



**SERBEST ÇALIŞAN DİŞ HEKİMLERİ VE DİŞ HEKİMLİĞİ
ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ KANSERLERİ KONUSUNDAKİ
FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hümevra YAZAR

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

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

ŞUBAT 2018

Hümeyra YAZAR tarafından hazırlanan “Serbest Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanserleri Konusundaki Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. İnci Rana KARACA

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum.....

Başkan: Prof. Dr. Mehmet Barış ŞİMŞEK

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum.....

Üye: Yrd. Doç. Dr. Merve ÇAKIR

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Uzmanlık Tezi olduğunu onaylıyorum

Tez Savunma Tarihi: 12/02/2018

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Uzmanlık Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Prof. Dr. Nurdan ÖZMERİÇ KURTULUŞ
Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanı

ETİK BEYAN

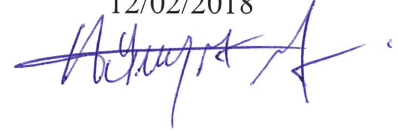
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

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

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Hümeyra YAZAR

12/02/2018



SERBEST ÇALIŞAN DIŞ HEKİMLERİ VE DIŞ HEKİMLİĞİ
ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ KANSERLERİ KONUSUNDAKİ
FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Hümeyra YAZAR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DIŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Şubat 2018

ÖZET

Oral kanser dünyanın en yaygın kanserlerinden biridir. Çoğu kanserde olduğu gibi erken teşhisle 5 yıllık sağ kalım oranı, uzun dönemli prognoz ve yaşam kalitesi artırılabilir. Oral kavite diş hekimleri tarafından kolaylıkla muayene edilebilir ve bu muayene oral kanserle ilişkili lezyonların ya da durumların saptanmasına yardımcı olabilir. Diş hekimleri oral kanserin erken belirti ve bulguları konusunda dikkatli olmalıdır. Oral kanser tütün ürünleri ve alkol tüketimi gibi uzak durulması mümkün olan risk faktörleriyle ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı Ankara'daki diş hekimlerinin ve Ankara'daki diş hekimliği fakültelerindeki öğrencilerin oral kanser hakkındaki farkındalık ve bilgi düzeylerini değerlendirmektir. Çalışmaya 160 diş hekimi ve 800 4. ve 5. sınıf diş hekimliği öğrencisi dahil edilmiştir. Katılım gönüllülük esasına göre sağlanmış ve anketler yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Uzun süreli iyileşmeyen ülserler ve kırmızı leke ya da plak görüntüsü en çok bilinen şüpheli lezyonlar ve tütün ürünleri kullanımı, HPV ve alkol kullanımı katılımcılar arasında en çok bilinen risk faktörleri olmuştur. 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyinin 4. sınıf öğrencilerinin ve hekimlerin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu görülmüştür. Ankara'daki bir grup diş hekimine ve diş hekimliği öğrencilerine uygulanan bu anketin sonuçları değerlendirildikten sonra diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencilerinin bilgi ve farkındalıklarının yetersiz olduğu ve diş hekimlerinin oral kanserle ilgili hayat boyu devam eden eğitimlere, diş hekimliği öğrencilerinin ise daha iyi bir eğitime ihtiyaçları olduğu görülmüştür.

Bilim Kodu : 1003

Anahtar Kelimeler : Oral kanser, farkındalık ve bilgi, erken teşhis

Sayfa Adedi : 122

Danışman : Prof.Dr. İnci Rana KARACA

EVALUATION OF DENTAL PRACTITIONERS' AND UNDERGRADUATE DENTAL
STUDENTS' AWARENESS AND KNOWLEDGE OF ORAL CANCERS

(Speciality Thesis)

Hümeýra YAZAR

GAZI UNIVERSITY FACULTY OF DENTISTRY
DEPARTMENT OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

February 2018

ABSTRACT

Oral cancer is one of the most common malignancy in the world. 5-year survival rate, long-term prognosis and life quality are improved by early detection as with most cancers. The oral cavity can examine easily by dentists and this examination can help detecting suspicious lesions or conditions related to oral cancer. Dentists should be careful about early signs and symptoms of oral cancer. Oral cancer is associated with avoidable risk factors like using tobacco and alcohol consumption. The aim of this questionnaire-based study is to evaluate awareness and knowledge about oral cancer of dental practitioners' and undergraduate dental students at dentistry faculties in Ankara. The study included a total of 160 dentists in private practice and 800 dental students in their 4th and 5th year of dentistry education. Participation was on a voluntary basis and the questionnaires were filled out in person. Non healing ulcers and red patches were most recognized suspicious lesions; and tobacco products, HPV and alcohol consumption were most known risk factors among the participants. The study revealed that 5th year dental students' total knowledge was far more better than the students in 4th year and dental practitioners. After evaluation of the results of this questionnaire applied to a group of dentists and dental students in Ankara, it is concluded that knowledge and awareness of dental students and dental practitioners were found to be not good enough. Therefore, dental practitioners need for continuing education courses and dental students need more detailed education regarding the oral cancer.

Science Code : 1003

Key Words : Oral cancer, awareness and knowledge, early detection

Page Number : 122

Advisor : Prof. Dr. İnci Rana KARACA

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini, sabrını ve emeğini esirgemeyen, değerli fikirlerinden yararlandığım, öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. İnci Rana KARACA'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca bütün bilgi birikimini ve tecrübelerini benimle paylaşan, manevi desteğini hep yanımda hissettiğim Doç. Dr. Süleyman BOZKAYA'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim, mesleki bilgi ve birikimimi geliştirmemde tecrübeleri ve bilgilerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Sevgilerini ve desteklerini benden esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistiksel analizlerinde bana yardımcı olan Uzman Ahmet Gül ve ekibine,

Hayatımın her anında ve her koşulda yanımda olan, maddi ve manevi katkılarını benden hiç esirgemeyen, sabır ve anlayışlarıyla bu güne gelmemde asıl pay sahibi olan babam Tevfik YAZAR'a, annem Asiye YAZAR'a ve kardeşlerim Mehmet Fatih YAZAR ile Talha YAZAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
GRAFİKLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epidemiyoloji	5
2.2. Risk Faktörleri.....	6
2.3. Ağız Kanserlerinin Belirti ve Bulguları	14
2.4. Prekanseroz Lezyonlar ve Prekanseroz Durumlar	15
2.5. Ağız Kanserleri	18
2.5.1. Oral skuamöz hücreli karsinoma.....	18
2.5.2. Ağız kavitesinde görülen diğer invaziv kanserler	19
2.6. Ağız Kavitesinde Görülen Kanserlerin Yerleşim Bölgeleri.....	19
2.7. Ağız Kanserlerinde Muayene.....	20
2.8. Ağız Kanserlerinde Uygulanan Tedaviler	22
2.8.1. Cerrahi tedavi	22
2.8.2. Radyoterapi	22
2.8.3. Kemoterapi	22
2.8.4. Güncel yaklaşımlar.....	23
2.9. Diş Hekimlerinin Ağız Kanserleri Konusundaki Farkındalığı ve Ağız Kanserlerinin Erken Tanısındaki Rolü ve Önemi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33

	Sayfa
4. BULGULAR	37
4.1. Demografik Veriler	37
4.2. Öğrencilerin ve Diş Hekimlerinin Mesleki Verileri.....	38
4.3. Ankete Katılan Öğrencilerin ve Hekimlerin Ağız Kanseri Konusunda Sahip Oldukları Klinik Deneyimlerine ve Hastalarına Karşı Genel Klinik Yaklaşımlarına İlişkin Veriler.....	40
4.4. Ankete Katılan Öğrencilerin ve Hekimlerin Ağız Kanseri Konusunda Almış Oldukları Eğitimle İlgili Düşüncelerine ve Sahip Olduklarını Düşündükleri Bilgi Düzeylerine İlişkin Veriler	42
4.5. Ankete Katılan Öğrencilerin ve Hekimlerin Ağız Kanseri Konusunda Sahip Oldukları Farkındalıklarına ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Veriler.....	43
4.6. Farkındalık ve Bilgi Düzeylerini Anlamaya Yönelik Sorulardan Elde Edilen Verilerin Birbirleriyle Karşılaştırılması	49
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ	85
KAYNAKLAR	87
EKLER	103
EK-1. Etik kurul onayı.....	104
EK-2. Etik kurul uzatma onayı	105
EK-3. Aydınlatılmış hekim onam formu	106
EK-4. Gazi Üniversitesi anket izin yazısı	108
EK-5. Ankara Üniversitesi anket izin yazısı.....	109
EK-6. Başkent Üniversitesi anket izin yazısı.....	110
EK-7. Hacettepe Üniversitesi anket izin yazısı.....	111
EK-8. Anket soruları.....	112
ÖZGEÇMİŞ	120

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hekimlerin katıldıkları kurs konularına ilişkin frekans dağılımı	39
Çizelge 4.2. Hekimlerin katıldıkları eğitim programının konularına ilişkin frekans dağılımı.....	40
Çizelge 4.3. Şüpheli lezyonu olan hastaların yönlendirildiği bölümlerin frekans dağılımı.....	42
Çizelge 4.4. Alınan eğitimle ilgili düşüncelere ilişkin frekans dağılımı	42
Çizelge 4.5. Bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmelerine ilişkin frekans dağılımı.....	43
Çizelge 4.6. Şüphe yaratan oluşumlara/durumlara ilişkin frekans dağılımı.....	44
Çizelge 4.7. Ağız kanserlerinin risk faktörleri ile ilgili değerlendirmelere ilişkin frekans dağılımı.....	45
Çizelge 4.8. Malign lezyonların yerleşimi açısından önemli alanlarla ilgili değerlendirmelere ilişkin frekans dağılımı.....	46
Çizelge 4.9. Ağız kanserinin tedavi seçenekleri konusundaki değerlendirmelere ilişkin frekans dağılımı.....	46
Çizelge 4.10. Malign lezyonların erken teşhisin önemiyle ilgili değerlendirmelerin frekans dağılımı.....	47
Çizelge 4.11. Ağız kanserinin teşhisi amacıyla hastaların yönlendirildiği merkezlerin frekans dağılımı.....	48
Çizelge 4.12. Konu ile ilgili ilave yorumların frekans dağılımı.....	48
Çizelge 4.13. Katılımcıların şüpheli oluşumlar/durumlar ve risk faktörleri puanları bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H Testi	49
Çizelge 4.14. Hekimlerde şüpheli oluşumlar/durumlar ve risk faktörleri puanları bakımından mesleki tecrübe süreleri arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi	50
Çizelge 4.15. 4. sınıf öğrencilerinde alınan eğitimle ilgili düşünceler bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Man Whitney U Testi	51
Çizelge 4.16. 4. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	52

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.17. 4. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile risk faktörleriyle ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	53
Çizelge 4.18. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Man Whitney U Testi	54
Çizelge 4.19. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	55
Çizelge 4.20. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile risk faktörleriyle ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) testi bağımlılık testi.....	56
Çizelge 4.21. Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa dair Man Whitney U Testi.....	57
Çizelge 4.22. Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) analizi	58
Çizelge 4.23. Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile risk faktörleriyle ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	59
Çizelge 4.24. 4. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik değerlilik öz değerlendirmeleri bakımından şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Man Whitney U Testi ..	60
Çizelge 4.25. 4. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlarla/ durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	61
Çizelge 4.26. 4. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile risk faktörleriyle ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi	62
Çizelge 4.27 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik değerlilik öz değerlendirmeleri bakımından şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Man Whitney U Testi ..	63
Çizelge 4.28. 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlara/durumlara verdikleri cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi	64

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.29. 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile risk faktörleriyle ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi	65
Çizelge 4.30. Hekimlerin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Man Whitney U Testi.....	66
Çizelge 4.31. Hekimlerin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili verdikleri cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi	67
Çizelge 4.32. Hekimlerin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile risk faktörleriyle ilgili verdikleri cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	68
Çizelge 4.33. 4. sınıf öğrencilerinin ağız içi muayeneye ayırdıkları süreler ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi	69
Çizelge 4.34. 5. sınıf öğrencilerinin ağız içi muayeneye ayırdıkları süreler ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi	70
Çizelge 4.35. Hekimlerin ağız içi muayeneye ayırdıkları süreler ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi.....	70

GRAFİKLERİN LİSTESİ

Grafik	Sayfa
Grafik 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım grafiği	37
Grafik 4.2. Katılımcıların yaş değerlerine göre dağılım grafiği.....	38
Grafik 4.3. Hekimlerde mesleki tecrübeye göre dağılım grafiği.....	39



SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Simgeler	Açıklamalar
%	yüzde
χ^2	ki-kare
z	Mann Whitney U Testi'ndeki "U" istatistiğinin standartlaştırılmış hali
H	Kruskal Wallis H Testi'nin hesaplanan istatistik değeri

Kısaltmalar	Açıklamalar
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBV	Epstein-Barr Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpes Simplex Virus
IARC	International Agency for Research of Cancer
OLP	Oral Liken Planus
OLR	Oral Likenoid Reaksiyonlar
OSF	Oral Submuköz Fibrozis
PVL	Proliferatif Verriköz Lökoplaki
SHK	Skuamöz Hücreli Karsinoma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UHS-O	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması: Onkoloji
UKAA	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
UV	Ultraviyole

1. GİRİŞ

Kanser, anormal hücrelerin olağan sınırların dışında çoğalarak vücutta komşu alanlara invazyon yapabilmesi ve/veya diğer organlara yayılım gösterebilmesiyle karakterize olan büyük bir hastalık grubu için kullanılan bir terimdir [1].

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın [UKAA (*International Agency for Research of Cancer-IARC*)] 2012'deki tarama verilerinde dünyada, 14,1 milyon yeni kanser vakası görüldüğü, 8.2 milyon kişide kansere bağlı ölüm ve 32,6 milyon kişinin ise kanser tanısı aldıktan sonra ilk 5 yılının içinde olduğu bildirilmektedir. Yine bu verilerde dünyadaki yeni kanser vakalarının %57'sinin (8 milyon kişi), kansere bağlı ölümlerin %65'inin (5,3 milyon) ve 5 yıllık prevalansa sahip olanların %48'inin (15,6 milyon) daha az gelişmiş bölgelerde olduğu görülmektedir [2].

Tüm dünyada dudaklar, ağız kavitesi ve farengial kanserlerin 2012 yılında 529.500 yeni vaka ve 292.300 ölümden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir ve bu oran tüm kanser vakalarının %3,8'ine ve kansere bağlı ölümlerin %3,6'sına karşılık gelmektedir [3].

En öldürücü 8 kanser türünden biri olan ağız kanserleri basit ağız içi muayene ile tanı alabilecekken ağız kanseri vakalarının yaklaşık % 50'si tanı aldığı anda ileri evrededir [4].

Ağız kanserlerinin erken teşhisiyle, kanser tedavileri sonucu oluşan hasar azaltılabilmekte ve daha iyi bir prognoz sağlanabilmektedir. Ağız kanserlerinin erken teşhisi toplum sağlığı açısından öncelik taşımakta olup sağlık profesyonelleri bu konuda öncü rol üstlenmelidir [5].

Britanya Kolumbiyası'nda 20 yıl önce yapılan bir çalışmada, düzenli diş bakımı hizmetinin oral kanserin erken teşhisiyle önemli derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir [6]. Hindistan Kerala'da yapılan büyük çaplı bir randomize kontrollü çalışmada, Hindistan'ın ağız kanserleri açısından yüksek insidansa sahip bir ülke olmasına rağmen ağızın sağlık çalışanları tarafından gözle muayenesinin yüksek risk gurubundaki kişilerde oral skuamöz (yassı) hücreli karsinomaya (SHK) bağlı mortaliteyi azaltabileceği gösterilmiştir [7].

Son birkaç dekatta oral SHK'lerde 5 yıllık sağ kalım oranlarında çok sınırlı bir artış olmuştur [8]. Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde ilk semptom görüldüğünde hastayı sevk etmenin geciktirilmesinin kanserin daha ileri evrelere ilerlemesi konusunda risk faktörü oluşturduğu ve bu gecikmenin ölüm oranlarını arttırdığı gösterilmiştir [9].

Yerleşimleri nedeniyle ağız kanserlerinin erken teşhisinde en etkin grup diş hekimleridir [10]. Yapılan literatür taraması sonucunda gerek diş hekimliği öğrencilerinin, gerek diş hekimlerinin gerekse diş hekimliğinin çeşitli alanlarında uzmanlaşmış hekimlerin ağız kanserleri konusundaki farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik diğer ülkelerde bazı çalışmaların yapıldığı görülmüş, bu çalışmanın planlanması sırasında yapılan literatür taramasında ülkemizde konuyla ilgili yapılmış iki çalışmaya rastlanmıştır; ancak bu çalışmada olduğu gibi geniş çaplı olmadığı görülmüştür [11, 12]. Bu bilgiler ışığında bu çalışmadaki amaç; Türkiye'deki diş hekimliği öğrencileri ve diş hekimlerinin ağız kanserleri konusundaki farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Kanser; hücrelerin kontrolsüz olarak anormal çoğalmasını tanımlayan bir terim olup bu oluşum çevre dokuları istila edebilme ve metastaz yapabilme yeteneğine sahiptir [13, 14]. *Tümör*; neoplazmlar için yaygın olarak kullanılan, spesifik olmayan bir terimdir [14]. *Neoplazm*; hücre çoğalması kontrolsüz ve ilerleyici özellikte olan, yeni ve anormal doku büyümesini tanımlamaktadır [15]. *Malign neoplazm*; anaplazi, invazyon ve metastaz ile karakterize olan neoplazmlardır. *Bening neoplazm*; malign neoplazmın özelliklerinden hiç birini göstermeyen yani yavaş büyüyen, metastaz yapmadan yayılan/genişleyen, genellikle tekrarlamayan neoplazmlardır [15].

Çoğu oral malignansi ağız kavitesini ve dudağın birçok yüzünü örten mukoz membrandan köken alan skuamöz hücreli karsinomalardır [7, 16]. Ağız kanseri; dudaklarda (vermilyon hattı ve ağız içine bakan yüzü) ve dilin tüm bölümleri de dahil olmak üzere ağız kavitesinde oluşan herhangi bir malign neoplazm olarak tanımlanmaktadır [16].

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması: Onkoloji – UHS-O (*International Classification of Diseases for: Oncology-ICD-O*) 10. revizyonunda ağız kanseri kodu [C00–C06] şeklinde olup; dudak kanserleri (C00); dilin 2/3 anterioru [posterior 1/3'ü (C02) ve dil tabanı (C01) orofarenksin parçası olarak kabul edilmektedir]; ağız kavitesine özgü mukoz membranlar, diş etleri (C03); ağız tabanı (C04); sert ve yumuşak damaklar (C05); ve ağızın diğer ve özelleşmemiş kısımları (C06) olarak kodlanmıştır. Büyük tükürük bezleri bu sınıflamaya dahil edilmemiştir. Bademcikler (C09), orofarenksin geri kalanı (C10), dil tabanı (C01) ile birlikte orofarengeal kanserler tanımlamasındadır ve ağız kanseri olarak kabul edilmemelidir. Bu ayrım önemlidir çünkü birçok orofarengeal kanser *Human Papilloma Virus-HPV* ile ilişkilidir ve ağızın diğer alanlarında görülen alkol ve tütünle ilişkili kanserlerden çok farklı bir hastalık olarak davranmaktadır [16-18].

Dünya çapında 2012'de tahmini olarak 300.373 olan ağız kanseri vaka sayısının 2030 yılında 450.870 vaka sayısına ulaşacağı tahmin edilmektedir [16].

Son 4 dekatı kapsayan kayıtlarda ağız kanserlerinin; 5 yıldan uzun sağ kalım oranlarının %50-%60 arasında olması ve geç dönemde tanı alan hastaların oranlarının aynı kalması

nedeniyle birçok ülke için büyük bir sağlık problemi oluşturduğu görülmüştür [9]. Malignansilerde erken tanı ve tedavi uzun dönemdeki sağlığı ve sağ kalımı etkilemektedir [19]. Erken tanı alan hastalarda sağ kalım oranı %80'lere yükselmekte, aynı zamanda daha az radikal tedavi gereksinimi ortaya çıkmakta ve hayat kalitesi ileri evrede tanı alan hastalara göre daha az etkilenmektedir [20, 21]. Hastalar ileri evrede tanı aldığı anda ise sağ kalım oranı %30-%50'ye kadar gerilemektedir [21].

