileri yaşlarda da görülebilir.

Genetik:

- Ailede veya birinci derece akrabalarda öykü bulunması.

Güneş yanıklarının oluşması:

27

6. CİLT KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

- Bağışıklık sisteminin zayıf olması,
- Uzun yıllar iyileşmeyen açık yaralar,
- Sigara içmek,
- Organ nakli,
- Bazı cilt hastalıkları,
- Mesleki olarak kömür katranı ve arsenik gibi bazı kimyasallara uzun süreli maruziyet,
- Bazı ilaçlar, hastalıklar ve cilt bakım ürünleri nedeniyle UV ışınlarına duyarlı hale gelmek.





28

7. CİLT KANSERİ TANI VE TEDAVİ

- **Muayene:** Ciltteki renk, biçim ve yapı değişiklikleri, şişlik ve ciltteki lekeler, kişiler ve doktor tarafından dikkatle muayene edilir.
- **Dermatoskopi:** Benleri 10-20 kat büyüterek gösteren özellikle pigmentli olan benlerin cilt kanserlerinden ayırımında yardımcı tanı yöntemidir.



29

7.CİLT KANSERİ TANI VE TEDAVİ

- **Biyopsi:** Cilt kanserinin kesin tanısı ise cerrahi olarak çıkarılan dokunun patolojik incelemesi ile konulabiliyor.
- Ciltte görülen normal dışı büyümeden parça alınarak, bu parçada kanser hücrelerinin olup olmadığı patoloji uzmanı tarafından mikroskop altında incelenir.



30

7.CİLT KANSERİ TANI VE TEDAVİ

- Mohs Mikrografik Cerrahisi (Melonama hariç kanserlerde)
- Eksizyonel Cerrahi
- Küretaj ve Elektrokoter (Yüzeysel bazal hücreli cilt kanseri türlerinde)
- Kriyoterapi
- Fotodinamik Terapi
- Radyoterapi

31

7. CİLT KANSERİ TANI VE TEDAVİ

Melanomda tedavi;

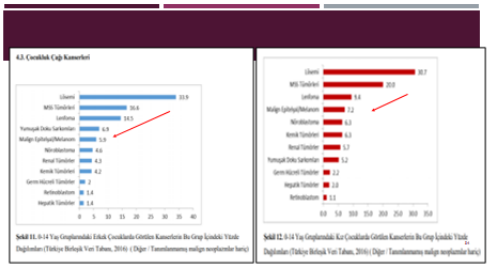
- Melanomda en iyi tedavi erken tanıdır.
- İkinci olarak ise biyopsi alınmasıdır. Biyopsi ile tanının konulması, hastalığın seyri ve tedavi seçenekleri belirlenir.
- Bilinen etkili tedavi ise cerrahi tedavidir.
- Melanoma çevresindeki normal dokuyla birlikte cerrahi olarak çıkarılmalıdır.
- Eğer melanom yeterince erken dönemde yakalanmamışsa önce lenf sisteminden başlayarak vücudun diğer organlarına yayılma riski (metastaz) bulunabilmektedir.
- Bu nedenle yayılıp yayılmadığını anlamak için lenf bezi biyopsisi yapılması gerekmektedir.
- Diğer palyatif ve yardımcı uygulamalar olarak kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi, tek başına veya kombine olarak metastatik hastalık tedavisinde önemli rol oynamaktadır.

32

8. Melanoma Kimlerde Sık Görülür?



33



34

Deri kanserlerinin %80'i erken yaşlardan itibaren yapılan uygun koruyucu önlemler ile azaltılabilir.!!!

35

9.DERİ KANSERİ ERKEN TANISI VE KORUNMA YOLLARI?

9.1. Erken Tanı ve Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM)

9.2. Güneşten Korunma Davranışları

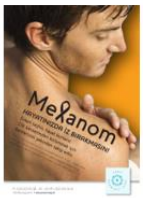




36

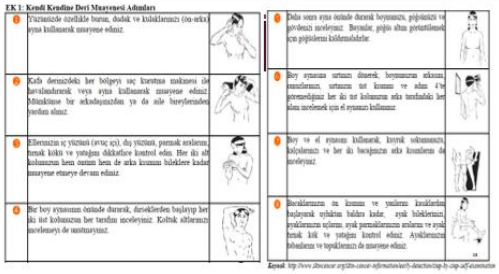
9.1. ERKEN TANI VE KKDM

- Deri kanseri erken yaşlarda saptanırsa tedavisi mümkündür.
- Bu nedenle erken teşhis ve tedavi için kendi kendine deri muayenesi çok önemlidir.