Oral kaviteye özgü bilgileri ve erişim kolaylığı nedeniyle diş hekimleri ağız kanserlerini erken teşhis edebilme açısından önemli bir avantaja sahiptir [22]. Fırsatçı ağız kanseri taraması; diş hekimine başvuran hastalarda, hastanın her hangi bir semptomu olmasa da rutin muayene sırasında ağız kavitesinin ve baş-boyun bölgesinin sistematik olarak muayene edilmesiyle prekanseröz lezyonun ya da kanserin klinik belirtilerini tespit etmek olarak tanımlanabilir. Diş hekimleri dental ünitede yaptıkları fırsatçı ağız kanseri taramasıyla hastalarının ağız kavitesindeki prekanseröz durumların ve kanserlerin erken teşhisini kolaylaştırabilir [23].

Geleneksel ağız muayenesi (gözle ve palpasyonla muayene) ağız kanseri taramasında altın standardı oluştururken, lezyon saptanan hastada biyopsi ve histopatolojik inceleme, saptanan lezyonun tanımlanmasında kesin teşhis açısından önemlidir [5]. Premalign ve malign lezyonlar klinik olarak benzer görünümde oldukları için benign lezyonlardan ayırt edilmeleri zor olmaktadır. Bu nedenle oral benign, premalign ve malign lezyonları belirlemek ve aralarında ayırım yapmayı kolaylaştırmak için toluidin mavisi ile boyama, kemiluminesans, oral eksfoliyatif sitoloji gibi yardımcı teknikler geliştirilmiştir [24].

Tanı koyma işlemi; kapsamlı bir anamnezi takiben baş, boyun ve ağız dokularının eksiksiz olarak muayene edilmesi ve normal dokuların görünümündeki çeşitliliklerin bilinerek oral potansiyel malign epitelyal lezyonlara, SHK ya da tükürük bezi veya lenfoid kaynaklı diğer neoplazmlara dair şüphe verici bulguların saptanması ile tamamlanabilir [25].

2.1. Epidemiyoloji

Tüm dünyada 'ağız kanserleri' kanserle ilişkili ölümlerde erkekler arasında 20. sırada, kadınlar arasında ise 16. sırada yer almaktadır [26].

Ağız kanseri vakalarının yarısından fazlası Asya'da görülmektedir. Ağız kanserlerine bağlı ölümlerin yaklaşık %66,3'ü Asya'da görülmektedir ve Asya'yı %18,4 ile Avrupa, %6,1 ile Afrika, %5,1 ile Latin Amerika ve Karayipler, %3,1 ile Kuzey Amerika takip etmektedir [27]. Hindistan alt kıtası ve buna komşu ülkeler ağız kanserleriyle ilişkili ölümlerin en fazla görüldüğü yerlerdir [16].

Ağız kavitesi ve farenkste anatomik bölgelere göre görülen kanser insidansları kültürlere özel baskın risk faktörlerine bağlı olarak geniş coğrafik çeşitlilik göstermektedir [16]. Örneğin; ultraviyole ışınlarının neden olduğu dudak kanseri açık ten rengine sahip toplumlarda daha fazla görülürken, Orta Asya ve Hindistan alt kıtasında yaygın olarak görülen tütün ve betel çiğneme (pan ya da paan olarak da bilinen, genellikle betel yaprağı, areka fıstığı ve sönmüş kireç içeren bir karışımdır), bukkal ve retromolar bölgeleri etkilemektedir [16, 28].

Bilindiği üzere dünya çapında ağız kanseri insidansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. 2012'de ağız kavitesi kanserlerinde yaşa bağlı insidans erkeklerde 5,5/100.000 kişi, kadınlarda 2,5/100.000 kişidir [16].

Dil kanseri tüm etnik kökenlerde en sık olarak görülen ağız kanseri tipidir. Asyalılar'da areka ve tütün çiğneme alışkanlıklarına bağlı olarak malignansi gelişimi daha çok bukkal alanda görülmektedir [29]. Amerika'da yapılan birkaç çalışmada siyah ırkta ağız kanserlerinin prognozunun beyaz ırka göre daha kötü olduğu görülmüş, ancak bu durumun nedeni olarak siyah ırkın sağlık hizmetlerine daha zor ulaşması gösterilmiştir [30, 31].

Amerika'da 1975-2011 yılları arasında yapılan bir istatistiğe göre ağız kanserlerinin saptandığı ortalama yaş 62'dir. Ağız kanserleri erkeklerde genellikle 5. dekatın sonra ortaya çıkmakta, Asya toplumlarında ortalama yaş 5. dekat ve 6. dekatın başları olurken Kuzey Amerika'da 7. ve 8. dekatlarda ortaya çıkmaktadır [32].

2.2. Risk Faktörleri

Aetiology kelimesi [*aitia* (sebebe, neden) ve *logos* (bilim)] Yunanca'dan gelen bir kelime olup hastalığın sebepleriyle ilgilenen tıp biliminin bir parçasıdır. Tüm hastalıklarda predispozan ve direkt ilişkili faktörler mevcut olup predispozan faktörlerin varlığı, direkt ilişkili olan faktörlerin etkilerini arttırmaktadır. Predispozisyon bir dereceye kadar kalıtsal olmakla birlikte sıklıkla sosyal, kültürel ve çevresel etkenlerin bir karışımıdır.

Örneğin; *Multipl poliposis coli* geninin kalıtsal özelliği kolon kanseri gelişimi açısından riski arttırmaktadır, fakat diyet daha etkili/yakın ilişkili bir sebeptir ve halen etkisini sürdürmektedir.

Pathogenesis kelimesi [*pathos* (rahatsızlık ya da hastalık) ve *genein* (üretmek)] Yunanca'dan gelen, hastalığın üretimi ya da gelişimi anlamında olup mekanizmayı da içeren bir tanımdır. Çoğu zaman etyopatogenez olarak tanımlandığından dolayı sebebe ve mekanizmayı ayırmak çoğunlukla zordur.

“Risk”in anlamı konusunda açık olunması gerekmektedir. Farklı yazarlar tarafından farklı anlamlarda birçok terim kullanılmaktadır. Risk faktörü, doğrudan hastalığın nedensel zincirinin bir parçası olan bir ajan, nitelik veya davranış olarak tanımlanmaktadır. Bir risk belirteci veya risk göstergesi, hastalıkla ilişkilidir ve nedensel olabilir veya olmayabilir. Hastalığın varlığı veya muhtemel prognozu hakkında fikir verebilir ancak mekanizmayı açıklayamayabilir. Sosyoekonomik statü ikinci kısma bir örnektir. Başta baş-boyun kanseri olmak üzere pek çok hastalığa eşlik eder ancak kendisi neden değildir; sigara, alkol bağımlılığı ve kötü beslenme prevalansının yüksek olması baş boyun kanserleriyle ilişkili faktörlerdir. Sosyal sınıf, bu nedenle, etyopatogenezin epidemiyolojik çalışmalarında bir karışıklığa neden olan bir faktör olarak tanımlanmaktadır [33].

Yukarıda açıklanan sebepler nedeniyle bu çalışmada “etiyojik faktör” yerine “risk faktörü” tercih edilmiştir.

Ağız kanserlerinde birçok risk faktörü vardır ve bazı faktörler sinerjik etki göstererek kanser oluşma riskini arttırmaktadır [34].

Ağızda veya baş ve boyundaki SHK'lerin ve minör tükürük bezi karsinomalarının gelişiminde tütün, alkol, diyet ve beslenme, virüsler, radyasyon, etnik köken, ailesel ve genetik predispozan faktörler, ağız hijyeni, baskılanmış bağışıklık, ağız gargaralarının kullanımı, sifiliz, dental faktörler, mesleki faktörler, mate, areka nut ve betel nut kullanımı gibi faktörler etkilidir [16, 35, 36].

Ağız kanserlerinin etiolojisinde yer alan risk faktörleri konusunda bilgi sahibi olan diş hekimleri, bu risk faktörlerini taşıyan hastaların ağız kavitesinin rutin muayenesi sırasında oral kanserin erken bulguları açısından daha dikkatli olacaklardır [36].

Tütün Kullanımı: Tütün kullanımı uzun süredir birçok malignitenin gelişimiyle ilişkilendirilmekte olup her yıl milyonlarca kansere bağlı ölümden tek başına sorumlu olduğu için kanser açısından ilk sıradaki risk faktörü olarak kabul edilmektedir [36, 37]. Sigara kullanan ağız kanserli hastalardaki mortalite oranı hayatları boyunca sigara kullanmayan ağız kanserli hastalara göre büyük ölçüde daha yüksektir [38]. Tütün kullananlarda tütün kullanmayan popülasyonlara göre ağız kanseri gelişme riskinin 2 ila 12 kat daha fazla olduğu, ağız kanseri olanların %95'inde tütün kullanım hikayesinin olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür. Sigara içmeyenlerde ağız kanseri gelişme riskinin %5-%30 arasında olduğu düşünülmektedir [39, 40].

Yapılan çalışmalarda sigara dumanını içine çekmenin, filtre kullanmamanın ve kara tütün kullanımının ağız kanseri riskini arttıran faktörlerden olduğu belirtilmiştir [41, 42].

Dumansız tütün kullanımı tüm dünyada yaygınlaşmıştır ve bu durum son zamanlarda bilimsel kuruluşlar ve halk sağlığı topluluklarının dikkatini bu durumun sağlık üzerine olası etkileri konusuna çekmiştir [36, 38]. Dumansız tütün; nikotinin absorbe edilip etkisini göstereceği ağız kavitesi içinde mukoz membrana temas edecek şekilde yerleştirilerek veya çiğnenerek kullanılmasıdır. Dumansız tütün kullanımı ağızda birçok prekanseröz lezyona ve kansere neden olmaktadır [36].

Alkol Kullanımı: Alkol kullanımı, kanıta dayalı olarak ağız kavitesi ve orofarengal kanser gelişiminde risk faktörüdür. Alkolün kanser gelişimindeki etkisi, tütünle birlikte kullanıldığında ortaya çıkan etkilerinden bağımsızdır [43]. Alkolün günlük tüketim miktarının, kullanım süresinin ve hayat boyu toplam kullanım miktarının ağız

kanserlerinde riski arttırdığı yapılan çalışmalarda görülmüştür [44-46]. Bir derlemede haftada 5 veya 6 kadeh şarap tüketiminin karsinogenez riskini arttırdığı, alkolün günlük tüketim miktarının 120 gramdan fazla olması durumunda riskin anlamlı ölçüde arttığı belirtilmiştir [38]. Bazı vaka-kontrol çalışmalarında alkol kullanımı bırakıldıktan sonra riskin azaldığı, alkol kullanmama süresi uzadıkça riskin giderek düştüğü bildirilmiştir [45, 47, 48]. Birçok epidemiyolojik çalışmada alkolün ve tütünün birlikte kullanımının ağız kanserlerindeki rolü araştırılmış, ortak etkilerinin katlayarak arttığı görülmüştür [47, 49, 50].

Betel nut Kullanımı: Tek başına ya da tütünle birlikte betel çiğnemenin ağız kavitesi ve orofarengal kanser riskini arttırdığı kanıtlanmıştır [51]. Bu bitkinin çok fazla tüketildiği Asya'da tütünle ya da tütünsüz betel çiğnenmesi, ağız kanserleri için tütün kullanılması ya da alkol içilmesinden daha fazla risk oluşturmaktadır [36, 45, 49]. Kanser riski; alışkanlığın süresi, kullanım sıklığı, erken yaşlardan itibaren kullanılması, çiğnemeyle çıkan sıvının yutulması ve uyurken bu karışımın ağızda tutulması ile artmakta, kullanım bırakıldığında ise azalmaktadır [45, 49, 52-55].

Diyet ve Beslenme: Dengesiz ve/veya yetersiz beslenmenin oral ve farengal kanserlerin %11-%15'inden sorumlu olduğu düşünülmekte olup bu durumun ağız kanserlerinin gelişiminde risk faktörü olduğu birkaç çalışmada gösterilmiştir [56, 57]. Birçok vaka-kontrol çalışmalarında ağız kanserleri ile meyve ve sebze tüketimi arasında ters bir ilişki olduğu gözlenmiş ve birçok çalışmada bu yönde bulgular elde edilmiştir [58-62]. Meyve ve sebze tüketiminin daha sık olması, özellikle havuç, taze domates ve yeşil biber gibi sebze meyvelerin sık tüketilmesi oral ve orofarengal kanserlerin gelişme riskini azaltmaktadır. Meyve ve çiğ sebze dışındaki balık, bitkisel yağ, zeytin yağı, ekmek, tahıllar, yemeklik bakla, protein, yağ, et, tavuk, karaciğer, karides, istakoz ve lifli gıdalar gibi yiyecek ve yiyecek grupları da koruyucu etkiye sahiptir [36]. İşlenmiş et, kek ve tatlılar, tereyağı, yumurta, çorba, kırmızı et, tuzlanmış et, peynir, bakliyat, makarna veya pirinç, darı ve mısır ekmeği gibi belirli yiyecek grupları ağız kanserleri açısından yüksek risk taşımaktadırlar [63]. Bununla birlikte gıda maddesindeki belirli bir bileşen tek başına yararlı ya da zararlı olarak değerlendirilmemektedir [63].

Gargara Kullanımı: Ağız gargaraları, genellikle içeriğindeki diğer maddeler için bir çözücü ya da koruyucu olarak alkol içermektedir. Epidemiyolojik bulgular ağız

gargarasının; kullanım sıklığına, süresine ve alkol içeriğine bağlı olarak ağız kanserlerine neden olma riski olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte gargara kullanımı ve ağız kanserleri arasında bir neden-sonuç ilişkisi bulunamamıştır [64].

Mate Kullanımı: Güney Amerika'nın ve Avrupa'nın bir bölümünde çay gibi tüketilen bir içecek olan matenin, ağız ve farengeal kanserlerin gelişimi için tek başına bir etken olduğu gösterilmiştir. Matenin, ağız kanserlerine yatkınlığı arttırmasına yol açan kesin patogenez halen bilinmemekle birlikte karsinojenitesi için termal hasara yol açması, diğer kimyasal karsinojenler için çözücü olması ve *tanninler* ve *N-nitröz* bileşikler bulundurması gibi birçok neden ileri sürülmektedir [65]. Uruguay'da mate çayının tüketiminin etkilerini değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada dil kanseri riskini 2,5 ila 3,7 kat arttırdığı bildirilmiştir [66]. Brezilya'da yapılan bir çalışmada da matenin ağız kavitesi kanserini 1,6 ila 2,8 kat arttırdığı belirtilmiştir [67].

Viral Enfeksiyonlar: Virüsler, oral skuamöz epiteli de içeren skuamöz epitelin malign tümörlerinin gelişiminde güçlü bir şekilde rol oynamaktadır [36]. Oral kanser transformasyonunda en sık rol oynayan virüsler herpes grubu virüsler (özellikle *Herpes Simplex Virus-HSV* ve *Epstein-Barr Virus-EBV*), HPV ve adenovirüslerdir. Bu virüsler arasında üzerinde en fazla çalışma yapılan HPV olup insanlardaki oral ve orofarengeal kanserlerde en olası sinerjik virüs olarak göz önünde bulundurulmaktadır [36, 38].

HPV'ler; oral karsinogeneizde rol oynayan en yaygın virüslerdir [36]. Benign ve malign neoplazmlarda 150'den fazla farklı HPV türü izole edilmiştir. HPV antijenleri ve gen ürünleri oral ve orofarengeal kanserlerden ve prekanseröz lezyonlardan alınan biyopsilerde saptanmış, ayrıca ağız, baş ve boyun kanserlerinin lenf nodu metastazlarında tespit edilmiştir. Normal ağız mukozasında da bulunabilen HPV'nin ağız kanserlerinde en sık görülen genotipi HPV 16' dır [38]. HPV'nin kanser gelişimindeki rolüne dair en önemli bulgu; HPV'nin kodladığı gen ve gen ürünlerinin hücre döngüsü mekanizmasını bozabilmesidir [36].

HSV'nin ağız kanserlerine neden olduğuna dair bir kanıt olmamasına rağmen birçok çalışmada ağız kanserli hastalarda HSV antikorlarının serumda yüksek miktarda olduğu gösterilmiştir [68]. Hamster yanak kesesi modeli kullanılarak yapılan bir çalışmada onkojenik dönüşümü başlatmak için HSV'nin, kimyasal karsinojenlerle sinerjik

davranabildiği gösterilmiştir. Bununla birlikte böyle dokularda HSV varlığının, virüs ve kanser arasında sebep sonuç ilişkisine neden olup olmadığı halen tartışmalıdır [38]. EBV, bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde, ağızda kıllı lökoplakiye ve lenfoproliferatif hastalıklara neden olmaktadır. Prevelans çalışmaları SHK hastalarında EBV varlığını göstermiş, ancak nedensel bir ilişki kanıtlanamamıştır [36].

Mantar Enfeksiyonları: Kandida türlerinin özellikle *Candida albicans*'ın (*C.albicans*) neden olduğu mantar enfeksiyonları, ağızdaki premalign lezyonların patogeneğinde rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada *C. albicans*'ın yüzeysel hüfleri çoğu malign dönüşüme uğramış olan lökoplakilerin özellikle de nodüler lökoplakilerin üzerine yerleşmiş olarak bulunmuştur. Kandida yerleşiminin ikincil bir olay olup olmadığı ya da oral premalign lezyona neden olup olmadığı belirsiz ve tartışmalıdır. Kandidanın, karsinogeneşte etkili olan nitrozaminleri ve kimyasalları üretmek için gereken enzimleri diyetle gelen bileşiklerden elde ettiğini gösteren bulgular vardır [69].

Baskılanmış Bağışıklık: Konjenital ya da edinilmiş olarak (organ nakli yapılmış veya kanser hastaları) bağışıklık sistemi baskılanmış olan bireyler, ağız kanseri gelişimine daha yatkındırlar [36, 70]. İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (*Human Immunodeficiency Virus-HIV*) pozitif olup bağışıklık sistemi baskılanmış bireyler arasında, HIV ilişkili ağız maligniteleri bildirilmiş olsa da, ağız kanserleri bu sistemik immün baskılanmanın yaygın bir sonucu değildir [38].

HIV+ olan bireyler serviks, anüs ve cilt ile baş ve boyunun HPV ilişkili kanserlerinde, yüksek risk taşımaktadır. Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde bu hastalarda dudak kanseri açısından artmış risk olduğu gösterilmiştir [71]. Ancak bu risk bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi gören hastalara göre önemli ölçüde daha düşüktür [16].

Bir olgu serisinde, immüsupresif tedavi (kemoterapi/radyoterapi, kortikoterapi, kemik iliği nakillerinde reddi önleme tedavisi) alan genç hastalarda çeşitli dil, yanak ve damak kanseri vakaları gözlenmiştir [72]. Hematopoetik kök hücre nakli uygulanan hastalar 5-9 yıllık latent dönemden sonra başta dil olmak üzere ağız kanserleri gelişimi açısından daha yüksek risk taşımaktadırlar. Diğer ağız içi belirtilerinin yanında mukozit ve Liken Planus ile karakterize olan kronik Graft Versus Host hastalığı ağız kanserleri açısından risk taşımaktadır [70, 73].

Bağışıklık sisteminin baskılanmasının dudak kanseri riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu risk solid organ nakli olan hastalarda 44 kat daha fazla olup böbrek nakli olan hastalarda risk en yüksek orandadır [74]. Risk doğrudan bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç rejimiyle ilgilidir ve terapi durdurulduğunda geri dönüşümlüdür. Böbrek nakli olan alıcılarda dudak kanseri insidansı doğrudan immüsupresif terapinin türü, dozu ve süresiyle ilişkilidir [75]. Yine bu hastalarda alt dudak vermilyonunda kanser gelişme riski birbirlerinden bağımsız olarak; artan yaş, sigara kullanımı, güneş kaynaklı ultraviyole ışınlarına maruz kalma ve immüsupresyonun süresi ile ilişkili olup solid organ nakli olan ve immüsupresif terapi alan hastaların güneş ışığına maruz kalmaktan, çok alkol tüketiminden ve sigara kullanımından kaçınmaları gerekmektedir [75, 76].

Mesleksel Faktörler: Mesleksel maruz kalmanın ağız kanserleri için risk faktörü olup olmadığını inceleyen az sayıda çalışma vardır [52, 77-79]. Birçok meslekte ve sektörde ağız kanseri riskinin arttığı gözlenmesine rağmen, aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve sonuçların küresel olarak tutarsız olduğu görülmüştür [70].

Ultraviyole (UV) ışınına çok fazla maruz kalınmasının dudak kanserlerine neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca UV ışınları oral SHK'ye dönüşebilen aktinik şelitise de neden olmaktadır [80, 81]. Bireyleri uzun süreler boyunca solar radyasyona maruz kalmak zorunda bırakan tüm açık hava meslekleri, dudak kanseri açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Güneşe maruz kalmanın kümülatif etkiye sahip olduğu balıkçılık ve ziraatle uğraşan bireylerde gösterilmiştir [81].

Kükürt dioksit, asbest ve böcek ilaçlarının ve güçlü inorganik asitlerden ve fosil yakıtlarından kaynaklanan buharın ağız posteriorunda, farenks ve larenkste kansere neden olduğu bilinmektedir [80]. Kauçuk ürünlerin üretiminde, lehimcilikte, otomobil endüstrisi gibi bazı meslek alanlarında çalışanlarda tükürük bezi kanseri riskinin arttığı bildirilmiştir [82]. Amerika'da yapılan iki çalışmada '*perkloroetilen*'e maruz kalma (kuru temizlemede kullanılan organik çözücü) ve dil kanseri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir [83, 84].

Bir kohort çalışmada ve bir vaka-kontrol çalışmasında mesleğe göre ağız kavitesindeki farklı alanların kanser riskleri değerlendirilmiştir. Erkek bireylerde diş hekimlerinin, kuaförlerin, garsonların, aşçıların, satış görevlilerinin, mağaza ve içecek satıcılarının, kazan/ocak işletmecilerinin ve petrol endüstrisi işçilerinin dil kanseri açısından;

ressamların, matbaacıların, garsonların ve aşçıların diş etleri, ağız tabanı ve ağzın diğer alanlarında kanser gelişmesi açısından yüksek risk taşıdıkları belirtilmiştir [77, 85].

Dental Faktörler: Kötü oral hijyenin, dental durumun kötü olmasının (çürük/travmaya bağlı sivri kenarlar/kırık dişler) ve uyumsuz protezlere bağlı kronik ülserasyonların diğer risk faktörlerinin varlığında neoplazm gelişimini desteklediği öne sürülmektedir. Sigara kullanımı ve alkol tüketimi gibi risk faktörleri elimine edilemediği için dental faktörlerin ağız kanserlerinin gelişimine etkisi net bir şekilde anlaşılamamaktadır. Hamsterlarda yapılan deneysel bir çalışmada karsinojen uygulamasına ek olarak kronik travma uygulandığında tümör gelişimini desteklediği gözlenmiştir [86]. Bu yüzden bilinen risk faktörlerini taşımalarına ek olarak dişlerinden ya da protezlerinden kaynaklanan irritasyon belirtilerine sahip olan hastalar yakından takip edilmelidir [36].

Periodontal hastalıkla (klinik olarak diş etlerinde kanama, dişlerde mobilite ve radyolojik olarak alveoler kemikte kayıp) ağız kanserleri arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır [87, 88].

Sifiliz: Tersiyer sifilizin, tütün ve alkol gibi diğer risk faktörleriyle birlikte ağız kanserlerinin gelişimine yatkınlık sağladığı bilinmektedir. Bununla birlikte, günümüzde tersiyer sifiliz henüz bu aşamaya gelmeden teşhis edilip tedavisi gerçekleştirildiği için klinik uygulamada nadiren karşılaşılan bir durum haline gelmiştir [53].

Eski yıllarda sifiliz tedavisinde arsenik ve ağır metal preparatlar kullanılmaktaydı. Uygulanan terapötiklerin tedavi sonucunda ortaya çıkan karsinoma için etiyolojik faktör olabileceği düşünülmektedir [89].

Radyasyon: İyonize radyasyona maruz kalma ile tükürük bezi tümörlerinin gelişimi arasında ilişki olduğuna dair somut bulgular bulunmaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışmada baş boyun bölgesine uygulanan terapötik radyasyonun tükürük bezi dokusundaki tümörojenik etkileri değerlendirilmiş, yıllık ortalama insidansın erken dönemde 48/100.000 kişi, çalışmanın ilerleyen dönemlerinde ise 77/100.000 kişi olduğu görülmüştür [90].

UV ışınına maruz kalma düzeyi; bulunulan enlem ve yükseklik, günün hangi saatinde ve yılın hangi döneminde maruz kalındığı, bulut örtüsü ve çevredeki yüzeylerden gelen yansımalar ile değişmektedir [91]. Güneş kremleri ve losyonları dudakları UV ışınının zararlarından korumada etkilidir [38].

Genetik Faktörler: Genetik yatkınlığın oral SHK gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir [36]. Bazı bireylerde, karsinojenleri veya prokarsinojenleri metabolize edememenin ve/veya DNA hasarının onarımındaki yetersizliğinin kalıtsal olduğu düşünülmektedir [92]. Tütün karsinojenlerinin metabolizmasından sorumlu enzimleri kodlayan genlerdeki genetik polimorfizmlerin, tütüne bağlı baş ve boyun kanserlerindeki genetik yatkınlıkta anahtar rol oynadığı düşünülmektedir [36]. Copper ve ark.'nın baş ve boyun kanseri hastalarının birinci derece akrabalarını takip ederek yaptıkları araştırmada, bu kişilerin bir kısmında solunum yolu ve üst aerodigestif yol kanseri geliştiği bildirilmiştir [93]. Bununla birlikte, ağız kanserlerinde genetik veya ailesel eğilimi belirlemek için yapılan toplum tabanlı çalışmalar, sigara ve alkol kullanımı gibi eşlik eden risk faktörleri ile sınırlanmaktadır [36].

Sosyal Eşitsizlik: 8 vaka-kontrol çalışmasını içeren bir meta-analizde ağız kavitesi ve orofarengeal kanser riskiyle sosyo-ekonomik durum arasındaki ilişki; gelir düzeyi, sosyo-mesleki kategori ve eğitim düzeyi parametreleri temel alınarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda sosyo-mesleki kategori ve ağız kanseri riskinin ilişkili olduğu, dezavantajlı sosyo-mesleki kategoriler için riskin arttığı belirtilmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi ve ağız boşluğu kanseri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde en düşük eğitim seviyesinin ağız boşluğu kanseri açısından en yüksek riski taşıdığı belirlenmiştir [94].

Etnik kökene bağlı değişkenler; sosyal ve kültürel uygulamalardan, sosyal düzeydeki farklılıklardan ve beslenmenin ve genetik faktörlerin etkisinden dolayı büyük farklılıklar göstermesine rağmen sosyo-kültürel uygulamalar ve sosyal düzeyle ilgili değişkenler daha önemlidir. Sonuçlardaki farklılıklar, sağlık hizmetlerine ulaşımındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır [16].

2.3. Ağız Kanserlerinin Belirti ve Bulguları

Oral ve orofarengial bölgede başlangıç aşamasındaki bir SHK'si olan hastalar sıklıkla asemptomatiktir veya belirsiz semptomlara ve minimal fiziksel bulgulara sahiptir [95].

Diş Hekimleri Konseyi, ağız kanserleri açısından şüphelenilmesi gereken lezyonları şu şekilde listelemiştir [96]:

- 1- Etkin olduğu düşünülen durum ortadan kaldırıldıktan sonra 14 günden daha uzun süre geçmeyen ülserasyon,
- 2- Kazıyarak yüzeyden uzaklaştırılamayan beyaz, kırmızı ya da kırmızı-beyaz lezyonlar,
- 3- Belirgin şişkinlik varlığı,
- 4- Lokalize pigmente lezyon,
- 5- Hızlı büyüme, infiltrasyon, indurasyon ve fiksasyon gibi şüpheli özellikler gösteren herhangi bir ağız lezyonu,
- 6- Gözle görülemeyen fakat palpe edilebilen intraoral şişkinlik,
- 7- Nedeni açıklanamayan ve 4 haftadan uzun süren orofasiyal ağrı,
- 8- Nedeni açıklanamayan, boyunda yakın zamanda meydana gelen şişkinlik,
- 9- Nedeni açıklanamayan, 3 haftadan uzun süren yutma zorluğu,
- 10- Travmaya ya da periodontal hastalığa bağlı olmayan, sebebi açıklanamayan 3 haftadan uzun süren diş mobiliteleri,
- 11- Nedeni açıklanamayan kemik lezyonu,
- 12- Azalmış orofasiyal duyarlılık ve nedeni bilinmeyen paraliz durumları.

Şüpheli bir lezyon tespit edildiğinde hekim ya kendisi biyopsi almalı ya da hastayı uygun bir merkeze yönlendirmelidir [96].

Çoğu hastada lokal olarak ilerlemiş lezyonun belirti ve bulguları mevcuttur. Klinik belirtiler ağız içinde etkilenen alanlara göre farklılık gösterebilmektedir. Lokal olarak ilerlemiş oral ve orofarengial kanseri olan hastalarda, mukozada büyüme ve ülserasyon, ağrı, kulağa yayılan ağrılar, ağızda kötü koku, konuşmada, ağız açmada, çiğneme zorluk, yutkunmada zorluk ve ağrı, kanama, kilo kaybı ve boyunda şişlik sık görülen semptomlardır [95].

2.4. Prekanseröz Lezyonlar ve Prekanseröz Durumlar

Kansere dönüşme riski olan klinik durumları tanımlamak için uluslararası literatürde birçok farklı tanımlama kullanılmıştır [97-99]. DSÖ prekanserleri; ‘prekanseröz lezyonlar’ ve ‘prekanseröz durumlar’ olarak sınıflandırmaktadır [100]. Prekanseröz lezyonlar; normal haline göre daha fazla kansere dönüşme eğilimi olan morfolojik olarak farklılaşmış doku, prekanseröz durum ise önemli ölçüde artmış kanser riski ile beraber olan generalize bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Lökoplaki, eritroplaki, ters sigara içmeye bağlı oluşan damak lezyonları ve aktinik şelitis prekanseröz lezyonlara örnektir. Prekanseröz durumlara ise; liken planus, oral submuköz fibrozis, lupus eritematozus, kseroderma pigmentozum, sideropenik disfaji, epidermolizis bulloza, diskeratozis konjenita örnek olarak verilebilir [101].

Lökoplaki; 1978’de DSÖ tarafından malign dönüşüm açısından yüksek risk taşıyan ‘beyaz leke veya plaklar’la karakterize bir lezyon olarak tanımlanmış olup daha sonra bu tanımlama ‘Klinik ve laboratuvar özellikleriyle başka bir tanı kategorisine uymayan ve kazıma ile mukozadan uzaklaştırılamayan beyaz plak’ olarak son halini almıştır [89, 97, 101]. Ağız içerisinde en yaygın görülen prekanseröz lezyon olan lökoplaki; genellikle asemptomatik olup rutin muayene sırasında fark edilir [101]. Dil, dudak vermilyon bölgesi, bukkal mukoza, dişeti ve ağız tabanı sıklıkla yerleşim gösterdiği alanlardır. Bir lökoplakinin malign dönüşüm potansiyeli; lezyondaki epitel hücrelerinin displazi derecesi, lezyonun yerleştiği bölge, büyüklüğü ve birden fazla alanda görülmesi ile ilgilidir [102]. Çalışmalar oral lökoplakilerin %17-%25’inin epitelyal displazi gösterdiğini, %8’inin de oral SHK’ye dönüştüğünü göstermiştir [103, 104]. Erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha fazla görülmekte ve genellikle 5. ila 7. dekatlar arasında ortaya çıkmaktadır [105].

Proliferatif Verrüköz Lökoplaki (PVL) diğer lökoplakilerden ayrı değerlendirilmektedir. Lezyonlar basit keratoz olarak başlar ve zamanla verrüköz görünüm alır. Lezyonlar inatçı, multifokal ve tekrarlama eğiliminde olup bazen lokal infiltrasyon gösterebilir. Rejyonel lenf nodlarına metastazı nadirdir [106]. İleri yaştaki kadınlarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Bazı vakalarda tütün kullanımıyla ilişkili olarak, bazı vakalarda HPV 16 ve 18 ile birlikte görülmekle birlikte nedeni tam olarak bilinmemektedir [107, 108]. PVL oral lökoplakinin agresif formudur ve hemen hemen tüm PVL’ler malign transformasyona uğramaktadır [101].

Eritroplaki; DSÖ tarafından klinik ya da patolojik açıdan başka bir tanı kategorisine uymayan ‘kırmızı leke veya plaklar’ olarak tanımlanmaktadır [109]. Lökoplaki ile karşılaştırıldığında daha az görülmekte ancak teşhis sırasında displazi ve malignite gösterme ihtimali daha fazla olduğu için (%91) daha riskli kabul edilmektedir [89, 110]. Lezyonların çoğu yumuşak damakta, ağız tabanında, dudakta, dilin lateral ve ventral yüzeyleri ile retromolar bölgede görülmektedir [105, 109]. Eritroplaki için risk faktörleri oral SHK ile aynıdır [111]. Orta yaş üzeri kişilerde daha sık görülmekte olup özellikle erkekler arasında daha yaygındır [112]. Bazı hastalar ağrı, yanma ve metalik histen şikayetçi olsalar da genellikle asemptomatiktir [101].

Ters sigara içmeye bağlı oluşan damak lezyonları; sigaranın ya da puronun yanan ucunun ağız içinde tutularak içilmesiyle palatal mukozada meydana gelen değişiklikleri tanımlamaktadır. Palatal değişiklikler; yüzeyden kabarık beyaz leke ya da plaklar, kırmızı alanlar, ülserasyonlar ve hiperpigmente ya da non-pigmente alanlar şeklinde olabilmektedir [109].

Aktinik (solar) şelitis; kronik olarak güneş ışığına maruz kalmanın sonucunda dudakların özellikle de alt dudağın vermilyon hattında meydana gelen doku dejenerasyonunu tanımlamaktadır. Açık tenli kişilerde daha fazla görülmektedir [106]. Zamanla dudakta kuru, çatlamış, pullu, soluk ve beyaz bir görünüm ortaya çıkar [101]. Aktinik şelitisin %6-%10 oranında karsinomaya dönüşme riski olup yavaş gelişen ve geç dönem metastaz yapan bir lezyondur [89].

Prekanseroz durumlardan olan *Liken Planus*; bir bağışıklık sistemi bozukluğudur. Orta yaşlı insanlarda, özellikle kadınlarda daha sık görülmektedir [113]. Klinik olarak Oral Liken Planus (OLP) beyaz çizgiler (*Whickham çizgileri*), beyaz papüller, beyaz plak, eritem, erozyon ya da kabarcık olarak görülebilmektedir. Bukkal mukoza, dil dorsumu ve dişeti yaygın olarak etkilenmektedir. Klinik görünümleri; retiküler, papüller, plak benzeri, eroziv, atrofik ve büllöz olmak üzere 6 çeşittir. Retiküler ve eroziv olmak üzere 2 temel klinik formu mevcuttur. OLP genellikle asemptomatik olup atrofik ve eroziv formları yanma hissine ve şiddetli ağrıya neden olabilmektedir [101].

Oral Likenoid Reaksiyonlar (OLR) belirli ilaçlar ya da dental amalgam restorasyonlara reaksiyon olarak oluşan, OLP’ye benzer ağız lezyonları olan bir hastalıktır [114].

OLP'nin malign transformasyonu ile ilgili farklı görüşler vardır. Birçok çalışmada %0,4- %5,6 arasında değişen oranlarda malign dönüşüme uğradığı bildirilmiştir. En yüksek oran ise eroziv OLP'de ve likenoid lezyonlarda görülmektedir [113, 115-118].

Oral Submuköz Fibrozis(OSF); Tütün ve sıcak gıdaların uzun süreli kullanımı sonucunda, ağızdaki yumuşak dokularda submukozal generalize fibrozis görülmesi olarak tanımlanmaktadır [89, 101]. OSF'de malign transformasyon sıklığının % 7-13 oranında olduğu bildirilmiştir [119].

Lupus Eritematozus; etiolojisi bilinmeyen kronik otoimmün bir hastalıktır. Genel olarak diskoid ve sistemik olarak sınıflandırılır. Ağız lezyonları her iki durumda da görülür [101]. Genç kadınlar daha sık etkilenmektedir [120]. Klinik olarak ağızdaki diskoid lezyonlar; merkezde atrofisi olan kenarları kabarıklık, etrafı beyaz çizgiler ile sınırlı, telenjiektazi gösteren küçük beyaz plaklar olarak görülmektedir [109]. Lezyonlar sıklıkla bukkal mukozada, dilde ve damakta yerleşim göstermekte olup ağrısızdır. Diskoid lupus eritematozusun ağız lezyonlarının malign potansiyelleri birkaç yazar tarafından rapor edilmiş, bu riskin labial mukoza ve vermilyon hattında en yüksek olduğu belirtilmiştir [97, 109].

Kseroderma Pigmentozum; otozomal resesif geçiş gösteren nörokutanöz bir hastalıktır. Cilt, dudakları da içerecek şekilde etkilenir, epitelde atrofi ve hiperpigmentasyon görülmektedir. Bu hastalar ışığa duyarlıdır ve UV'ye bağlı malignitelere yatkınlıkları artmıştır [101]. Kseroderma pigmentozumlu hastalarda dil karsinoması görülen vakalar bildirilmiştir [121].

Sideropenik Disfaji (Paterson-Kelly ya da Plummer-Vinson Sendomu); orta yaştaki kadınları etkileyen, altta yatan nedeni demir eksikliği olan bir sendromdur [109]. Oral ve orofarengeal mukoza parlak, kırmızı ve atrofik görünümündedir. Epitelde atrofi görülen bu hastalarda lökoplaki gelişebilmekte, oral ve orofarengeal mukozada birden fazla malignite gelişme riski artmaktadır [101].

Epidermolizis Bulloza; ciltte ve oral mukozada büllerin oluşumu ile karakterize, nadir görülen kalıtsal bir hastalıktır [101]. Özellikle distrofik epidermolizis bullozası olan hastalarda dil karsinoması görüldüğü bildirilmiştir [109].

Diskeratozis Konjenita; genellikle erkeklerde görülen, iyi bilinen kalıtsal bir hastalıktır [122]. Sıklıkla 5 ila 14 yaşları arasında görülmektedir. Bu hastalarda sindirim sistemi, ağız boşluğu ve farenkste neoplazm görülme sıklığı yüksektir. Çoğu neoplazm 3.veya 4. dekatta ortaya çıkmaktadır [101].

2.5. Ağız Kanserleri

Ağızda görülen neoplazmların %90'ından fazlası epitel yüzeyinden köken alan SHK'lerdir. Ayrıca %3-%5 arasında minör tükürük bezlerinden köken alan tümörler görülmektedir. Sarkomalar, malign melanomalar, plazmasitomalar ve lenfomalar nadir görülmektedir. Ağız kavitesinde metastatik tümörlerin de görüldüğü bildirilmiştir [123].

2.5.1. Oral skuamöz hücreli karsinoma

Oral SHK çoğunlukla yetişkinlerde görülmekte olup insidans yaşla birlikte artmaktadır [101]. Erkekler kadınlardan iki kat daha fazla etkilenmektedir [105].