37

EK 1: Kendi Kendine Deri Muayenesi Adımları



38

9.1. ERKEN TANI VE KKDM

- Kendi kendine deri muayenesi mümkünse her ay yapılmalıdır.
- Muayene süresi yaklaşık 10 dakikadır.
- Ciltte her zamankinden farklı bir değişiklik saptandığında dermatoloji uzmanına başvurmak gerekmektedir.
- Kendi kendine deri muayenesinde; vücutta sonradan oluşan veya doğuştan olan bir ben, çil ya da herhangi bir lekenin ABCDE kuralına göre değerlendirilmesi yapılmalıdır.

39

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI

UV maruziyetini azaltmak için;

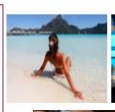
- Gözlerinizi, UV ışınlarını en az %99 engelleyen güneş gözlüğü takarak koruyabilirsiniz.
- Geniş kenarlı şapka takın.
- Güneşte bronzlaşmaktan kaçının.



40

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI

- Solaryumda bronzlaşmaktan kaçının.
- Cilt kanserinin oluşmasına neden olabilir ve cildinizde uzun süreli zarara yol açabilir.
- Bronz bir ten, cildin sağlıksız olduğunu gösterir.





41

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI




- Güneşten kaçının, gölgede kalın.

42

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI



- Saat 10:00-16:00 arasında güneşten kaçının.

43

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI

Güneş koruyucu krem kullanın.

- Hem UVA hem de UVB' ya karşı koruyucu olan kremler kullanılmalıdır.
- UVB koruculuğu en az SPF 15 olan geniş spektrumlu koruyucular kullanılmalıdır.
- Ürünün absorbe olabilmesi ve film örtü oluşturabilmesi için dışarı çıkmadan 15-20 dk. önce kuru deriye uygulanması gerekir.
- Her 2 saatte bir tekrarlanmalıdır.
- Yüzme ve aşırı eforlardan sonra tekrar uygulanmalıdır.



44

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI

- Kol ve bacakları kapatan koruyucu kıyafetlerin giyilmesine dikkat edilmelidir.
- UV ışınları absorbe etmeyen, açık renkli ve sık dokunmuş kıyafetler tercih edilmelidir.
- Ayrıca kıyafetlerin kuru olmasına özen gösterilmelidir.



45

9.2. GÜNEŞTEN KORUNMA DAVRANIŞLARI





- Özellikle soyulma, aşırı kızarma ve şişmeye yol açabilecek ani yanmalardan kaçının.

46

UNUTMAYINIZ!!

- Tüm cildinizi düzenli aralıklarla kontrol ediniz.
- İyileşmeyen herhangi bir lezyonun ortaya çıkması ya da mevcut bir benin değişmesi durumunda hekiminize başvurunuz.!!!

47

KAYNAKÇA

1. Sürmen, A., & Öncel, S. (2018). Assessment of Reliability and Validity of the Parental Sun Protection Scales in Turkish Population. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(4), 245-255.
2. Ber, N. ve ark. (2020). Ankara'da Dil Alışveriş Merkezinde Yapılan Nokta Saptamasında Popülasyonun Güneşten Korunma Alışkanlıkları ve Melanositik Nevüslarının Değerlendirilmesi. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Eyl 155.
3. Terzi, S., Başak, P. Y., & Gökşen, İ. (2017). Hekimlerin başvuran hastalarda güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını araştırılması. *Turkish Archives of Dermatology & Venereology-Turkderm*, 51(1).
4. Dinçer, N. D., Akkoyun, D. T., Bilginer, G., Karaderme, T., Taş, Ö., Koç, H., ... & Seçkin, D. (2013). Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II ve III öğrencilerinin güneşten korunma bilinçleri eğitici seminer öncesi ve sonrasında değerlendirilerek karşılaştırılması. In *XXII. Ulus. Dr. A. Lütfü Tal Sempozyumu, Ankara*.
5. Aygün, O., & Ertürk, A. (2018). Sakarya İlinde Bulunan 6-8. Sınıf Öğrenci ve Öğretmenlerinin Güneşten Korunma Davranışları. *TAF Prev. Med. Bull.*, 17(4), 313.
6. Tuffaha-Hallaire, N., & Yazıcı, S. (2008). Ebeveynlerin Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Düzeylerinin Çocukların Güneşin Zararlı Etkilerinden Korunma Üretme Etkileri. Çocuk Dergisi, 8(3), 160-165.
7. Hollick, C., Rehder, V. K., Forst, M. A., Sisko, M. A., & Brodell, R. T. (2014). Skin Cancer Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Collegiate Athletes. Journal of Skin Cancer, 1–7. doi:10.1155/2014/246158
8. Australian Institute of Health and Welfare 2019. Australia's welfare 2019: data insights. Cat. no. AUS 226. Canberra: AIHW. doi:10.25816/5d3e14e6f77b5.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2017. Erişim: https://bit.ly/2KY7NEo, Erişim tarihi: 12.2019.
10. Koşlu, N.,Erkin, Ö., Bayık Temel, A. (2014), Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Formunun Türkçe Uyarlaması. Geçerlilik Çalışması, DEUHYO EDJ / (1), 7-11.
11. Üstmir, L. S. (2012). *Kanser Erken Tanısı ve ABCDE*. Lüfü Sağlık Üstmir, Syf.17.
12. Sürmen, A., Öncel, S. (2014). Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Öğrencilerle İlgili Yapılan Çalışmalar: Literatür İncelemesi, DEUHYO Elektronik Dergisi,7 (2),75-81.
13. Kasar, K. S., Yeşiltaşkan, Ö. U., & Yıldırım, Y. (2019). Nursing Student's Awareness on Skin Cancer. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1081.
14. Harvey, M.G., Bahar, Z., Beyer, A., Arikan, G., Cengiz, S. (2018) Psychometric Testing of the Turkish Version of the Skin Cancer and Sun Knowledge Scale in Nursing Students. Journal of Cancer Education. 33:21–28. DOI 10.1007/s13187-016-1041-2.