Farklılaşma derecelerine göre; %75'den fazla keratinizasyon gösteriyorsa iyi diferansiye SHK, %25-%75 arası keratinizasyon gösteriyorsa orta dereceli diferansiye SHK, %25'den az keratinizasyon gösteriyorsa kötü diferansiye SHK olmak üzere 3 alt tip tanımlanmıştır [124, 125].

Erken evrede genellikle asemptomatik olan SHK, bazen kırmızı alanlar, küçük mukozal büyümeler ya da ülserasyonlar gibi belirtiler verebilmektedir. İleri evrede ise "Ağız Kanserlerinin Belirti ve Bulguları" başlığı altında bahsedilen semptomlar görülür (sayfa 14). Başlangıç aşamasında önceden mevcut olan prekanseröz lezyonda indurasyon, ülserasyon ya da büyüme gibi değişimler meydana gelebilmekte veya sert indure nodüller, ülser ya da büyüme, karnabahar benzeri ekzofitik büyüme ya da siğil benzeri verrüköz büyümeler ortaya çıkabilmektedir. Tümör ilerledikçe kas, kemik ya da cilt gibi çevre dokulara ve rejyonel lenf nodlarına infiltre olmaktadır [101].

Kemiğe infiltre olduğunda radyografide osteomyelit görüntüsüne benzeyen güve yeniği şeklinde, sınırları düzgün olmayan radyolüsent alanlar görülmektedir [89]. Rejyonel lenf nodu infiltrasyonu prognozu kötüleştirmektedir. Submandibular, submental ve üst derin

servikal lenf nodları sıklıkla etkilenmektedir. Hematojen yayılım nadir olup akciğerler ve omurga sıklıkla etkilenen organlardır [101].

Erken evredeki SHK'lerin tedavisinde cerrahi tedavi ve radyoterapi eşdeğer başarı göstermektedir. İleri evrelerde ise cerrahi tedavi ve radyoterapi birlikte uygulanmalıdır. Son yıllarda organların korunması ve cerrahi tedaviden kaçınmak için radyoterapiye ek olarak kemoterapi uygulanmaya başlanmıştır. Ancak kemoterapi baş boyun kanserlerinde hiçbir zaman tek başına bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilmemelidir [101].

Verrüköz Karsinoma; SHK'nin bir çeşidi olup ekzofitik büyümeyle karakterize iyi diferansiye keratinize epitele sahiptir. Epitelde minimal atipi görülmektedir [109]. Yavaş büyüme hızı ve düşük metastatik potansiyeliyle bilinmektedir [109, 126]. Mandibulada dişeti, alveoler ve bukkal mukoza en sık yerleşim gösterdiği alanlar olup sert damakta ve ağız tabanında da görülebilmektedir [89]. Cerrahi tedavi sonrası 5 yıllık sağ kalım oranı %80-%90 arasındadır. Radyoterapiye iyi cevap alınmaması ve radyoterapinin anaplastik dönüşümü tetikleme potansiyeli nedeniyle radyoterapinin tedavideki rolü tartışmalıdır [109].

2.5.2. Ağız kavitesinde görülen diğer invaziv kanserler

Minör tükürük bezlerinin tümörleri, mukozal melanoma, Kaposi sarkoması, primer intraosseöz skuamöz hücreli karsinoma, osteosarkoma ağız içinde görülen diğer invaziv kanserlerdir. Metastatik tümörler, fibrosarkoma, malign hemanjiyoperisitoma, liposarkoma, kondrosarkoma, ameloblastik karsinoma, lenfoma ve plazmasitoma gibi tümörler ağız içerisinde oldukça nadirdir [101].

2.6. Ağız Kavitesinde Görülen Kanserlerin Yerleşim Bölgeleri

- **Dil:** Dilin SHK'si en sık görülen intraoral malignansidir. Dudak lezyonları hariç tutulduğunda, dil karsinomaları oral karsinomaların %25-%40'ını oluşturmaktadır [106]. Genellikle asemptomatik olmakla birlikte agresif bir lezyondur. Dilde en sık posterolateral alanda yerleşim göstermekte olup dil lezyonlarının %45'i bu alandadır. Dil dorsumunda ya da ucunda yerleşim sık değildir [106].

- **Ağız Tabanı:** SHK'lerin ağız içinde 2. en sık yerleşim gösterdiği alandır ve oral SHK vakalarının %15-%20'sini oluşturmaktadır [106]. Lezyonlar çoğunlukla anterior alanda Wharton kanalının ağız içine açıldığı noktanın çevresinde, daha az olarak dil altında ya da diş etinde ortaya çıkmaktadırlar [89].
- **Dudaklar:** Dudak karsinomaları tüm ağız kanserlerinin %25-%30'unu oluşturmaktadır. Biyolojik yönden alt dudak vermilyonunun karsinomaları, üst dudak vermilyonunun karsinomalarından ayrılmaktadır. Alt dudak karsinomaları üst dudak karsinomalarından daha sık görülmektedir. Üst dudak karsinomalarından daha yavaş büyürler ve prognozu daha iyidir [106].
- **Bukkal Mukoza ve Dişeti:** Bukkal mukoza ve dişeti lezyonları oral SHK'lerin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır [106]. Dişlerle ilişkili alanlarda ortaya çıkan lezyonlar periodontal hastalıkla ya da piyojenik granülomayla karışabilmektedir [89].
- **Sert ve Yumuşak Damak:** Yumuşak damak ve sert damakta ortaya çıkan kanserler birbirlerinden ayrı değerlendirilmelidir. SHK, yumuşak damakta ve komşuluğundaki dokularda sık görülmektedir. Bu lokalizasyondaki SHK'ler intraoral lezyonların %10-%20'sini oluşturmaktadır. Sert damakta SHK nadir görülmekte olup tükürük bezlerinin adenokarsinomaları daha yaygındır [106]. Palatinal bölge nevusların ve melanomaların da sık yerleşim gösterdiği bir alan olduğu için bu alandaki pigmente lezyonlar dikkatle takip edilmelidir.

2.7. Ağız Kanserlerinde Muayene

Ağız kavitesinin düzenli aralıklarla muayene edilmesinin ağız kanserlerine bağlı mortalite oranlarını azalttığı kanıtlanmıştır [7]. Ağız kanseri taraması temel olarak ayrıntılı bir anamnez ve fiziksel muayeneyi içermelidir. Klinisyen gözle ve palpasyonla baş, boyun ve farengal alanları muayene etmelidir. Bu prosedür boyundaki lenf nodlarının parmaklarla, ağız tabanı ve dilin her iki elle muayene edilmesini, iyi bir ışık kaynağı yardımıyla oral ve farengal mukozanın palpasyonla ve gözle muayenesini içermektedir [127].

Baş ve boyun değerlendirmesinin aşamaları şunlardır [6]:

1- Anamnez: Ağız kanserleri taramasında ilk basamaktır. Anamnez aşağıdaki konuları içermelidir:

- a- Ailede baş-boyun kanseri hikayesinin olup olmadığı.
- b- Mevcut zararlı alışkanlıklar ve hayat tarzı: Tütün kullanımı, alkol tüketimi, beslenme ve diyet alışkanlıkları gibi oral kanserle ilişkili risk faktörleriyle ilgili arka plan bilgisi alınmalı.
- c- Ağız kanserleriyle ilgili belirtiler ve bulgular: Ağız içinde geçmeyen beyaz leke veya plak görüntüsü, iyileşmeyen ülser, şişkinlik ya da yumru varlığı, submukozal fibrozis, spontan ya da açıklanamayan ağız kanamaları, parestezi, yutma güçlüğü ya da trismus varlığı daha ileri inceleme gerektiğini gösteren belirtilerdir. Tüm bu durumlar etiyolojik faktörler ortadan kaldırıldıktan sonra takip eden 3 hafta boyunca hala geçmediyse tekrar değerlendirilmeleri ve daha ileri tetkiklerin yapılması önerilmektedir.

2- Gözle ve Palpasyonla Muayene: Gözle muayene için gerekli ekipmanlar; dil basacağı ya da ağız aynası, gazlı bez ve iyi bir ışık kaynağıdır.

- *Ağız dışı muayene:* Hasta dik oturur pozisyonda olmalı, baş boyun bölgesi asimetri, şişkinlik ya da diğer farklılıklar açısından gözle muayene edilmelidir. Submandibular, boyun ve supraklavikular bölgedeki lenf nodları palpasyonla, dudaklar ve ağız çevresi dokular gözle ve palpasyonla muayene edilmelidir.

- *Ağız içi muayene:* Hasta yarı yatar pozisyonda olmalıdır. Ağızdaki bütün yumuşak dokular şu sırayla muayene edilmelidir:

- a- Bukkal ve labial mukoza,
- b- Mandibular bukkal ve lingual diş eti ve retromolar bölge,
- c- Maksiller bukkal ve palatal diş eti,
- d- Sert ve yumuşak damak, tonsiller dokular ve uvula,
- e- Ağız tabanı (mandibular lingual dişetini de içermeli),
- f- Dil (dorsal, lateral ve ventral yüzeyleri).

Renkte, doku karakteristiğinde, simetride herhangi bir değişim, şişkinlik, dokularda hassasiyet ya da doku hareketliliklerindeki değişiklikler not edilmelidir.

3- Yardımcı yöntemler: Premalign lezyonların ve ağız kanserlerinin tespit edilmesini kolaylaştıran çeşitli teknikler mevcut olup son zamanlarda bu konuda en çok ilgi çeken teknikler toluidin mavisiyle boyama ve floresans görüntüleme (VELscope) dir [6].

Bu tekniklerin yanında bazı laboratuvar testleri de kullanılmaktadır.[5] Serumdaki immünolojik ve biyokimyasal belirteçlerdeki değişimler ağız kanserlerinin erken tanısında yardımcı olabilmektedir. Örneğin; dolaşımında olan immün kompleksler baş boyun kanseri olan hastaların yaklaşık %75'inde saptanmaktadır. Oral SHK tanısı almış hastalarda kandaki demir ve selenyum oranı anlamlı olarak azalmakta; oral SHK veya prekanseröz lezyonu olan hastalarda serumdaki bakır seviyesi anlamlı derecede artmaktadır [5, 128].

2.8. Ağız Kanserlerinde Uygulanan Tedaviler

2.8.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi; kanserlerin tedavisinde en eski yöntemdir. Aynı zamanda, kanserde teşhis ve hastalığın evrenmesinde (lezyonun ulaştığı sınırların anlaşılmasında) önemli rol oynamaktadır. Cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler, cerrahların artan sayıda hastada başarılı operasyonlar yapmalarını sağlamaktadır. Günümüzde, tümörleri çıkarırken mümkün olduğunca ağız boşluğunun normal yapısını ve normal fonksiyonunu korumaya çalışarak daha az invaziv işlemler yapılmaktadır. Cerrahi tedavi, birçok kanser türünde özellikle uzak metastazları olmayan kanserlerde en iyi tedavi şansını sunmaktadır [129, 130].

2.8.2. Radyoterapi

Radyasyon terapisi olarak da bilinen radyoterapi; kanser ve diğer bazı hastalıkları iyonize radyasyon ile tedavi eden bir yöntemdir. Radyasyon hem kanser hücrelerine hem de normal hücrelere zarar verse de, sağlıklı hücreler kendilerini onarabilmekte ve düzgün işleyişlerine geri dönebilmektedir. Radyoterapi; ağız çevresiyle ilişkili solid tümörlerin tedavisinde kullanılabilen bir tedavi yöntemidir [129, 130].

2.8.3. Kemoterapi

Kansere karşı mücadelede kullanılan en önemli teknolojilerden olan kemoterapi; kanser hücrelerini yok etmek için kimyasalların kullanılması yöntemi olup kanser tedavilerinde kullanılan 3 temel tedaviden biridir. Radyoterapi ve cerrahi tedavi lokalize kanser tedavi yöntemleriyken kemoterapiyi etkili kılan özellik, metastatik kanserleri tedavi edebilmesidir [129, 131].

2.8.4. Güncel Yaklaşımlar

Kanser tedavisinde kullanılan cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi gibi konvansiyonel terapilerin önemli yan etkileri bulunmaktadır. İdeal olarak bilim, kanser hücrelerini öldüren ve sağlıklı hücreleri etkilemeyen daha özel tedavi yöntemleri bulmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla yapılan çalışmalar sonucunda; immünoterapi, biyoterapi, biyolojik cevabı modifiye eden terapi, kanser aşısı, gen terapisi, kanser immünoterapisi, monoklonal antikor tedavisi, tümör büyüme faktörlerini hedefleyen terapi gibi yöntemler geliştirilmiştir [129, 132, 133].

2.9. Diş Hekimlerinin Ağız Kanserleri Konusundaki Farkındalığı ve Ağız Kanserlerinin Erken Tanısındaki Rolü ve Önemi

Oral ve farengeal kanserlerin ileri aşamaya gelmeleri birkaç yıl sürmektedir. Diş hekimleri ağız boşluğuna kolay erişime sahip oldukları için ağız kanserinin saptanması ve teşhisinde büyük sorumluluk sahibi olup hastalığın erken teşhisinde ilk savunma hattını oluşturmaktadır [129, 134].

Ağız kanserleri konusunda diş hekimlerinin farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini değerlendiren birçok çalışma yapılmıştır.

Yellowitz ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, diş hekimlerinin ağız kanserleri konusundaki bilgi, tutum ve deneyimleri değerlendirilmiş; hekimlerin çoğu konuyla ilgili bilgilerinin güncel olduğunu belirtmesine rağmen hekimlerin, ağız kanserlerinin risk faktörleri, belirtileri ve bulguları konularındaki bilgilerinin tutarsız olduğu görülmüştür [135].

1999 yılında Warnakulasuriya ve Johnson'ın İngiltere'de diş hekimlerinin ağız kanseri açısından oral mukozal lezyonların taranmasına yönelik tutumları ve uygulamaları konusunda yaptıkları bir ankette; katılımcıların sadece yarısının hastalarında ağız kanseriyle ilişkili risk faktörlerini sorguladıkları, yalnızca %30'unun gelen hastalarına düzenli olarak sağlık konusunda eğitim verdikleri görülmüştür [136].

Yellowitz ve ark.'nın 2000 yılında yayınlanan ve Amerika'daki pratisyen diş hekimleriyle yürüttükleri çalışmada; çalışmaya katılan pratisyen diş hekimlerinin sadece yarısı ağız

kanserinin en sık yerleşim gösterdiği iki alanı doğru olarak bilmiş ve oral kanser vakalarının çoğunun geç dönemde teşhis edildiklerinin farkında olduklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonuçlarından elde edilen genel yargı ise diş hekimlerinin ağız kanserinden korunma ve erken teşhis konularında yetersiz bilgiye sahip olduklarıdır [137].

Maryland'deki dental hijyenistlerin ağız kanserinin risk faktörleri ve ağız kanserinde tanı yöntemleri konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendiren bir ankette; katılımcıların çoğunluğu ileri yaşı bir risk faktörü olarak değerlendirmiş olup çok az bir kısmı ağız kanseri vakalarının çoğunun genellikle 60 yaş üzeri bireylerde ortaya çıktığını bilmiştir. Yine katılımcıların çok az bir kısmı lökoplakinin ve eritroplakinin ağız kanserleriyle ilgili en sık karşılaşılan durumlardan olduğunu belirtmişlerdir [138].

Kuzeydoğu İngiltere'de diş hekimlerinin ve tıp doktorlarının ağız kanseri konusunda bilgi düzeyini değerlendiren bir anket çalışmasında; diş hekimlerinin ağız kanserinin risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyleri ve tam bir klinik muayene yapma açısından tıp doktorlarıyla aralarında önemli farklar olduğu, diş hekimlerinin tıp doktorlarına göre daha iyi derecede bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Diş hekimlerinin tıp doktorlarına göre daha fazla ağız kanseri vakası teşhis ettikleri belirtilmiştir [139].

Ürdün'deki diş hekimlerinin sigara kullanımı ve sağlığa etkileri konusundaki bakış açılarını ve farkındalıklarını değerlendiren bir çalışmada; katılımcıların çoğunun sigara kullanımının akciğer kanserinde etiyolojik faktör olduğunu bildiği, özafagus, pankreas ve ağız kanseri oluşumunda ise etiyolojik faktör olduğunu çok az bir kısmının bildiği ortaya çıkmıştır. Ürdün'deki diş hekimlerinin sigara kullanımının sağlık üzerindeki etkileri konusunda ciddi bilgi eksiklikleri olduğu gösterilmiştir [140].

Amerika'da dental hijyenistlerin orofarengeal kanserin risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendiren bir anket çalışmasının sonucunda bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve ağız kanseri konusunda eğitim almaya devam etmeleri gerektiği ortaya çıkmıştır [141].

Britanya Kolombiyası ve Nova Scotia'da diş hekimlerine yapılan bir anket çalışması sonucunda diş hekimlerinin, oral ve farengeal kanserlerin risk faktörleri ve teşhiste kullanılan tanı yöntemleri konularında sadece %38,5'inin yeterli bilgisinin olduğu

görülmüş ve diş hekimlerinin oral kanser konusunda sürekli eğitime devam etmesinin önemi vurgulanmıştır [142].

Nicotera ve ark.'nın İtalya'daki dental hijyenistlerin ağız kanserinden korunma konusundaki bilgi düzeyleri ile tutum ve davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada; ağız tabanının ağız kanserinin sık yerleşim gösterdiği alanlardan olduğunu katılımcıların yalnızca %13,5'inin bildiği, dil muayenesini doğru olarak yapmayı sadece %4,2'sinin bildiği ortaya çıkmıştır [143]. Nicotera ve ark.'nın aile hekimlerinin ağız kanseriyle ilgili bilgi düzeyleri ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik yaptıkları ankette; katılımcıların sadece %17,6'sının ağız kanserinin erken lezyonunun küçük, ağrısız, kırmızı bir alan şeklinde olabileceği hakkında, sadece %26,8'inin dilin nasıl muayene edilmesi gerektiğiyle ilgili doğru bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların sadece yarısının hastalarını ağız kanseri geçmişi, aile hikayesi, tütün ve alkol kullanımı konularında sorguladıkları ortaya çıkmıştır [144]. Her iki çalışmada da elde edilen verileri değerlendiren çalışmacılar, ağız kanseri konusunda ileri düzeyde eğitime şiddetle ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır [143, 144].

2005 yılında Brezilya'da diş hekimlerinin ağız kanseri konusundaki bilgileri ve klinik yeterlilikleri üzerine yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların ağız kanserlerine ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır. Sürekli eğitimin diş hekimlerinin ağız kanseriyle ilgili bilgi ve tutumlarını geliştirmek konusunda etkinliğini değerlendiren araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir [145].

Aile hekimlerine, hemşirelere ve dental sağlık uzmanlarına ağız kanserinden korunma ve ağız kanserinde tarama konularında yapılan bir anket çalışması sonucunda dental sağlık uzmanlarının diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına göre ağız muayenesinde daha bilgili oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Çalışmacılar oral ve farengeal kanseri önleme konusunda dental sağlık uzmanlarının eğitim aldıklarını, diğer sağlık uzmanlarının da bu konuda eğitim almaları gerektiğini belirtmişlerdir [146].

Kuzey İspanya'daki diş hekimlerinin ağız kanseri konusundaki deneyimlerini ve tanı becerilerini değerlendirmeye yönelik olarak yapılan bir çalışma sonucunda katılımcıların gözle muayene ile ağız kanseri ya da prekanseröz lezyonların teşhis edilmesi konularında

yetersiz oldukları belirtilmiş olup bu konuda sürekli eğitime ihtiyaç duyulduğu ortaya çıkmıştır [147].

Nijerya'da diş hekimliği öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun en azından bir kere ağız kanseri olan ya da prekanseröz bir lezyona sahip olan bir hastayı gördükleri ya da muayene ettikleri, yine çoğunluğunun bu hastalardan biyopsi alınırken izledikleri, çok az bir kısmının bu hastalardan gözetim altında biyopsi aldıkları ortaya çıkmıştır. Çalışma sonucunda öğrencilerin eğitiminde ağız kanserinin erken bulguları, malign ve premalign lezyonların muayenesi ve bu lezyonlardan biyopsi alınması konularında daha fazla eğitime ihtiyaç duydukları belirtilmiştir [148].

Murcia'da dental hijyenistlere ağız kanserinin risk faktörleri konusundaki bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik olarak telefon aracılığıyla yapılan bir anket çalışmasında; katılımcıların yarısının güneş ışığının dudak kanseri açısından risk faktörü olduğunu belirttiği, aynı oranda katılımcının hastalarına oral kanserden korunma konusunda öneride bulduklarını söylediği belirlenmiştir. Ankete katılanların büyük çoğunluğu ağız kanserinin erken belirtileri ve ağız kanserinden korunma konularında aldıkları akademik eğitimin ve kendi klinik deneyimlerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir [149].

İngiltere'de diş hekimliği ve tıp fakültesi öğrencilerinin ağız kanseri konusundaki farkındalıklarını değerlendiren bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin diş hekimliği fakültesi öğrencilerine göre ağız kanseri konusunda daha az bilgi sahibi oldukları görülmüştür [150].

Colella ve ark.'nın Güney İtalya'daki diş hekimlerinin ağız kanseri konusundaki bilgi, yaklaşım ve deneyimlerini değerlendirmeye yönelik yaptıkları çalışmada başlıca risk faktörleri konusunda diş hekimlerinin bilgi sahibi oldukları belirtilmiştir. Katılımcıların yarısının ağız kanserinin tanı prosedürleri konusunda, üçte birinin ağız kanserinin başlangıç lezyonu ve en yaygın görülen formu konularında doğru bilgi sahibi oldukları görülmüştür [151].

Massachusetts'de diş hekimleri ve aile hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada; diş hekimlerinin aile hekimlerine göre yaklaşık iki katı oranda ileri yaştaki hastalarda rutin

olarak ağız kanseri muayenesi yaptıkları bildirilmiştir. Ağız kanseri gelişimi açısından en riskli iki alan ve ağız kanserinin başlangıç semptomları konularında, diş hekimlerinin aile hekimlerine göre daha fazla doğru cevap verdikleri ancak diş hekimlerinin bilgilerinin de yetersiz olduğu görülmüştür [152].

New York'da ağız sağlığı uzmanlarının katıldığı bir anket çalışmasında, diş hekimlerinin ve dental hijyenistlerin çoğunun 40 yaşın üstündeki hastalarında ağız kanserine yönelik rutin muayeneyi yaptıkları ancak her iki sağlık grubunun da ağız kanserinin risk faktörleri, belirtileri ve bulguları konularında bilgilerinde eksiklik olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada diş hekimlerinin dental hijyenistlere kıyasla daha fazla doğru bilgiye sahip oldukları anlaşılmıştır [153].

2009 yılında Almanya'da yapılan bir çalışma sonucuna göre araştırmacılar, diş hekimleri ve diğer sağlık görevlilerinin, ağız muayenesini muayene rutinleri arasına sokmaları ve ağız kanseriyle ilgili diğer konularda sistemli olarak sürekli eğitime devam etmeleri gerektiğini belirtmişlerdir [154].

İspanya'da diş hekimlerinin ağız kanseri konusundaki bilgilerinin ve yaklaşımlarını değerlendirmeye yönelik yapılan anket çalışmasında; katılımcıların hepsi 40 yaş üzerindeki hastalarında rutin olarak ağız kanserine yönelik muayene yaptıklarını belirtmiştir. Çalışma sonucunda diş hekimlerinin büyük kısmının kendilerini ağız kanseri açısından tam bir ağız muayenesini yapabilecek yeterlilikte görmelerine rağmen ağız kanserine yönelik bilgi eksikliklerinin olduğu ve konuyla ilgili daha ileri eğitimlere ihtiyaç duydukları ortaya çıkmıştır [155].

Cotter ve ark.'nın Teksaslı dental hijyenistlerin ağız kanseri tarama performansları ve bu performansı etkileyen faktörler üzerinde yaptıkları çalışmada; katılımcıların yarısından az bir kısmının hastalarına her seansta, çok az bir kısmının ilk seansta ağız kanseri taraması yaptıkları bildirilmiştir. Sadece ağız içi muayene ile yetinen dental hijyenistlerin oranının ağız dışı muayeneyi de gerekli gören dental hijyenistlerin oranından daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarını değerlendiren araştırmacılar, dental hijyenistlerin ağız kanseri hakkındaki bilgilerinin güncel ve yeterli olmadığını belirtmiş, konuyla ilgili kapsamlı bir eğitime ihtiyaçları olduğunu vurgulamışlardır [156].

Diş hekimliğinde sürekli eğitimin ağız kanserlerinden korunma konusundaki etkisini değerlendiren bir çalışmada, katılımcıların ağız kanseri açısından majör risk faktörleri konusunda bilgi sahibi oldukları bildirilmiştir. Mezuniyet sonrasında eğitime daha fazla zaman ayıran hekimlerin zaman ayırmayanlara göre hastalarına risk faktörleri konusunda daha fazla bilgi verdikleri, rutin mukoza muayenesini daha iyi yaptıkları ve daha sık olarak şüpheli lezyonlardan biyopsi aldıkları görülmüştür [157].

2012'de Hindistan Bangalore'da yapılan bir anket çalışmasında, çalışmaya katılan diş hekimlerinin büyük çoğunluğunun risk faktörleri konusunda bilgi sahibi oldukları, %37'sinin hastalarına tam bir ağız muayenesi yaptıkları, sadece %31'inin zararlı alışkanlıklar konusunda hastalarına eğitim verdikleri görülmüştür [134].

Oral cerrahların tütün kullanımının etkilerine dair bilgi ve yaklaşımlarını değerlendiren bir çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun tütün kullanımıyla ağız kanseri gelişimi arasındaki ilişkiyi bildikleri ve ağız kanserini önleme konusunda diş hekimlerinin birincil rolü olduğunu kabul ettikleri bildirilmiş olup çalışmaya katılan oral cerrahların sadece yarısının sigarayı bırakmak isteyen hastalarına yardımcı olmak için eğitim aldıkları ortaya çıkmıştır [158].

Hertrampf ve ark.'nın ağız kanseri konusunda diş hekimleri ve toplumun farkındalığını değerlendirmeye yönelik yaptığı çalışmada, diş hekimlerinin çoğunluğunun ağız kanserinin erken dönemde asemptomatik olduğunu bilmediği ortaya çıkmıştır. Çalışma sonuçları, ağız kanseriyle ilgili farkındalık ve bilgi eksikliği açısından sürekli eğitimin başta diş hekimleri olmak üzere toplum için de gerekli olduğunu ortaya koymuştur [159].

Güney Kolombiya'da diş hekimlerinin ağız kanseri konusunda bilgi, yaklaşım ve deneyimlerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, katılımcıların %25'inin SHK'nin ağız kanserinin en sık görülen formu olduğunu, eritroplaki ve lökoplakinin ağız kanseriyle ilişkili olarak en sık görülen lezyonlar olduğunu bildikleri görülmüştür. Aynı çalışmada hastalarına tam bir fizik muayenesi yapan hekimlerin, çoğunlukla son 1 yıl içerisinde ağız kanseriyle ilgili kursa giden diş hekimleri olduğu bildirilmiştir [160].

Suudi Arabistan'da tıp fakültesi öğrencilerinin ağız kanseri konusundaki bilgilerini değerlendiren bir çalışmada; ağız kanserine ilişkin tüm sorulara öğrencilerin sadece

yarısının tam olarak doğru cevap verebildiği, büyük çoğunluğunun ağız kanseri muayenesi yapmak konusunda kendilerini yetersiz gördükleri ortaya çıkmıştır. Çalışma sonuçları tıp fakültesinde ağız kanseri konusunda verilen eğitimin yetersiz olduğunu ve müfredatın yenilenmesi gerektiğini göz önüne sermiştir [161].

Birleşik Arap Emirlikleri'nde diş hekimliği öğrencilerinin ağız kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada öğrencilerin ağız kanseri açısından major risk faktörlerini yüksek oranda doğru tanımladıkları, diğer risk faktörleri konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Çalışma sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde diş hekimliği öğrencilerinin ağız kanseri konusunda yetersiz eğitim aldıkları ortaya çıkmıştır [162].

Mittal ve ark.'nın, Hindistan Davangere'de hemşirelik öğrencilerinin ağız kanseri konusundaki bilgilerini ve tarama yapma konusundaki pratik yeterliliklerini değerlendirmeye yönelik yaptıkları anketin sonucuna göre çalışmaya katılanların ağız kanserinin risk faktörleri ve klinik semptomları konusunda bilgilerinin zayıf olduğu ve ağız kanserine yönelik tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı konusunda eğitimin yetersiz olduğu belirtilmiştir [163].

Hindistan, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Yemen'de diş hekimliği öğrencilerini kapsayan ve öğrencilerin ağız kanseri konusundaki farkındalığı ve tütün kullanımını bırakmak için danışmanlık yapma konusunu değerlendirmek için yapılan çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun sigara kullanımının ağız kanseri için etiyolojik faktör olduğunu bildiği, tütünün etiyolojik faktör olduğunu bilenlerin yaklaşık yarısının tütün kullanımını bırakmak konusunda danışmanlık yapmanın gereksiz olduğunu düşündükleri ortaya çıkmıştır [164].

Kuzey Almanya'da diş hekimi olmayan sağlık uzmanlarının ağız kanserinde tanıyla ve risk faktörleriyle ilgili bilgilerini ölçmeye yönelik yapılan çalışmada; otorinolaringoloji, dermatoloji, dahiliye ve pratisyen hekimlerin bilgi düzeylerinin birbirine yakın ve tatmin edici olduğu görülmüştür. Ayrıca konuyla ilgili eğitimlere devam eden ve mezuniyet tarihi daha yeni olan hekimlerin bilgi düzeylerinin diğerlerine göre daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır [165].

Türkiye’de aile hekimlerinin ağız kanseri konusundaki bilgilerini, koruyucu yaklaşımlarını ve davranışlarını değerlendirmeye yönelik yapılan bir ankette; çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık üçte biri hastalarında sigara tüketim miktarını, çoğunluğu ise alkol tüketimini ve miktarını sorgulamadıklarını, ek olarak alkol ve sigara bırakma konusunda danışmanlık eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmacılar ağız kanserine bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılması için aile hekimlerinin hastaların yüksek risk oluşturan alışkanlıkları ve bu alışkanlıkların bırakılması konusunda danışmanlık eğitimi almaları gerektiğini vurgulamışlardır [166].

Dental hijyenistlerin ağız kanseri taramasında kullanılan yardımcı tekniklerle ilgili bilgilerini değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların yalnızca ¼’ünün (dörtte birinin) yardımcı tekniklerden yararlandığı, en sık kullanılan tekniğin floresans görüntüleme olduğu, daha uzun yıllardır mesleğini yapan dental hijyenistlerin toluidin mavisi yöntemini daha rahat uygulayabildikleri belirtilmiştir. Çalışmacılar, ağız kanseri taramasında kullanılan yardımcı tekniklerin daha sık kullanılması gerektiğini ve bu tekniklerle ilgili sürekli eğitime ihtiyaç duyulduğunu vurgulamışlardır [167].

Madrid’deki Complutense Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin potansiyel malign lezyonları ve ağız kanserini teşhis edebilme becerilerini ölçmeye yönelik yapılan bir çalışmada; öğrencilerin potansiyel malign lezyonların teşhisi konusunda yetersiz oldukları görülmüştür. Çalışmacılar; diş hekimliği müfredatının kanser eğitimi konusunda yetersiz olduğunu belirtmişlerdir [168].

Amerika’da primer bakım veren sağlık personellerine (hekim, hekim asistanı ve hemşire) yapılan randomize bir çalışmada ağız kanserinin risk faktörleri ve tanı prosedürlerine yönelik eğitim verilen ve eğitim verilmeyen iki grup oluşturulmuş; eğitim öncesinde ve sonrasında bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Sonuç olarak eğitim verilen grubun ağız kanseri taraması, hastadan alınan anamnez ve tanı prosedürleri konusunda eğitim verilmeyen gruba göre daha fazla bilgi ve farkındalık sahibi oldukları görülmüştür [169].

Avustralya’da Griffith Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin ve toplumun ağız kanseri konusundaki farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik yapılan bir çalışmada hem öğrencilerin hem toplumun ağız kanserinde erken teşhisin önemini farkında oldukları, ancak ağız kanserinin risk faktörleri, erken belirtileri ve bulguları

konularında her iki grupta da bilgi eksikliğinin olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları; ağız kanseri konusundaki bilgi ve farkındalık eksikliğinin sadece toplum için değil özellikle dental sağlıkla ilgili çalışanlar açısından da önemli olduğunu ve bu eksikliğin giderilmesi gerektiğini vurgulamaktadır [170].

Türkiye’de yapılan 2013 FDI Kongresi’nde kongreye katılan hekimlerin 170’ine bir anket çalışması yapılmış, hekimlerin büyük kısmı oral kanserin risk faktörlerini ve ağız içinde en sık görülen premalign lezyonu doğru şekilde tanımlamışlardır. Bu çalışma diş hekimleri için oral kanserin teşhisi ve oral kanserden korunma konusunda eğitimin önemini ortaya koymaktadır [11].

Yine Türkiye’de oral kanserin önlenmesinde ve erken teşhisinde diş hekimlerinin farkındalığı konulu bir ankette hekimlerin konuyla ilgili aldıkları eğitimi yetersiz buldukları, ankete katılanlar arasında 40 yaştan daha ileri yaştaki hastalarda ağız kanseri yapma oranlarının oldukça düşük olduğu ortaya çıkmıştır [12].

Türkiye’de ağız kanserinde toplum farkındalığını değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada katılımcılar arasında, diş hekiminin kendisine ağız kanseri muayenesi yaptığını söyleyenlerin oranının %15 ve ağız kanserinin varlığını diş hekiminden duyduğunu belirtenlerin oranının %1 olduğu görülmüştür. Verilen cevaplar doğrultusunda toplumun diş hekimliği mesleğini kanser konusuyla ilgili görmedikleri belirlenmiştir. Çalışmacılar aldıkları yanıtlardan diş hekimlerinin de ağız kanserini kendi meslek alanları içinde görmedikleri yönünde dolaylı bir sonuç çıkarmışlardır [171].

İtalya’da ağız kanseri konusunda toplum farkındalığını değerlendiren bir çalışma sonucunda katılımcıların %15’inden azı ağız kanseri konusunda diş hekimi ya da doktoru tarafından ağız kanseri konusunda danışmanlık aldığını belirtmiştir [172].

Güney İran’da toplumun ağız kanserinin etiyolojisi ve risk faktörleri konusundaki bilgi düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %67,7’sinin ağız kanserini hiç duymadıkları, ağız kanserinin varlığından haberdar olanların ise %53,9’unun medyadan, %15,4’ünün diş hekimlerinden, %5,9’unun doktorlarından, %24,8’inin de diğer kaynaklardan bu bilgiye ulaştıkları ortaya çıkmıştır [173].

Bahsedilen tüm çalışmalarda çalışmacıların vardıkları ortak sonuç; diş hekimlerinin, diş hekimliği öğrencilerinin ve diğer sağlık çalışanlarının ağız kanseri konusundaki bilgi ve tecrübelerinin yetersiz olduğu ve bu konuda sürekli eğitime ihtiyaç duyulduğudur. Toplum farkındalığıyla ilgili çalışmaların sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde diş hekimlerinin bu konudaki farkındalıklarının toplumun ağız kanseriyle ilgili farkındalığıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Ağustos 2015- Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmış olan kesitsel (*cross-sectional*) ve kişisel görüşmeye dayalı bir anket çalışmasıdır. Çalışma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.07.2015 tarih ve 15/487-26 no'lu kararı ile onaylanmıştır (EK 1).

Bu çalışmaya Ankara ili merkez ilçelerinde serbest çalışan pratisyen diş hekimleri ile Ankara Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi diş hekimliği fakültelerinde öğrenimlerine devam eden 4. ve 5. sınıf öğrencileri dahil edilmiş ve katılımcılar 4. sınıf öğrencileri, 5. sınıf öğrencileri ve hekimler olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Ankete katılan öğrenci sayısı; Ankara'daki her bir diş hekimliği fakültesinin 4. sınıfı için yüzer öğrenci, 5.sınıfı için yüzer öğrenci olarak belirlenmiş ve toplam 800 öğrenci olmuştur. Hekim sayısı belirlenirken 5 öğrenciye karşılık 1 hekim oranlaması kullanılmıştır. Ankete toplam 960 kişi katılmıştır.

Araştırmaya dahil olan katılımcılardan herhangi bir yönlendirme olmaksızın anket formunu doldurmaları istenmiş, sonrasında gerekli görülen bilgilendirme yapılmıştır.

Bu çalışmada, yurt dışında yapılan benzer çalışmaları örnek alarak geliştirilen bir anket kullanılmıştır [135, 139, 145, 150, 173-176]. Anketin başlangıcında katılımcıların ağız kanserleri konusunda aldıkları eğitimi ve sahip oldukları bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istenmiş, devamında ise oral kanserin risk faktörleri, ağız içindeki şüpheli oluşumlar, oral kanserlerin en sık yerleşim gösterdiği alanlar, uygulanan tedaviler konularındaki bilgilerini ve diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerinin hastalarına karşı genel klinik yaklaşımlarını anlamaya yönelik sorular sorulmuştur. Anketler serbest çalışan hekimlerle yüz yüze görüşülerek yapılmış, öğrencilerde ise, birbirleri ile etkileşimlerini engellemek amacıyla anketler her üniversite için belirlenen gün ve saatte anket formları dağıtılarak yapılmış ve hemen toplanmıştır.

Anket; diş hekimleri için 30 soru, diş hekimliği öğrencileri için 27 sorudan oluşmaktadır. (EK 2,3). Anket soruları oluşturulurken açık uçlu, kapalı uçlu, yarı kapalı uçlu sorular ile Likert'in 5'li ölçeğine göre hazırlanan sorular kullanılmıştır [177, 178].

Değerlendirilen veriler şunlardır;

- Mesleki veriler

Hekimler için:

- Mesleki tecrübe süresi,
- Mezuniyet sonrası en çok gidilen kurslar ve alınan eğitimler,

Diş hekimliği öğrencileri için:

- Eğitim dönemi,

Hekimler ve diş hekimliği öğrencileri için;

- Ağız kanserleri konusunda sahip oldukları klinik deneyimleri ve hastalarına karşı olan genel klinik yaklaşımları,
- Ağız kanserleri konusunda almış oldukları eğitimle ilgili düşünceleri ve sahip olduklarını düşündükleri bilgi düzeyleri
- Ağız kanserleri konusunda sahip oldukları farkındalıkları ve bilgi düzeyleri
- Ağız içerisinde görülen premalign ve malign lezyonların farklı klinik görüntüleri,
- Oral kanserle ilişkili risk faktörleri,
- Malign lezyonların ağız içinde en sık yerleşim gösterdiği alanlar,
- Ağız kanserleriyle ilgili mevcut tedavileri.

3 grupta da farkındalık ve bilgi düzeyini anlamaya yönelik sorulardan elde edilen veriler birbirleriyle karşılaştırılmış ve istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Bu çalışmada elde edilen veriler *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics Version 20.0* paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle *Shapiro Wilks'* den yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri kabul edilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle *Mann Whitney U* ve *Kruskal Wallis-H* testlerinden yararlanılmıştır. *Kruskal*

Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda *Post-Hoc* Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

Sınıflama ve ölçme düzeyine sahip değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Çizelgelerde gözlerdeki* beklenen değerlerin %20'si 5'ten küçük olduğunda *Monte Carlo* Simülasyonu yardımıyla *Pearson* Ki-Kare analizi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı kabul edilmiştir.