48

TEŞEKKÜRLER

49

EK 7: Deri Kanseri, KKDM ve Güneşten Korunma Davranışları Eğitim Broşürü

ÇOCUKLARINIZI GÜNEŞTEN KORUYUN!



ÇOCUĞUNUZUN BENLERİNİ VE LEKELERİNİ KONTROL EDİN!



Cilt Kanseri Nedir?

Cilt kanseri veya deri kanseri, birçok nedenden dolayı ciltte oluşan kötücül (malignant) büyümedir.

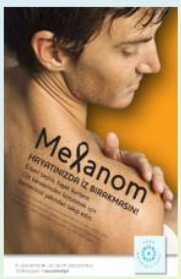
Cilt Kanseri Belirtileri Nelerdir?

Cilt kanserinin en önemli belirtisi deride yeni bir leke veya lekenin büyüklüğü, şekli veya rengindeki değişikliktir.

Cilt Kanseri Nedenleri Nelerdir?

- *UV ışınlarına maruziyet, solaryum, bronzlaşmak.*
- *Benler, doğum lekeleri*
- *Açık tenli olmak, çilli ve açık renk saç*
- *Güneş yanıklarının oluşması*
- *Genetik*
- *Yaş*
- *Bağışıklık sisteminin zayıf olması*
- *Uzun yıllar iyileşmeyen açık yaralar*
- *Sigara içmek*





Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM):

- *KKDM mümkünse **her ay** yapılmalıdır.*
- *Muayene süresi yaklaşık **10 dakikadır.***
- *Kendi kendine cilt muayenesi, iyi aydınlatılmış bir odada tüm vücudun gözlemlenebileceği bir boy aynasının karşısında yapılmalıdır.*
- *Ben, çil ya da herhangi bir lekenin **ABCDE kuralına** göre değerlendirilmelidir.*