*Göz: Benzer işlem koşulları altında elde edilen gözlem setlerinin satır ve sütun kombinasyonlarıdır.[179]

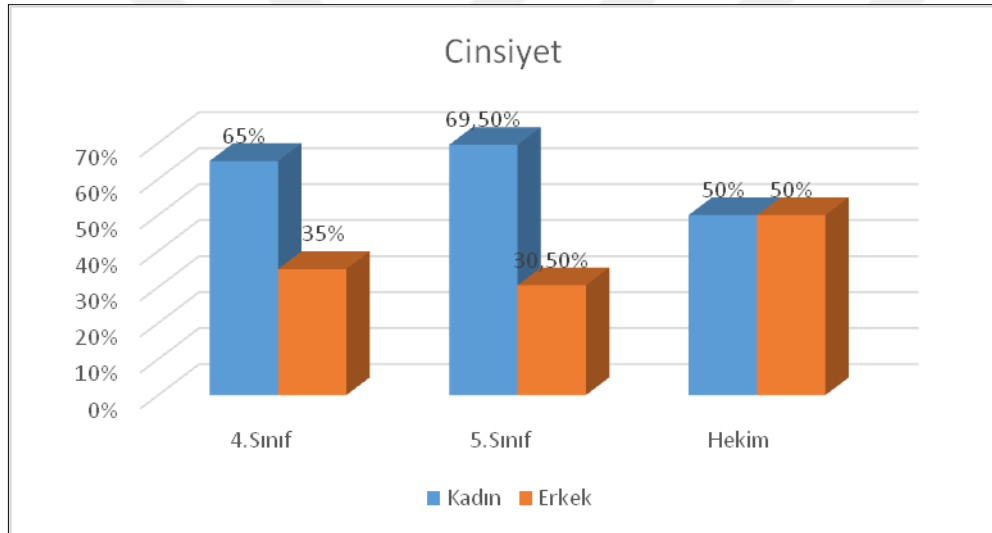


4. BULGULAR

4.1. Demografik Veriler

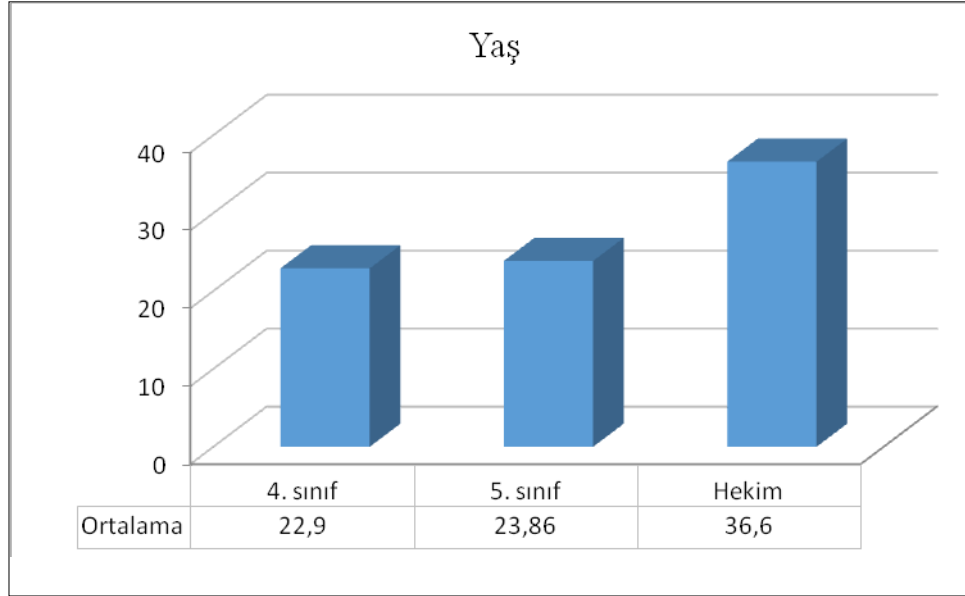
Ankete toplam 800 öğrenci ve 160 serbest çalışan dış hekimi katılmıştır. Ankete katılan öğrencilerin %50'si (400 kişi) 4. sınıf öğrencisi, %50'si (400 kişi) 5. sınıf öğrencisidir.

4. sınıf katılımcılarının %65'ini (260 kişi) kız öğrenciler, %35' ini (140 kişi) erkek öğrenciler, 5. sınıf katılımcılarının %69,5'ini (278 kişi) kız öğrenciler, %30,5'ini (122 kişi) erkek öğrenciler, hekimlerin %50'sini (80 kişi) kadınlar, %50'sini (80 kişi) erkekler oluşturmaktadır (Grafik 4.1).



Grafik 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre dağılım grafiği

Ankete katılanların yaş ortalamaları sırasıyla 4. sınıflarda 22,9 , 5. sınıflarda 23,86, hekimlerde 36,60'tır (Grafik 4.2).



Grafik 4.2. Katılımcıların yaş değerlerine göre dağılım grafiği

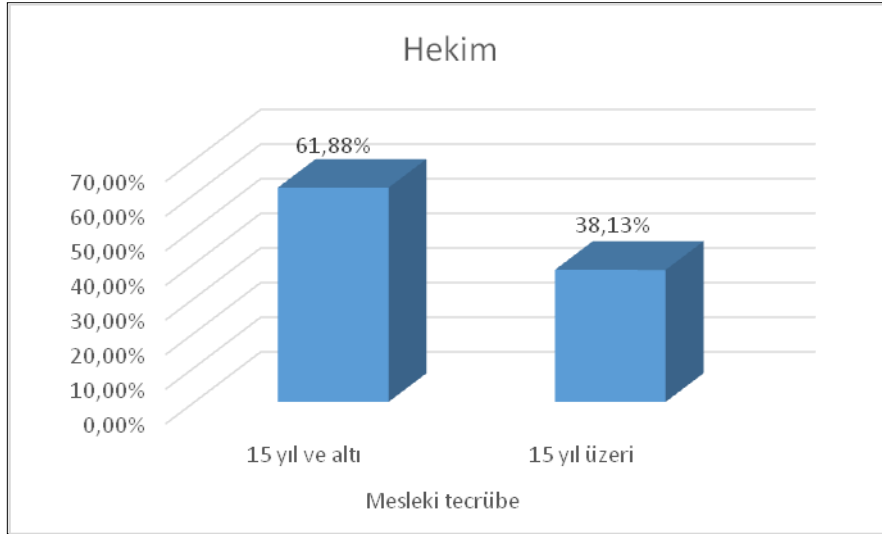
4.2. Öğrencilerin ve Diş Hekimlerinin Mesleki Verileri

- *Öğrencilerin mesleki verileri*

Ankete katılan toplam diş hekimliği öğrencilerinin %50'sini (400 kişi) 4.sınıf öğrencileri, %50'sini (400 kişi) 5.sınıf öğrencileri oluşturmuştur.

- *Diş hekimlerinin mesleki verileri*

Ankete katılan hekimlerin %61,88'inin (99 kişi) 15 yıl ve daha az mesleki tecrübesi, %38,12'sinin (61 kişi) ise 15 yıldan daha fazla mesleki tecrübesi olduğu görülmüştür (Grafik 4.3).



Grafik 4.3. Hekimlerde mesleki tecrübeye göre dağılım grafiği

Ankete katılan hekimlerin %61,88'i (99 kişi) fakülteden mezun olduktan sonra bir veya birden fazla kursa katıldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Hekimlerin katıldıkları kurs konularına ilişkin frekans dağılımı*

Kurs Konusu	Hekim	
	n	%
İmplantoloji	66	66,67
Botoks- dermal dolgu	2	2,02
Estetik diş hekimliği	34	34,34
Endodonti	15	15,15
Cerrahi uygulamalar	11	11,11
Protez	9	9,09
Genel diş hekimliği	6	6,06
Periodontoloji	8	8,08
Ortodonti	6	6,06
İlk yardım	4	4,04
Hipnoz	2	2,02
Adli diş hekimliği	1	1,01
Lazer	2	2,02
Klinik yönetimi	1	1,01
TME kırık ve yönetimi	1	1,01

* Açık uçlu olan bu soruda bazı hekimler birden fazla kurs konusu yazmıştır. Oran (%), n=99 üzerinden hesaplanmıştır.

Ankete katılan hekimlerin %58,75'i (94 kişi) son iki yıl içinde bir veya birden fazla eğitim programına (kongre, toplantı, sempozyum, seminer gibi) katıldıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hekimlerin katıldıkları eğitim programının konularına ilişkin frekans dağılımı*

Eğitim Programının Konusu	Hekim	
	n	%
İmplantoloji	45	47,87
Botoks- dermal dolgu	2	2,13
Estetik diş hekimliği	25	26,60
Endodonti	3	3,19
Cerrahi uygulamalar	11	11,70
Protez	3	3,19
Genel diş hekimliği	14	14,89
Periodontoloji	7	7,45
Ortodonti	5	5,32
Hipnoz	1	1,06
Adli diş hekimliği	3	3,19
Lazer	1	1,06
Klinik yönetimi	1	1,06
TME bozuklukları	1	1,06
Sterilizasyon	1	1,06
Oral kavite lezyonları	1	1,06
Radyografik görüntüleme	1	1,06
Travma	1	1,06

*Açık uçlu olan bu soruda bazı hekimler birden fazla eğitim programı konusu yazmıştır. Oran (%), n=94 üzerinden hesaplanmıştır.

4.3. Ankete Katılan Öğrencilerin ve Hekimlerin Ağız Kanseri Konusunda Sahip Oldukları Klinik Deneyimlerine ve Hastalarına Karşı Olan Genel Klinik Yaklaşımlarına İlişkin Veriler

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %16,25'i (65 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %11,75'i (47 kişi), hekimlerin %15'i (24 kişi) kendilerine muayene amacıyla gelen hastalarına sahip oldukları sosyal güvence ya da gelir durumlarına göre tedavi seçenekleri sunduklarını bildirmişlerdir.

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %81,25'i (325 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %80,25'i (321 kişi), hekimlerin %80'i (128 kişi) muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastada tam bir ağız içi ve ağız dışı muayenesi yaptıklarını belirtmişlerdir.

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %58'inin (232 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %56,25'inin (225 kişi), hekimlerin % 58,76'sının (94 kişi) kendilerine muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesi için toplam muayene süresinin (ilgili katılımcının bir hasta için ayırdığı ağız içi ve ağız dışı muayene süresi) %50'sini ve daha fazlasını ayırdıkları görülmektedir.

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %15'i (60 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %30'u (120 kişi), hekimlerin %58,13'ü (93 kişi) hastalarında, muayene sırasında ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelendikleri bir lezyonla karşılaştıklarını bildirmişlerdir.

Hastalarında kanser olabileceğinden şüphelendikleri bir lezyonla karşılaşan 4. sınıf öğrencilerinin %78,33'ünün (47 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %85,83'ünün (103 kişi) hastalarını baş- boyun kanseriyle ilgili bir bölüme yönlendirmek konusunda asistanlarından ya da hocalarından yardım istedikleri; hekimlerin % 92,47'sinin (86 kişi) hastasını baş- boyun kanseriyle ilgili bir bölüme yönlendirdikleri, % 94,62'sinin (88 kişi) konuyla ilgili bir uzman meslektaşından yardım istedikleri görülmüştür.

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin % 76,67'si (46 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %80,33'ü (97 kişi), hekimlerin %93,55'i (87 kişi) şüphelendikleri lezyondan biyopsi aldıklarını, biyopsi alınması için hastayı yönlendirdiklerini ya da biyopsi almak için yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin ve hekimlerin ağızda kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaştıklarında hastayı yönlendirmeyi tercih ettikleri bölümlere ait veriler Çizelge 4.3'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Şüpheli lezyonu olan hastaların yönlendirildiği bölümlerin frekans dağılımı*

Ağızda kanser açısından şüphelendiğiniz bir lezyon gördüğünüzde hastanızı hangi bölüme yönlendirirsiniz?	4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Genel Cerrahi	51	12,75	32	8,00	17	10,63	100	10,42
Kulak Burun Boğaz	46	11,50	79	19,75	50	31,25	175	18,23
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	13	3,25	5	1,25	3	1,88	21	2,19
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	272	68,00	312	78,00	131	81,88	715	74,48
Temel Tıp Bilimleri	78	19,50	43	10,75	12	7,50	133	13,85
Diğer	23	5,75	11	2,75	5	3,13	39	4,06

*Bu soruda cevap seçeneği birden fazladır.

4.4. Ankete Katılan Öğrencilerin ve Hekimlerin Ağız Kanseri Konusunda Almış Oldukları Eğitimle İlgili Düşüncelerine ve Sahip Olduklarını Düşündükleri Bilgi Düzeylerine İlişkin Veriler

Öğrencilerin ve hekimlerin diş hekimliği eğitimi sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili veriler Çizelge 4.4'te görülmektedir.

Çizelge 4.4. Alınan eğitimle ilgili düşüncelere ilişkin frekans dağılımı

Diş hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığınız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?	4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim aldığımı düşünüyorum*	324	81	357	89,25	129	80,63	810	84,37
Eğitim almadığımı düşünüyorum.**	76	19	43	10,75	31	19,37	150	15,63
Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100

*“Çok iyi, iyi ve yeterli eğitimi aldığımı” düşünenlerin verileri bu satırda birleştirilmiştir.

**“İyi bir eğitim almadığımı ve hiçbir eğitim almadığımı” düşünenlerin verileri bu satırda birleştirilmiştir.

Öğrencilerin ve hekimlerin ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyleri ve bu kanserlerin klinik görünümünü teşhis edebilme yeterliliği açısından kendilerini değerlendirmeleriyle ilgili veriler Çizelge 4.5'te görülmektedir.

Çizelge 4.5. Bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmelerine ilişkin frekans dağılımı

Ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserlerin klinik görünümünü teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilgi sahibi olduğumu düşünüyorum*	303	75,75	340	85	134	83,76	777	80,93
Bilgi sahibi olmadığımı düşünüyorum**	97	24,25	60	15	26	16,24	183	19,07
Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100

*“Çok iyi, iyi ve yeterli derecede bilgi sahibi olduğumu” düşünenlerin verileri bu satırda birleştirilmiştir.

**“Yeterli bilgiye sahip olmadığımı ve hiçbir bilgiye sahip olmadığımı” düşünenlerin verileri bu satırda birleştirilmiştir.

4.5. Ankete Katılan Öğrencilerin ve Hekimlerin Ağız Kanserleri Konusunda Sahip Oldukları Farkındalıklarına ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Veriler

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %93,5'i (374 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %94,5'i (378 kişi), hekimlerin %97,5'i (156 kişi) kanserin bulaşıcı bir hastalık olmadığını belirtmiştir.

Öğrencileri ve hekimleri ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendiren oluşumlarla/durumlarla ilgili veriler Çizelge 4.6'da görülmektedir. Bu verilerin değerlendirilmesinde “bilmiyorum” cevabı da “yanlış” olarak ele alınmıştır.

Çizelge 4.6. Şüpheli yaratan oluşumlara/durumlara ilişkin frekans dağılımı

Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Doğru	386	96,5	389	97,25	157	98,13	932	97,08
	Yanlış	14	3,5	11	2,75	3	1,88	28	2,92
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Nedensiz diş kayıpları	Doğru	312	78	320	80	97	60,62	729	75,94
	Yanlış	88	22	80	20	63	39,38	231	24,06
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Ağızda ya da dilde yanma hissi	Doğru	289	72,25	310	77,5	104	65	703	73,23
	Yanlış	111	27,75	90	22,5	56	35	257	26,77
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Ağız açıklığında kısıtlılık	Doğru	235	58,75	264	66	91	56,88	590	61,46
	Yanlış	165	41,25	136	34	69	43,13	370	38,54
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Ağızda şişlik	Doğru	319	79,75	324	81	128	80	771	80,31
	Yanlış	81	20,25	76	19	32	20	189	19,69
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Doğru	197	49,25	195	48,75	80	50	472	49,17
	Yanlış	203	50,75	205	51,25	80	50	488	50,83
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Ağızda devamlı ağrı hissi	Doğru	335	83,75	355	88,75	117	73,13	807	84,06
	Yanlış	65	16,25	45	11,25	43	26,88	153	15,94
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Kanamalı diş etleri	Doğru	279	69,75	237	59,25	86	53,75	602	62,71
	Yanlış	121	30,25	163	40,75	74	46,25	358	37,29
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Doğru	338	84,5	366	91,5	141	88,13	845	88,02
	Yanlış	62	15,5	34	8,5	19	11,88	115	11,98
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Doğru	363	90,75	377	94,25	142	88,75	882	91,88
	Yanlış	37	9,25	23	5,75	18	11,25	78	8,13
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Abse ya da çıban	Doğru	229	57,25	221	55,25	85	53,13	535	55,73
	Yanlış	171	42,75	179	44,75	75	46,88	425	44,27
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100

Katılımcıların, ilk üç sırada azalan sırayla %97,8'inin (932 kişi) ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülseri, %91,88'inin (882 kişi) kırmızı leke ya da plak görüntüsünü, %88,02'sinin (845 kişi) ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsünü anormal bir durumdan şüphelendirecek bir oluşum/durum olarak değerlendirdiği görülmektedir. 4. sınıf öğrencileri, 5. sınıf öğrencileri ve hekimler için sonuçlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde oranların değiştiği ancak bu ilk üç sıralamanın değişmediği görülmüştür.

Öğrencilerin ve hekimlerin ağız kanserlerinin risk faktörleriyle ilgili bilgilerine/farkındalıklarına ait veriler Çizelge 4.7’de görülmektedir. Bu verilerin değerlendirilmesinde “bilmiyorum” cevabı da “yanlış” olarak ele alınmıştır.

Çizelge 4.7. Ağız kanserlerinin risk faktörleri ile ilgili değerlendirmelere ilişkin frekans dağılımı

Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindendir?		4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Otoimmün hastalıklar	Doğru	307	76,75	295	73,75	105	65,63	707	73,65
	Yanlış	93	23,25	105	26,25	55	34,38	253	26,35
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Alkol kullanılması	Doğru	333	83,25	368	92	116	72,5	817	85,1
	Yanlış	67	16,75	32	8	44	27,5	143	14,9
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Yaş	Doğru	257	64,25	259	64,75	80	50	596	62,08
	Yanlış	143	35,75	141	35,25	80	50	364	37,92
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Tütün ürünlerinin kullanılması	Doğru	375	93,75	387	96,75	152	95	914	95,21
	Yanlış	25	6,25	13	3,25	8	5	46	4,79
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
HPV	Doğru	369	92,25	373	93,25	128	80	870	90,63
	Yanlış	31	7,75	27	6,75	32	20	90	9,38
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Etnik köken	Doğru	271	67,75	274	68,5	88	55	633	65,94
	Yanlış	129	32,25	126	31,5	72	45	327	34,06
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Kötü oral hijyen	Doğru	273	68,25	325	81,25	102	63,75	700	72,92
	Yanlış	127	31,75	75	18,75	58	36,25	260	27,08
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Travma	Doğru	276	69	296	74	104	65	676	70,42
	Yanlış	124	31	104	26	56	35	284	29,58
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Beslenme bozuklukları	Doğru	277	69,25	300	75	77	48,13	654	68,13
	Yanlış	123	30,75	100	25	83	51,88	306	31,87
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Genetik faktörler	Doğru	362	90,5	372	93	144	90	878	91,46
	Yanlış	38	9,5	28	7	16	10	82	8,54
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Güneş ışığına maruz kalma	Doğru	372	93	381	95,25	109	68,13	862	89,79
	Yanlış	28	7	19	4,75	51	31,87	98	10,21
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
Baharatlı ve acı yiyecekler	Doğru	189	47,25	220	55	66	41,25	475	49,48
	Yanlış	211	52,75	180	45	94	58,75	485	50,52
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100

Katılımcıların, ilk üç sırada azalan sırayla %95,21’inin (914 kişi) tütün ürünlerinin kullanılmasının, %90,63’ünün (870 kişi) HPV’nin, %85,1’inin (817 kişi) alkol kullanılmasının ağız kanserlerinin risk faktörlerinden olduğunu belirttiği görülmektedir. 4. sınıf öğrencileri, 5. sınıf öğrencileri ve hekimler için sonuçlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde oranların değiştiği ancak bu ilk üç sıralamanın değişmediği görülmektedir.