KKDM ADIMLARI

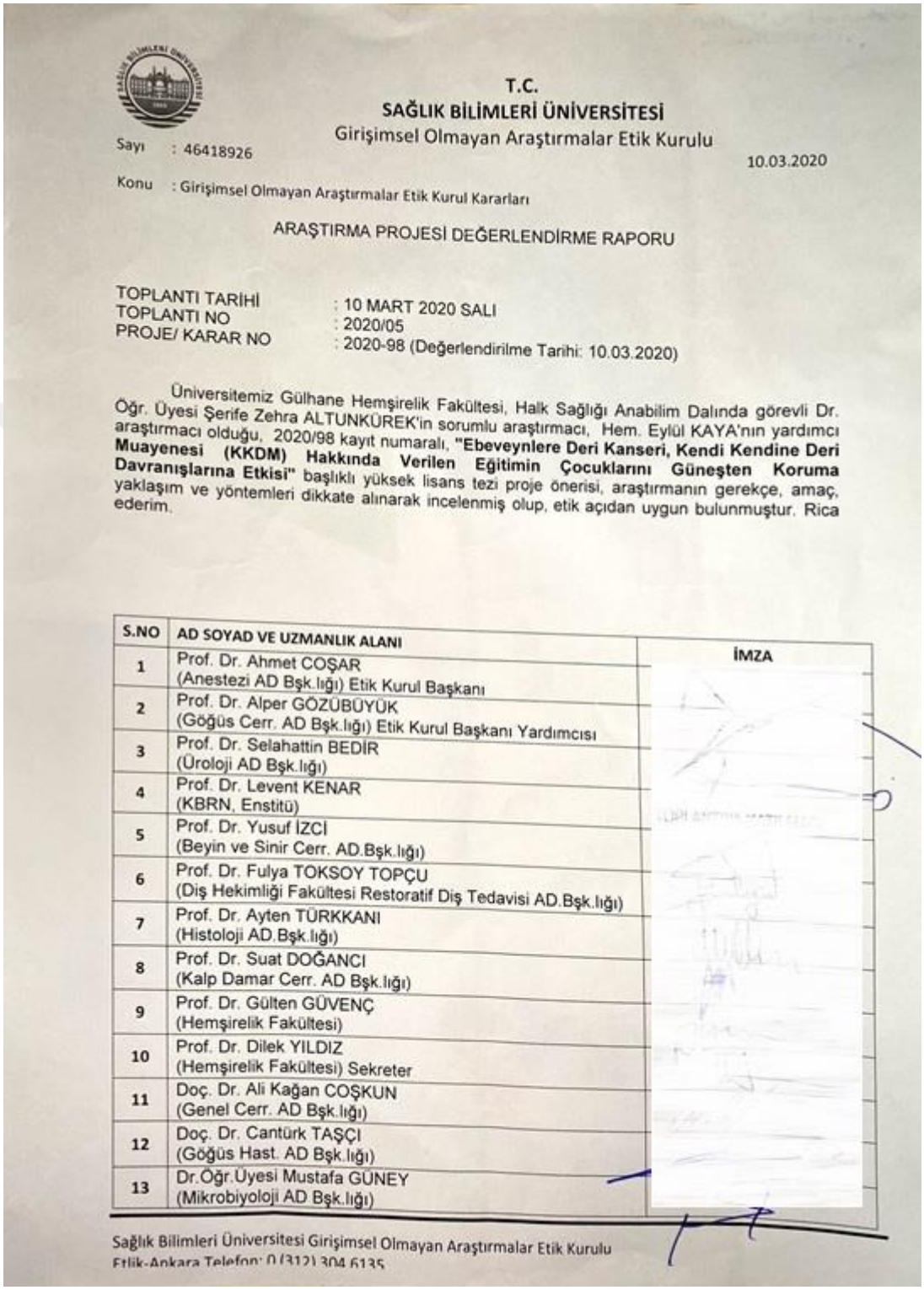
1	Yüzünüzde özellikle burun, dudak ve kulaklarınızı (ön-arka) ayna kullanarak muayene ediniz.
2	Kafa derinizdeki her bölgeyi saç kurutma makinesi ile havalandırarak veya ayna kullanarak muayene ediniz. Mümkünse bir arkadaşınızdan ya da aile bireylerinden yardım alınız.
3	Ellerinizin iç yüzünü (avuç içi), 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.
4	Bir boy aynasının önünde durarak, dirseklerden başlayıp her iki üst kolunuzun her tarafını inceleyiniz. Koltuk altlarınızı incelemeyi de unutmayınız.
5	Daha sonra ayna önünde durarak boynunuzu, göğsünüzü ve gövdenizi inceleyiniz. Bayanlar, göğüs altını görüntülemek için göğüslerini kaldırmalıdırlar.
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.
7	Boy ve el aynasını kullanarak, kuyruk sokumunuzu, kalçalarınızı ve her iki bacağınızın arka kısımlarını da inceleyiniz.
8	Bacaklarınızın ön kısmını ve yanlarını kasıklardan başlayarak uyluktan baldıra kadar, ayak bileklerinizi, ayaklarınızın uçlarını, ayak parmaklarınızın aralarını ve ayak tırnak kök ve yatağını kontrol ediniz. Ayaklarınızın tabanlarını ve topuklarınızı da muayene ediniz.

Güneşten Korunma Davranışları Nelerdir?

*>> Çocuğunuza **güneş gözlüğü ve geniş kenarlı şapka** takın. Bronzlaşmaktan kaçının. **Güneşten kaçının**, gölgede kalın. **Saat 10:00-16:00** arasında çocuğunuzu güneşten koruyun. **Koruyucu kıyafetler** giydirin. **En az SPF 15** olan güneş kremi kullanın ve 2 saatte bir yenileyin. <<*



EK 8: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
10.03.2020

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

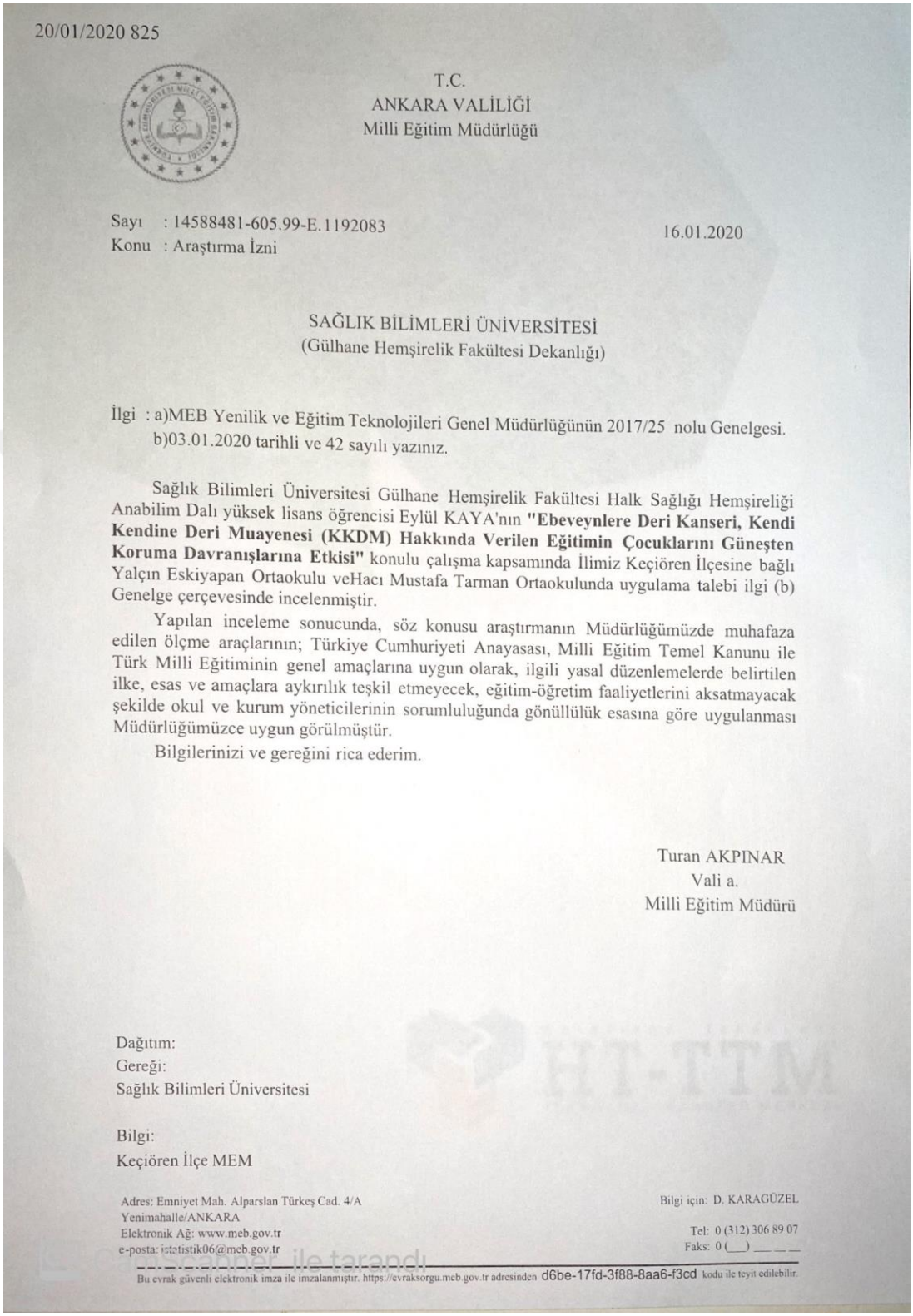
TOPLANTI TARİHİ : 10 MART 2020 SALI
TOPLANTI NO : 2020/05
PROJE/ KARAR NO : 2020-98 (Değerlendirilme Tarihi: 10.03.2020)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Şerife Zehra ALTUNKÜREK'in sorumlu araştırmacı, Hem. Eylül KAYA'nın yardımcı araştırmacı olduğu, 2020/98 kayıt numaralı, **"Ebeveynlere Deri Kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Hakkında Verilen Eğitimin Çocuklarını Güneşten Koruma Davranışlarına Etkisi"** başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR (Üroloji AD Bşk.lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR (KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)	
6	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD.Bşk.lığı)	
7	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI (Histoloji AD.Bşk.lığı)	
8	Prof. Dr. Suat DOĞANCI (Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)	
9	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (Hemşirelik Fakültesi)	
10	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
11	Doç. Dr. Ali Kağan COŞKUN (Genel Cerr. AD Bşk.lığı)	
12	Doç. Dr. Cantürk TAŞÇI (Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)	
13	Dr.Öğr.Üyesi Mustafa GÜNEY (Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK 9: Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü İzni



20/01/2020 825

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 14588481-605.99-E.1192083
Konu : Araştırma İzni