Öğrencilerin ve hekimlerin ağız içi muayenede malign lezyonların yerleşimi açısından daha çok dikkat edilmesi gereken alanlarla ilgili bilgilerine/farkındalıklarına ait veriler Çizelge 4.8’de görülmektedir.

Çizelge 4.8. Malign lezyonların yerleşimi açısından önemli alanlarla ilgili değerlendirmelere ilişkin frekans dağılımı

Daha Fazla Dikkat Edilmesi Gereken Alanlar		4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.grup	Ağız tabanı	292	73	270	67,5	83	51,88	645	67,19
	Dil altı	52	13	48	12	22	13,75	122	12,71
	Dil kökü	56	14	82	20,5	55	34,38	193	20,1
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
2.grup	Sert damak	137	34,25	116	29	48	30	301	31,35
	Yumuşak damak	183	45,75	193	48,25	80	50	456	47,5
	Boğaz	80	20	91	22,75	32	20	203	21,15
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100
3.grup	Yanak, dudak ve diş etleri	182	45,5	161	40,25	61	38,13	404	42,08
	Orofarenks	145	36,25	182	45,5	48	30	375	39,06
	Ağız içindeki tüm alanlar eşit oranda risklidir	44	11	50	12,5	45	28,13	139	14,48
	Diğer	29	7,25	7	1,75	6	3,75	42	4,38
	Toplam	400	100	400	100	160	100	960	100

Katılımcıların %67,19’u (645 kişi) 1.grup içinde ağız tabanının, %47,5’i (456 kişi) 2.grup içinde yumuşak damağın, %42,08’i (404 kişi) 3.grupta yanak, dudak ve diş etlerinin malign lezyonların yerleşimi açısından önemli alanlar olduğunu belirttiği görülmektedir.

Öğrencilerin ve hekimlerin ağız kanserlerinin tedavi seçenekleriyle ilgili verdikleri cevaplar Çizelge 4.9’da görülmektedir.

Çizelge 4.9. Ağız kanserinin tedavi seçenekleri konusundaki değerlendirmelere ilişkin frekans dağılımı*

Kullanılan Tedavi Seçenekleri	4.Sınıf		5.Sınıf		Hekim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerrahi tedavi	360	90,00	369	92,25	156	97,50	885	92,19
Radyoterapi	329	82,25	365	91,25	146	91,25	840	87,50
Kemoterapi	327	81,75	342	85,50	134	83,75	803	83,65
Diğer	0	0,00	7	1,75	5	3,13	12	1,25

*Bu soruda cevap seçeneği birden fazladır.

Katılımcıların %1,25’i (12 kişi) tedavi seçeneği olarak “Diğer” i seçmiş ancak hiç biri açıklama yapmamıştır.

Öğrencilerin ve hekimlerin malign lezyonların erken teşhisinin önemine ilişkin sorulan soruya verdikleri cevaplarla ilgili veriler Çizelge 4.10'da görülmektedir.

Çizelge 4.10. Malign lezyonların erken teşhisin önemiyle ilgili değerlendirmelerin frekans dağılımı

Malign Lezyonlarda Erken Teşhisin Önemi Sizce Nedir?	Toplam Katılımcı	
	n	%
Çok önemlidir.	100	9,38
Daha komplike cerrahiden kaçınılabılır.	1	0,1
Erken teşhis açısından önemlidir.	26	2,7
Hayat kalitesini artırır.	18	1,88
Hayat kurtarır.	205	21,35
Metastazı engeller.	103	10,73
Mortalite ve morbiditeyi azaltır.	20	2,08
Prognozu iyileştirir.	126	13,12
Tedavinin başarısını artırır.	55	5,73
Yaşam süresini ve kalitesini artırır.	17	1,78
Cevapsız	317	33,02
Toplam	960	100

Ankete katılan 4.sınıf öğrencilerinin %40,5'i (162 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %52,5'i (210 kişi) gerekli gördükleri durumlarda hastalarından laboratuvar testleri istemek konusunda herhangi bir asistan ya hocalarından yardım istediklerini, hekimlerin %66,88'i (107 kişi) gerekli gördükleri durumlarda hastalarından laboratuvar testleri istediklerini belirtmişlerdir.

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %9,5'i (38 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %4,5'i (18 kişi), hekimlerin %3,13'ü (5 kişi) hastalarına bilgilendirme amaçlı broşür ya da eğitici bir materyal verdiklerini belirtmişlerdir.

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %44'ü (176 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin % 48,5'i (194 kişi), hekimlerin %50'si (80 kişi) ağız kanserlerinin teşhisinde kendi kendilerini muayene etme teknikleri hakkında bilgileri olduğunu bildirmişlerdir.

Katılımcıların %18,96'sı (182 kişi) hastalarını ya da yakınlarını ağız kanserlerinin teşhisi amacıyla yönlendirmek için bildikleri bir merkez olduğunu belirtmiş olup yönlendirmeyi tercih ettikleri merkezlerle ilgili veriler Çizelge 4.11'de görülmektedir.

Çizelge 4.11. Ağız kanserinin teşhisi amacıyla hastaların yönlendirildiği merkezlerin frekans dağılımı*

Merkez	Toplam Katılımcı	
	n	%
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü	16	8,79
Diş Hekimliği Fakülteleri	121	66,49
Onkoloji Bölümü	10	5,5
Devlet Hastaneleri	1	0,55
Kulak, Burun, Boğaz Bölümü	6	3,3
Eğitim Araştırma Hastaneleri	4	2,20
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi	1	0,55
Tıp Fakülteleri	27	14,84
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	1	0,55

* Açık uçlu olan bu soruda bazı katılımcılar birden fazla merkez adı yazmıştır. Oran (%), n=182 üzerinden hesaplanmıştır.

Tüm katılımcılara anket sorularına konu ile ilgili bir ilaveleri olup olmadığı sorulmuş ve verilen cevaplarla ilgili veriler Çizelge 4.12'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.12. Konu ile ilgili ilave yorumların frekans dağılımı

Anket sorularına ilave olarak konu ile ilgili ifade etmek istediğiniz bir şey var mı?	Toplam Katılımcı	
	n	%
40 yaş üzeri bireylerde düzenli ağız kanseri taraması zorunlu hale getirilmelidir.	1	0,1
Bu konuda eksiklerimi fark etmeme yardımcı oldu.	1	0,1
Daha fazla bilgilendirilebiliriz.	1	0,1
Devlet hastanesinde çalışmayı düşündüğüm için her hastada tam muayene yapmam imkânsız.	1	0,1
Hasta eğitiminde kullanılacak daha fazla çeşitte ve uygun fiyatta materyaller olmalı ve hekimlere de bu konuda daha fazla eğitim verilmeli.	1	0,1
Hastaların diğer kanserlere nazaran ağız kanseri konusunda duyarsız ve bilgisiz oldukları görüşündeyim.	1	0,1
Hepimiz daha iyi bir eğitimi hak ediyoruz.	1	0,1
Konuyla ilgili daha fazla kurs düzenlenmelidir.	5	0,52
Sorular çok iyi hazırlanmış.	1	0,1
Cevapsız	947	98,65
Toplam	960	100

4.6. Farkındalık ve Bilgi Düzeylerini Anlamaya Yönelik Sorulardan Elde Edilen Verilerin Birbirleriyle Karşılaştırılması

- *Ankete Katılanların Sahip Oldukları Bilgi Düzeylerinin ve Farkındalıklarının Karşılaştırılması*

Katılımcıların şüphelendiren oluşumlar/ durumlar ve risk faktörleri sorularına verdikleri doğru yanıtların her biri “1 puan” olarak kabul edilmiş ve puan hesaplamaları bu şekilde yapılmıştır.

Katılımcıları şüphelendiren oluşumlar/ durumlar ve risk faktörleri puanları bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H Testi sonucu Çizelge 4.13’te gösterilmiştir.

Çizelge 4.13. Katılımcıların şüpheli oluşumlar/ durumlar ve risk faktörleri puanları bakımından gruplar arasındaki farklılığa ilişkin Kruskal Wallis H Testi

								Kruskal Wallis H Testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	H***	p
Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı	4.sınıf	400	8,2	9	0	11	2,65	486,28	7,662	0,022
	5.sınıf	400	8,4	9	0	11	2,33	496,22		
	Hekim	160	7,67	8	1	11	2,69	426,77		
	Toplam	960	8,2	9	0	11	2,54	3-2		
Risk faktörleri puanı	4.sınıf	400	9,15	9	0	12	2,7	486,87	43,717	0,001
	5.sınıf	400	9,63	10	0	12	2,16	524,15		
	Hekim	160	7,94	8	0	12	2,83	355,45		
	Toplam	960	9,15	9	0	12	2,58	3-1 3-2		

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

*** Kruskal Wallis H Testi'nin hesaplanan istatistik değeri [180]

Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Hekimlerin şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı 5. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede düşüktür.

Risk faktörleri puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Hekimlerin risk faktörleri puanı 4. ve 5. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede düşüktür.

Hekimlerin sahip oldukları mesleki tecrübe ile şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Mann Whitney U Testi sonucu Çizelge 4.14'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.14. Hekimlerde şüpheli oluşumlar/ durumlar ve risk faktörleri puanları bakımından mesleki tecrübe süreleri arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi

	Mesleki tecrübe süresi	Hekim						Mann Whitney U Testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı	15 yıl ve altı	99	7,88	8	3	11	2,49	83,13	-0,923	0,356
	15 yıl üzeri	61	7,34	7	1	11	2,97	76,24		
	Toplam	160	7,67	8	1	11	2,69			
Risk faktörleri puanı	15 yıl ve altı	99	8,56	9	0	12	2,63	90,53	-3,513	0,001
	15 yıl üzeri	61	6,95	7	1	12	2,87	64,22		
	Toplam	160	7,94	8	0	12	2,83			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi'ndeki "U" istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

Hekimlerin şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı bakımından sahip oldukları mesleki tecrübeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hekimlerde 15 yıl ve altında mesleki tecrübesi olanların şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı mesleki tecrübesi 15 yıldan fazla olan hekimlere göre daha yüksektir.

Hekimlerin risk faktörleri puanı bakımından sahip oldukları mesleki tecrübeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Hekimlerde mesleki tecrübesi 15 yıldan fazla olanların risk faktörleri puanı mesleki tecrübesi 15 yıl ve altında olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

- **Ankete Katılanların Sahip Oldukları Bilgi Düzeyleri ve Farkındalıkları ile Aldıkları Eğitimle İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılması**

4. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar puanı ve ağız kanserlerinin risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Man Whitney U Testi sonuçları Çizelge 4.15'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.15. 4. sınıf öğrencilerinde alınan eğitimle ilgili düşünceler bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi

	Alınan Eğitimle İlgili Düşünceler	4. Sınıf						Mann Whitney U Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı	Eğitim aldığını düşünenler	324	8,17	9,00	0,00	11,00	2,58	197,60	-1,052	,293
	Eğitim almadığını düşünenler	76	8,34	9,50	0,00	11,00	2,95	212,86		
	Toplam	400	8,21	9,00	0,00	11,00	2,65			
Risk faktörleri puanı	Eğitim aldığını düşünenler	324	9,05	9,00	0,00	12,00	2,69	194,9	-2,029	,042
	Eğitim almadığını düşünenler	76	9,59	10,00	1,00	12,00	2,72	224,36		
	Toplam	400	9,15	9,00	0,00	12,00	2,70			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi'ndeki "U" istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

4. sınıf öğrencilerinde şüpheli oluşumlar/durumlar puanı bakımından iyi eğitim aldığını düşünenlerle iyi eğitim almadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte iyi eğitim almadığını düşünenlerin şüpheli oluşumlar/durumlar puanı iyi eğitim aldığını düşünenlere göre daha yüksektir.

4. sınıf öğrencilerinde risk faktörleri puanı bakımından iyi eğitim aldığını düşünenlerle iyi eğitim almadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). İyi eğitim almadığını düşünenlerin risk faktörleri puanı iyi eğitim aldığını düşünenlere göre daha yüksektir.

4. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar hakkında verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testi Çizelge 4.16'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. 4. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			4. Sınıf							Ki Kare Testi		
			Diş hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığınız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?									
			Eğitim aldığını düşünenler		Eğitim almadığını düşünenler		Toplam		Ki Kare			p
			n	%	n	%	n	%				
Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Y	11	3,4	3	3,9	14	3,5	,056	,814		
		D	313	96,6	73	96,1	386	96,5				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Nedensiz diş kayıpları	Y	73	22,5	15	19,7	88	22,0	,280	,597		
		D	251	77,5	61	80,3	312	78,0				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Ağızda ya da dilde yanma hissi	Y	91	28,1	20	26,3	111	27,8	,096	,756		
		D	233	71,9	56	73,7	289	72,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Ağız açıklığında kısıtlılık	Y	139	42,9	26	34,2	165	41,3	1,919	,166		
		D	185	57,1	50	65,8	235	58,8				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Ağızda şişlik	Y	61	18,8	20	26,3	81	20,3	2,138	,144		
		D	263	81,2	56	73,7	319	79,8				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Y	167	51,5	36	47,4	203	50,8	,429	,512		
		D	157	48,5	40	52,6	197	49,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Ağızda devamlı ağrı hissi	Y	51	15,7	14	18,4	65	16,3	,325	,569		
		D	273	84,3	62	81,6	335	83,8				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
Kanamalı diş etleri	Y	98	30,2	23	30,3	121	30,3	,000	,998			
	D	226	69,8	53	69,7	279	69,8					
	T	324	100,0	76	100,0	400	100,0					
Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Y	51	15,7	11	14,5	62	15,5	,075	,784			
	D	273	84,3	65	85,5	338	84,5					
	T	324	100,0	76	100,0	400	100,0					
Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Y	29	9,0	8	10,5	37	9,3	,182	,670			
	D	295	91,0	68	89,5	363	90,8					
	T	324	100,0	76	100,0	400	100,0					
Abse ya da çıban	Y	145	44,8	26	34,2	171	42,8	2,796	,095			
	D	179	55,2	50	65,8	229	57,3					
	T	324	100,0	76	100,0	400	100,0					

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

4. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız

kanserlerinin risk faktörleri hakkında verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.17’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.17. 4. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile risk faktörleriyle ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			4. Sınıf									
			Dış hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığımız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?								Ki Kare Testi	
			Eğitim aldığımı düşünenler		Eğitim almadığımı düşünenler		Toplam		Ki Kare	p		
			n	%	n	%	n	%				
Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindedir?	Otoimmün hastalıklar	Y	81	25,0	12	15,8	93	23,3	2,927	,087		
		D	243	75,0	64	84,2	307	76,8				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Alkol kullanılması	Y	54	16,7	13	17,1	67	16,8	,008	,927		
		D	270	83,3	63	82,9	333	83,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Yaş	Y	122	37,7	21	27,6	143	35,8	2,692	,101		
		D	202	62,3	55	72,4	257	64,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Tütün ürünlerinin kullanılması	Y	20	6,2	5	6,6	25	6,3	,017	,895		
		D	304	93,8	71	93,4	375	93,8				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	HPV	Y	27	8,3	4	5,3	31	7,8	,812	,368		
		D	297	91,7	72	94,7	369	92,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Etnik köken	Y	108	33,3	21	27,6	129	32,3	,916	,339		
		D	216	66,7	55	72,4	271	67,8				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Kötü oral hijyen	Y	108	33,3	19	25,0	127	31,8	1,973	,160		
		D	216	66,7	57	75,0	273	68,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Travma	Y	104	32,1	20	26,3	124	31,0	,962	,327		
		D	220	67,9	56	73,7	276	69,0				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Beslenme bozuklukları	Y	101	31,2	22	28,9	123	30,8	,143	,705		
		D	223	68,8	54	71,1	277	69,3				
		T	324	100,0	76	100,0	400	100,0				
	Genetik faktörler	Y	31	9,6	7	9,2	38	9,5	,009	,924		
D		293	90,4	69	90,8	362	90,5					
T		324	100,0	76	100,0	400	100,0					
Güneş ışığına maruz kalma	Y	20	6,2	8	10,5	28	7,0	1,792	,181			
	D	304	93,8	68	89,5	372	93,0					
	T	324	100,0	76	100,0	400	100,0					
Baharatlı ve acı yiyecekler	Y	180	55,6	31	40,8	211	52,8	5,385	,020			
	D	144	44,4	45	59,2	189	47,3					
	T	324	100,0	76	100,0	400	100,0					

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

4. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile baharatlı ve acı yiyecekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p < 0,05$) ve iyi eğitim almadığını düşünenlerin iyi eğitim aldığını düşünenlere göre daha düşük oranda yanlış cevap verdiği

görülmüştür. İyi eğitim aldığını düşünenlerin %55,6'sı yanlış yanıt vermişken, iyi eğitim almadığını düşünenlerin %40,8'i yanlış yanıt vermiştir.

5. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar puanı ve ağız kanserlerinin risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Man Whitney U Testi sonuçları Çizelge 4.18'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.18. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi

	Alınan Eğitimle İlgili Düşünceler	5. Sınıf						Mann Whitney U Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/durumlar puanı	Eğitim aldığını düşünenler	357	8,50	9,00	1,00	11,00	2,20	204,23	-1,885	,059
	Eğitim almadığını düşünenler	43	7,49	8,00	0,00	11,00	3,10	169,51		
	Toplam	400	8,40	9,00	0,00	11,00	2,33			
Risk faktörü puanı	Eğitim aldığını düşünenler	357	9,71	10,00	0,00	12,00	2,09	204,00	-1,771	,077
	Eğitim almadığını düşünenler	43	8,93	10,00	1,00	12,00	2,64	171,44		
	Toplam	400	9,63	10,00	0,00	12,00	2,16			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi'ndeki "U" istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

5. sınıf öğrencilerinde şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı bakımından iyi eğitim aldığını düşünenlerle iyi eğitim almadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte iyi eğitim aldığını düşünenlerin şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha yüksektir.

5. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar hakkında verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.19'da gösterilmiştir.

Çizelge.4.19. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			5. Sınıf							Ki Kare Testi		
			Diş hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığımız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?									
			Eğitim aldığını düşünenler		Eğitim almadığını düşünenler		Toplam		Ki Kare			p
			n	%	n	%	n	%				
Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Y	6	1,7	5	11,6	11	2,8	14,199	,000		
		D	351	98,3	38	88,4	389	97,3				
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0				
	Nedensiz diş kayıpları	Y	70	19,6	10	23,3	80	20,0	,319	,572		
		D	287	80,4	33	76,7	320	80,0				
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0				
	Ağızda ya da dilde yanma hissi	Y	75	21,0	15	34,9	90	22,5	4,237	,040		
		D	282	79,0	28	65,1	310	77,5				
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0				
	Ağız açıklığında kısıtlılık	Y	121	33,9	15	34,9	136	34,0	,017	,897		
		D	236	66,1	28	65,1	264	66,0				
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0				
	Ağızda şişlik	Y	67	18,8	9	20,9	76	19,0	,117	,733		
		D	290	81,2	34	79,1	324	81,0				
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0				
	Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Y	178	49,9	27	62,8	205	51,3	2,568	,109		
		D	179	50,1	16	37,2	195	48,8				
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0				
	Ağızda devamlı ağrı hissi	Y	37	10,4	8	18,6	45	11,3	2,610	,106		
		D	320	89,6	35	81,4	355	88,8				
T		357	100,0	43	100,0	400	100,0					
Kanamalı diş etleri	Y	140	39,2	23	53,5	163	40,8	3,238	,072			
	D	217	60,8	20	46,5	237	59,3					
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0					
Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Y	26	7,3	8	18,6	34	8,5	6,325	,012			
	D	331	92,7	35	81,4	366	91,5					
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0					
Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Y	16	4,5	7	16,3	23	5,8	9,856	,002			
	D	341	95,5	36	83,7	377	94,3					
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0					
Abse ya da çıban	Y	155	43,4	24	55,8	179	44,8	2,385	,122			
	D	202	56,6	19	44,2	221	55,3					
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0					

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler, ağızda ya da dilde yanma hissi ve ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p < 0,05$) ve iyi eğitim aldığını düşünenlerin iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha düşük oranlarda yanlış cevaplar verdiği görülmüştür.