16.01.2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : a)MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2017/25 nolu Genelgesi.
b)03.01.2020 tarihli ve 42 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Eylül KAYA'nın **"Ebeveynlere Deri Kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Hakkında Verilen Eğitimin Çocuklarını Güneşten Koruma Davranışlarına Etkisi"** konulu çalışma kapsamında İlimiz Keçiören İlçesine bağlı Yalçın Eskiyapan Ortaokulu veHacı Mustafa Tarman Ortaokulunda uygulama talebi ilgi (b) Genelge çerçevesinde incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüzde muhafaza edilen ölçme araçlarının; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Milli Eğitim Temel Kanunu ile Türk Milli Eğitiminin genel amaçlarına uygun olarak, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde okul ve kurum yöneticilerinin sorumluluğunda gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Turan AKPINAR
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

Dağıtım:
Gereği:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bilgi:
Keçiören İlçe MEM

Adres: Emniyet Mah. Alparslan Türkeş Cad. 4/A
Yenimahalle/ANKARA
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
e-posta: istatistik06@meb.gov.tr

Bilgi için: D. KARAGÜZEL
Tel: 0 (312) 306 89 07
Faks: 0 (___) ___ __ __

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden d6be-17fd-3f88-8aa6-f3cd kodu ile teyit edilebilir.

HT-TTM
CamScanner ile tarandı

EK 10: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Tarih…/…/…

Sayın Veli;

Ebeveynlere Deri Kanseri, Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Hakkında Verilen Eğitimin Çocuklarını Güneşten Koruma Davranışlarına Etkisi başlıklı çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Bu çalışma, SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi/ Halk Sağlığı ABD Dr. Öğr. Üyesi Şerife Zehra ALTUNKÜREK ve Yüksek Lisans Öğrencisi Eylül KAYA tarafından yürütülmekte olup, tez çalışmasıdır. Bu çalışma, bilimsel araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, araştırmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri okumak için zaman ayırın.

Çalışmanın amaçları nedir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma, Ankara Keçiören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Yalçın Eskiyapan ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulunda yapılacaktır. Çalışmada okullardan birisi deney diğeri ise kontrol grubu olmak üzere toplam 300 ebeveyn ile yapılacaktır. Çalışmanın amacı ortaokul öğrencisine sahip ebeveynlerin deri kanseri bilgi düzeyi ve güneşten korunma davranışlarını belirleyerek, deri kanseri, KKDM ve güneşten korunma davranışları ile ilgili verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yarı deneysel türde bir araştırmadır. Bu araştırma kapsamında elde edilen bilgiler hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu çalışma bağlı Yalçın Eskiyapan ve Hacı Mustafa Tarman Ortaokulunda öğrencisi bulunan ebeveynler ile yapılacaktır. Sizden gönderilen çalışma ile ilgili soruları içeren anket formu doldurmanız istenecektir. Bu soruları cevaplamanız yaklaşık 15-17 dakikanızı alacaktır. Daha sonra deri kanseri, kendi kendine deri muayenesi ve güneşten korunma davranışları hakkında 35-45 dakikalık bir eğitim ve broşür verilecektir. İzlem süresi sonrasında tekrardan anket formu doldurmanız istenecektir. Sizi rahatsız edecek herhangi bir soru ya da durum bulunmamaktadır. Bunun dışında yapmanız gereken herhangi bir şey bulunmamaktadır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Bu çalışma sırasında size zarar verecek riskli bir durum yoktur. Çalışma süresince araştırmacı yanınızda olacaktır.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Bu çalışmada yer almakla cilt kanseri bilgi düzeyini ölçmede ve kendi kendine cilt muayenesi yapma durumunun belirlenmesinde katkıda bulunmuş olacaksınız. Yapılan araştırmaya, hemşirelik bilimine kanıt sağlayacak uygulamaların yaygın ve etkin hale getirilebilirliği desteklenecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Anket formunda kimliğinizi belli edecek herhangi bir soru bulunmamaktadır. Verdiğiniz cevaplar, araştırmacılar tarafından araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Verdiğiniz bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır ve hiçbir yerde bu bilgiler sunulmayacak ya da geçmeyecektir. Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı- Soyadı : Eylül KAYA

Görevi : Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon : 0506 110 80 00

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Katılımcı beyanı:

Araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum. Bu araştırmada 'katılımcı' olarak yer alma kararını aldım. Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

EK 11: KKDM Formu Kullanım İzni



Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Formu kullanım izni Gelen Kutusu x

Eylül Kaya 10 Aralık Sal 15:55 (3 gün önce)
Alıcı: nkoştu

Değerli Nazan Koştu Hocam,

Ben SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Öğrencisi Eylül KAYA. Geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz "Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Formu'nu " izniniz ile atıf yaparak yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.

Teşekkür Ederim.

Nazan Koştu 11 Aralık Çar 15:42 (2 gün önce)
Alıcı: ben

Sayın Eylül Kaya, KKDM formunu yüksek lisans tezinizde kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Nazan Koştu

Samsung Galaxy akıllı telefonumdan gönderildi.

----- Orijinal mesaj -----
Kimden: Eylül Kaya
Tarih: 10.12.2019 15:54 (GMT+03:00)
Alıcı:
Konu: Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) Formu kullanım izni

EK 12: Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği Kullanım İzni



Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği kullanım izni Gelen Kutusu x

Eylül Kaya
Alıcı: meryem.ozturk

10 Aralık Sal 15:52 (3 gün önce)

Değerli Meryem Öztürk Haney Hocam,

Ben SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Öğrencisi Eylül KAYA. Geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz "Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği'ni " izniniz ile atıf yaparak yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.

Teşekkür Ederim.

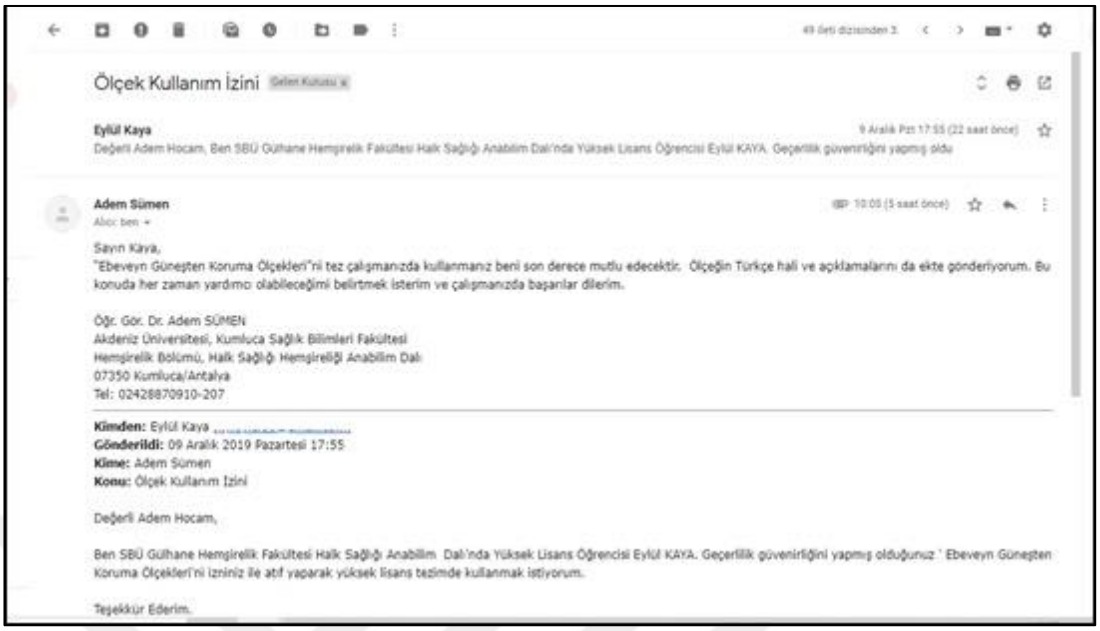
11 Aralık Çar 10:25 (2 gün önce)

Alıcı: ben

Sevgili Eylül, kullanabilirsin, kolay gelsin. Meryem.

10 Aralık 2019 15:51, "Eylül Kaya" [redacted] yazdı:

EK 13: Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçeği Kullanım İzni



Ölçek Kullanım İzini

Eylül Kaya 9 Aralık Pzt 17:55 (22 saat önce)

Değerli Adem Hocam, Ben SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Öğrencisi Eylül KAYA. Geçerlilik güvenirliğini yapmış oldu

Adem Sümen 10:05 (5 saat önce)

Alıcı: ben

Sayın Kaya,
"Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri"ni tez çalışmanızda kullanmanız beni son derece mutlu edecektir. Ölçeğin Türkçe hali ve açıklamalarını da ekte gönderiyorum. Bu konuda her zaman yardımcı olabileceğimi belirtmek isterim ve çalışmanızda başarılar dilerim.

Öğr. Gör. Dr. Adem SÜMEN
Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
07350 Kumluca/Antalya
Tel: 02428870910-207

Kimden: Eylül Kaya
Gönderildi: 09 Aralık 2019 Pazartesi 17:55
Kime: Adem Sümen
Konu: Ölçek Kullanım İzini

Değerli Adem Hocam,

Ben SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Öğrencisi Eylül KAYA. Geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz ' Ebeveyn Güneşten Koruma Ölçekleri'ni izniniz ile atıf yaparak yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.

Teşekkür Ederim.

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Eylül YEŞİLYURT

Uyruğu : T.C.

Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitim Bilgileri

2018- 2021 Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk

Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

2014- 2018 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu

2010- 2014 Süleyman Demirel Anadolu Lisesi

2002- 2010 Hacı Bektaş-ı Veli İlköğretim Okulu

III- Unvanları

Araştırma Görevlisi.

IV- Mesleki Deneyimi

1. Ankara Memorial Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi (KVC) Servisi, Klinik Hemşiresi, 2018
2. SBÜ Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Hemşiresi 2020-2021
3. Ufuk Üniversitesi Araştırma Görevlisi, 2021-devam ediyor.

V-Bilimsel İlgi Alanları

Halk sağlığı, kanser, sağlığı koruma ve geliştirme, wellness.

A. SCI-Expanded (ScienceCitation Index-Expanded), SSCI (SocialScienceCitation Index) ve AHCI (ArtsandHumanitesCitation Index) tarafından taranan dergilerde yayımlanan makaleler:

A1. Altunkürek, S.Z., Kaya. K., (2019). "The Effect on the Smoking and Health Behavior of Wellness of Students Who Are Learned in the University of Health Sciences", International Journal of Medical, Medicine and Health Sciences; 13(5):1 – 5. doi: 10.5281/zenodo.2706638

A2. Altunkurek, S. Z., & Kaya, E. (2021). Parents' knowledge and understanding of skin cancer and skin self-examination and behaviors to protect their

children from the sun. European Journal of Oncology Nursing, 50, 101884. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101884.

B. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

B1. Altunkürek, Ş. Z., & Kaya, E. (2020) Ankara'da Bulunan Bir Ortaokuldaki 8. Sınıf Öğrencilerinin Güneşten Korunma Öz yeterliliklerinin Güneşten Korunma Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2(3), 137-144. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.772605.

C. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler:

C1. Bebiş H., Kaya K., Özçoban K., "Bir Gündüz Bakım Evine Devam Eden 4-6 Yaş Çocukların Hemşirelik Mesleği ile ilgili Algılarının Belirlenmesi",5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi Poster Bildiri, 5-8 Kasım 2017, Ankara.

C2. Altunkurek, S.Z., Kaya K., "Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylere Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Retrospektif Değerlendirilmesi". Sözel Bildiri, 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, 15-17 Kasım 2018, Sakarya.

C3. Altunkurek, S.Z., Kaya K., "The Effect on the Smoking and Health Behavior of Wellness of Student Who Are Learned in the University of Health Sciences". Human Sciences Research Conference Oral Presentation, 19-20 March 2019, Istanbul.

C4. Altunkürek, S.Z., Kaya K., "Ankara'da Bulunan Bir Ortaokuldaki 8. Sınıf Öğrencilerinin Güneşten Korunma Öz Yeterliliklerinin Güneşten Korunma Davranışlarına Etkisi." 1. Uluslararası Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Kongresi Sözel Bildiri, 20-22 Haziran 2019, Erzurum.

C5. Altunkürek, S.Z., Kaya K., "Türkiye'de Adölesanlar Üzerinde Yapılan Cilt Kanseri ve Korunmaya Yönelik Araştırma Çalışmalarının İncelenmesi." 1. Uluslararası Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Kongresi Poster Bildiri, 20-22 Haziran 2019, Erzurum.

C6. Kaya, E., Altunkürek, S.Z., "Ebeveynlerin Cilt Kanseri ve Kendi Kendine Deri Muayenesini Bilme Durumları ile Çocuklarını Güneşten Korumaya Yönelik Davranışlarının Belirlenmesi." 4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Çevrim İçi Kongresi Sözel Bildiri, 13-19 Aralık 2020.

VI- Bilimsel Etkinlikler

A. Ödüller

A1. Human Sciences Research Conference Certificate of Best Presentation Award, NC 2019: International Nursing Conference, İstanbul, 03.2019.

VII- Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. EU Projects Writing Camp-Ankara (AB Proje Yazma Kampı-Ankara), Globalb & AB- Etkinlik, 12.2018.
2. Etkili Sunum Teknikleri Eğitimi (Sertifika No: 060190360024), İstanbul İşletme Enstitüsü, 01.2019.
3. Good Medical Researcher Certificate, Medicres, 01.2019.
4. Araştırma Eğitimi Etkinlikleri-XVII, Temel Araştırma Kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi,18-19 Eylül 2021.
5. Araştırma Eğitimi Etkinlikleri-XVII, Uygulamalı Temel SPSS Kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi,09-10 Ekim 2021.