5.sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız kanserlerinin risk faktörleri hakkında verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testi sonuçları Çizelge 4.20’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.20. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile risk faktörleriyle ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) testi bağımlılık testi

			5. Sınıf							
			Dış hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığımız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?						Ki Kare Testi	
			Eğitim aldığımız düşünener		Eğitim almadığımız düşünener		Toplam			
			n	%	n	%	n	%	Ki Kare	P
Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindedir?	Otoimmün hastalıklar	Y	91	25,5	14	32,6	105	26,3	,990	,320
		D	266	74,5	29	67,4	295	73,8		
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0		
	Alkol kullanılması	Y	26	7,3	6	14,0	32	8,0	2,320	,128
		D	331	92,7	37	86,0	368	92,0		
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0		
	Yaş	Y	122	34,2	19	44,2	141	35,3	1,686	,194
		D	235	65,8	24	55,8	259	64,8		
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0		
	Tütün ürünlerinin kullanılması	Y	10	2,8	3	7,0	13	3,3	2,128	,145
		D	347	97,2	40	93,0	387	96,8		
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0		
	HPV	Y	20	5,6	7	16,3	27	6,8	6,950	,008
		D	337	94,4	36	83,7	373	93,3		
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0		
	Etnik köken	Y	110	30,8	16	37,2	126	31,5	,728	,394
		D	247	69,2	27	62,8	274	68,5		
		T	357	100,0	43	100,0	400	100,0		
	Kötü oral hijyen	Y	67	18,8	8	18,6	75	18,8	,001	,979
		D	290	81,2	35	81,4	325	81,3		
T		357	100,0	43	100,0	400	100,0			
Travma	Y	90	25,2	14	32,6	104	26,0	1,077	,299	
	D	267	74,8	29	67,4	296	74,0			
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0			
Beslenme bozuklukları	Y	89	24,9	11	25,6	100	25,0	,009	,926	
	D	268	75,1	32	74,4	300	75,0			
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0			
Genetik faktörler	Y	24	6,7	4	9,3	28	7,0	,392	,531	
	D	333	93,3	39	90,7	372	93,0			
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0			
Güneş ışığına maruz kalma	Y	14	3,9	5	11,6	19	4,8	5,037	,025	
	D	343	96,1	38	88,4	381	95,3			
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0			
Baharatlı ve acı yiyecekler	Y	155	43,4	25	58,1	180	45,0	3,361	,067	
	D	202	56,6	18	41,9	220	55,0			
	T	357	100,0	43	100,0	400	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile HPV ve güneş ışığına maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p < 0,05$) ve iyi eğitim aldığını düşünenlerin iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha düşük oranlarda yanlış cevaplar verdiği görülmüştür.

Hekimlerin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar puanı ve ağız kanserlerinin risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Man Whitney U Testi sonuçları Çizelge 4.21’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.21. Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa dair Mann Whitney U Testi

		Hekim						Mann Whitney U Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/durumlar puanı	Eğitim aldığını düşünenler	129	7,71	8,00	1,00	11,00	2,71	81,39	-0,501	,616
	Eğitim almadığını düşünenler	31	7,52	7,00	3,00	11,00	2,62	76,79		
	Toplam	160	7,68	8,00	1,00	11,00	2,69			
Risk faktörleri puanı	Eğitim aldığını düşünenler	129	7,80	8,00	0,00	12,00	2,88	78,41	-1,172	,241
	Eğitim almadığını düşünenler	31	8,55	8,00	5,00	12,00	2,55	89,19		
	Toplam	160	7,94	8,00	0,00	12,00	2,83			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi’ndeki “U” istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

Hekimlerde şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı bakımından iyi eğitim aldığını düşünenlerle iyi eğitim almadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte iyi eğitim aldığını düşünenlerin şüpheli durum puanı iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha yüksekken, iyi eğitim almadığını düşünenlerin risk faktörü puanı iyi eğitim aldığını düşünenlere göre daha yüksektir.

Hekimlerin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar hakkında verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testi sonuçları Çizelge 4.22’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.22. Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) analizi

		Hekim								
		Diş hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığınız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?						Ki Kare Testi		
		Eğitim aldığımı düşünenler		Eğitim almadığımı düşünenler		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	Ki Kare	p	
Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Y	3	2,3	0	0,0	3	1,9	*	,905
		D	126	97,7	31	100,0	157	98,1		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Nedensiz diş kayıpları	Y	50	38,8	13	41,9	63	39,4	,106	,745
		D	79	61,2	18	58,1	97	60,6		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Ağızda ya da dilde yanma hissi	Y	45	34,9	11	35,5	56	35,0	,004	,950
		D	84	65,1	20	64,5	104	65,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Ağız açıklığında kısıtlılık	Y	57	44,2	12	38,7	69	43,1	,306	,580
		D	72	55,8	19	61,3	91	56,9		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Ağızda şişlik	Y	24	18,6	8	25,8	32	20,0	,810	,368
		D	105	81,4	23	74,2	128	80,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Y	64	49,6	16	51,6	80	50,0	,040	,841
		D	65	50,4	15	48,4	80	50,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Ağızda devamlı ağrı hissi	Y	32	24,8	11	35,5	43	26,9	1,450	,229
		D	97	75,2	20	64,5	117	73,1		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Kanamalı diş etleri	Y	58	45,0	16	51,6	74	46,3	,445	,505
		D	71	55,0	15	48,4	86	53,8		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Y	17	13,2	2	6,5	19	11,9	1,081	,299	
	D	112	86,8	29	93,5	141	88,1			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Y	14	10,9	4	12,9	18	11,3	,105	,746	
	D	115	89,1	27	87,1	142	88,8			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Abse ya da çıban	Y	60	46,5	15	48,4	75	46,9	,035	,851	
	D	69	53,5	16	51,6	85	53,1			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			

*Gözlerdeki beklenen değerin %20'si 5'ten küçük olduğu için Monte Carlo Simülasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır.

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlara/durumlara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekimlerin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılması gerektiği ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağız kanserlerinin risk faktörleri hakkında verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.23'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.23. Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile risk faktörleriyle ilgili değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			Hekim						Ki Kare Testi	
			Dış hekimliği eğitiminiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığımız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?							
			Eğitim aldığını düşünenler		Eğitim almadığını düşünenler		Toplam		Ki Kare	p
			n	%	n	%	n	%		
Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindedir?	Otoimmün hastalıklar	Y	46	35,7	9	29,0	55	34,4	,487	,485
		D	83	64,3	22	71,0	105	65,6		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Alkol kullanılması	Y	33	25,6	11	35,5	44	27,5	1,229	,268
		D	96	74,4	20	64,5	116	72,5		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Yaş	Y	66	51,2	14	45,2	80	50,0	,360	,548
		D	63	48,8	17	54,8	80	50,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Tütün ürünlerinin kullanılması	Y	7	5,4	1	3,2	8	5,0	,255	,614
		D	122	94,6	30	96,8	152	95,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	HPV	Y	28	21,7	4	12,9	32	20,0	1,210	,271
		D	101	78,3	27	87,1	128	80,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Etnik köken	Y	62	48,1	10	32,3	72	45,0	2,522	,112
		D	67	51,9	21	67,7	88	55,0		
		T	129	100,0	31	100,0	160	100,0		
	Kötü oral hijyen	Y	52	40,3	6	19,4	58	36,3	4,749	,029
		D	77	59,7	25	80,6	102	63,8		
T		129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Travma	Y	48	37,2	8	25,8	56	35,0	1,428	,232	
	D	81	62,8	23	74,2	104	65,0			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Beslenme bozuklukları	Y	67	51,9	16	51,6	83	51,9	,001	,974	
	D	62	48,1	15	48,4	77	48,1			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Genetik faktörler	Y	14	10,9	2	6,5	16	10,0	,538	,463	
	D	115	89,1	29	93,5	144	90,0			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Güneş ışığına maruz kalma	Y	43	33,3	8	25,8	51	31,9	,652	,419	
	D	86	66,7	23	74,2	109	68,1			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			
Baharatlı ve acı yiyecekler	Y	76	58,9	18	58,1	94	58,8	,007	,931	
	D	53	41,1	13	41,9	66	41,3			
	T	129	100,0	31	100,0	160	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

Hekimlerin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile kötü oral hijyen arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p < 0,05$) ve iyi eğitim aldığını düşünenler iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha yüksek oranda yanlış cevap vermiştir.

4. sınıf öğrencilerinin ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyleri ve bu kanserlerin klinik görünümlerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar puanı ve ağız kanserlerinin risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Man Whitney U Testi sonuçları Çizelge 4.24’te gösterilmiştir.

Çizelge 4.24. 4. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik değerlilik öz değerlendirmeleri bakımından şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi

	Bilgi Düzeyi ve Klinik Yeterlilik Öz Değerlendirme	4. Sınıf						Mann Whitney U Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı	Bilgi sahibi olduğunu düşünenler	303	8,11	8,00	0,00	11,00	2,58	194,65	-1,816	,069
	Bilgi sahibi olmadığını düşünenler	97	8,51	10,00	0,00	11,00	2,85	218,76		
	Toplam	400	8,21	9,00	0,00	11,00	2,65			
Risk faktörleri puanı	Bilgi sahibi olduğunu düşünenler	303	8,92	9,00	0,00	12,00	2,74	189,42	-3,44	,001
	Bilgi sahibi olmadığını düşünenler	97	9,89	11,00	1,00	12,00	2,44	235,12		
	Toplam	400	9,15	9,00	0,00	12,00	2,70			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi’ndeki “U” istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

4. sınıflarda şüpheli oluşumlar/durumlar puanı bakımından iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerle iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin şüpheli oluşumlar/durumlar puanı iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlere göre daha yüksektir.

4. sınıflarda risk faktörleri puanı bakımından iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerle iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). İyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenlerin risk faktörleri puanı iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede yüksektir.

4.sınıf öğrencilerinin bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile anormal bir durumdan şüphelendiren oluşumlara/durumlara verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.25'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.25. 4. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlarla/ durumlarla ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

		4. Sınıf								
		Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümlerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?						Ki Kare Testi		
		Bilgi sahibi olduğunu düşünenler		Bilgi sahibi olmadığını düşünenler		Toplam				
	Y	n	%	n	%	n	%	Ki Kare	P	
Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Y	10	3,3	4	4,1	14	3,5	,147	,701
		D	293	96,7	93	95,9	386	96,5		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Nedensiz diş kayıpları	Y	70	23,1	18	18,6	88	22,0	,885	,347
		D	233	76,9	79	81,4	312	78,0		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Ağızda ya da dilde yanma hissi	Y	87	28,7	24	24,7	111	27,8	,578	,447
		D	216	71,3	73	75,3	289	72,3		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Ağız açıklığında kısıtlılık	Y	130	42,9	35	36,1	165	41,3	1,411	,235
		D	173	57,1	62	63,9	235	58,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Ağızda şişlik	Y	63	20,8	18	18,6	81	20,3	,227	,633
		D	240	79,2	79	81,4	319	79,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Y	157	51,8	46	47,4	203	50,8	,567	,451
		D	146	48,2	51	52,6	197	49,3		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Ağızda devamlı ağrı hissi	Y	47	15,5	18	18,6	65	16,3	,501	,479
		D	256	84,5	79	81,4	335	83,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Kanamalı diş etleri	Y	97	32,0	24	24,7	121	30,3	1,841	,175
		D	206	68,0	73	75,3	279	69,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Y	51	16,8	11	11,3	62	15,5	1,692	,193
		D	252	83,2	86	88,7	338	84,5		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Y	26	8,6	11	11,3	37	9,3	,666	,414
D		277	91,4	86	88,7	363	90,8			
T		303	100,0	97	100,0	400	100,0			
Abse ya da çıban	Y	138	45,5	33	34,0	171	42,8	3,987	,046	
	D	165	54,5	64	66,0	229	57,3			
	T	303	100,0	97	100,0	400	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

4. sınıf öğrencilerinde ağız kanserleri konusundaki bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile abse ya da çıban arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenler iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenlere göre daha yüksek oranda yanlış cevap vermiştir.

4.sınıf öğrencilerinin bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız kanserlerinin risk faktörlerine verdikleri cevaplar arasındaki Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.26'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.26. 4. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile risk faktörleriyle ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

		4. Sınıf								
		Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümlerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?						Ki Kare Testi		
		Bilgi sahibi olduğunuzu düşünenler		Bilgi sahibi olmadığınızı düşünenler		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	Ki Kare	p	
Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindedir?	Otoimmün hastalıklar	Y	79	26,1	14	14,4	93	23,3	5,579	,018
		D	224	73,9	83	85,6	307	76,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Alkol kullanılması	Y	54	17,8	13	13,4	67	16,8	1,029	,310
		D	249	82,2	84	86,6	333	83,3		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Yaş	Y	116	38,3	27	27,8	143	35,8	3,492	,062
		D	187	61,7	70	72,2	257	64,3		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Tütün ürünlerinin kullanılması	Y	19	6,3	6	6,2	25	6,3	,001	,976
		D	284	93,7	91	93,8	375	93,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	HPV	Y	26	8,6	5	5,2	31	7,8	1,206	,272
		D	277	91,4	92	94,8	369	92,3		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Etnik köken	Y	110	36,3	19	19,6	129	32,3	9,397	,002
		D	193	63,7	78	80,4	271	67,8		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
	Kötü oral hijyen	Y	104	34,3	23	23,7	127	31,8	3,819	,051
		D	199	65,7	74	76,3	273	68,3		
		T	303	100,0	97	100,0	400	100,0		
Travma	Y	100	33,0	24	24,7	124	31,0	2,344	,126	
	D	203	67,0	73	75,3	276	69,0			
	T	303	100,0	97	100,0	400	100,0			
Beslenme bozuklukları	Y	99	32,7	24	24,7	123	30,8	2,170	,141	
	D	204	67,3	73	75,3	277	69,3			
	T	303	100,0	97	100,0	400	100,0			
Genetik faktörler	Y	33	10,9	5	5,2	38	9,5	2,812	,094	
	D	270	89,1	92	94,8	362	90,5			
	T	303	100,0	97	100,0	400	100,0			
Güneş ışığına maruz kalma	Y	22	7,3	6	6,2	28	7,0	,130	,718	
	D	281	92,7	91	93,8	372	93,0			
	T	303	100,0	97	100,0	400	100,0			
Baharatlı ve acı yiyecekler	Y	172	56,8	39	40,2	211	52,8	8,084	,004	
	D	131	43,2	58	59,8	189	47,3			
	T	303	100,0	97	100,0	400	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

4. sınıf öğrencilerinde ağız kanserleri konusundaki bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile otoimmün hastalıklar, etnik köken ve baharatlı ve acı yiyecekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenler iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlere göre daha düşük oranda yanlış cevaplar vermiştir.

5. sınıf öğrencilerinin ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyleri ve bu kanserlerin klinik görünümlerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız içindeki şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve ağız kanserlerinin risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Man Whitney U Testi sonuçları Çizelge 4.27’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik değerlilik öz değerlendirmeleri bakımından şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi

		5. Sınıf						Mann Whitney U Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı	Bilgi sahibi olduğunu düşünenler	340	8,46	9,00	0,00	11,00	2,26	202,52	-0,842	,400
	Bilgi sahibi olmadığını düşünenler	60	8,03	9,00	0,00	11,00	2,72	189,06		
	Toplam	400	8,40	9,00	0,00	11,00	2,33			
Risk faktörleri puanı	Bilgi sahibi olduğunu düşünenler	340	9,64	10,00	0,00	12,00	2,12	200,64	-0,059	,953
	Bilgi sahibi olmadığını düşünenler	60	9,52	10,00	1,00	12,00	2,42	199,70		
	Toplam	400	9,63	10,00	0,00	12,00	2,16			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi’ndeki “U” istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

5. sınıflarda şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı bakımından iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerle iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenlere göre daha yüksektir.

5.sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız içindeki şüpheli oluşumlara/durumlara verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.28’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.28. 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlara/durumlara verdikleri cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			5. Sınıf						Ki Kare Testi	
			Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümünü teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?							
			Bilgi sahibi olduğumu düşünenler		Bilgi sahibi olmadığımı düşünenler		Toplam			
			n	%	n	%	n	%		
Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Y	6	1,8	5	8,3	11	2,8	8,228	,004
		D	334	98,2	55	91,7	389	97,3		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Nedensiz diş kayıpları	Y	66	19,4	14	23,3	80	20,0	,490	,484
		D	274	80,6	46	76,7	320	80,0		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Ağızda ya da dilde yanma hissi	Y	70	20,6	20	33,3	90	22,5	4,751	,029
		D	270	79,4	40	66,7	310	77,5		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Ağız açıklığında kısıtlılık	Y	115	33,8	21	35,0	136	34,0	,031	,859
		D	225	66,2	39	65,0	264	66,0		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Ağızda şişlik	Y	65	19,1	11	18,3	76	19,0	,020	,886
		D	275	80,9	49	81,7	324	81,0		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Y	173	50,9	32	53,3	205	51,3	,123	,726
		D	167	49,1	28	46,7	195	48,8		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Ağızda devamlı ağrı hissi	Y	39	11,5	6	10,0	45	11,3	,110	,740
		D	301	88,5	54	90,0	355	88,8		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Kanamalı diş etleri	Y	135	39,7	28	46,7	163	40,8	1,023	,312
		D	205	60,3	32	53,3	237	59,3		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Y	25	7,4	9	15,0	34	8,5	3,835	,051	
	D	315	92,6	51	85,0	366	91,5			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			
Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Y	17	5,0	6	10,0	23	5,8	2,353	,125	
	D	323	95,0	54	90,0	377	94,3			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			
Abse ya da çıban	Y	153	45,0	26	43,3	179	44,8	,057	,811	
	D	187	55,0	34	56,7	221	55,3			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

5. sınıf öğrencilerinde ağız kanserleri konusundaki bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler, ağızda ya da dilde yanma hissi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). İyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenlere göre daha düşük oranlarda yanlış cevaplar verdiği görülmüştür.

5.sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız kanserlerinin risk faktörlerine verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.29'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.29. 5. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile risk faktörleriyle ilgili cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			5. Sınıf							
			Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümlerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?							
			Bilgi sahibi olduğunuzu düşünenler		Bilgi sahibi olmadığınızı düşünenler		Toplam		Ki Kare Testi	
			n	%	n	%	n	%	Ki Kare	p
Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindedir?	Otoimmün hastalıklar	Y	95	27,9	10	16,7	105	26,3	3,349	,067
		D	245	72,1	50	83,3	295	73,8		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Alkol kullanılması	Y	26	7,6	6	10,0	32	8,0	,384	,536
		D	314	92,4	54	90,0	368	92,0		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Yaş	Y	117	34,4	24	40,0	141	35,3	,698	,404
		D	223	65,6	36	60,0	259	64,8		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Tütün ürünlerinin kullanılması	Y	10	2,9	3	5,0	13	3,3	,688	,407
		D	330	97,1	57	95,0	387	96,8		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	HPV	Y	20	5,9	7	11,7	27	6,8	2,711	,100
		D	320	94,1	53	88,3	373	93,3		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Etnik köken	Y	109	32,1	17	28,3	126	31,5	,328	,567
		D	231	67,9	43	71,7	274	68,5		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Kötü oral hijyen	Y	63	18,5	12	20,0	75	18,8	,072	,788
		D	277	81,5	48	80,0	325	81,3		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
	Travma	Y	85	25,0	19	31,7	104	26,0	1,178	,278
		D	255	75,0	41	68,3	296	74,0		
		T	340	100,0	60	100,0	400	100,0		
Beslenme bozuklukları	Y	89	26,2	11	18,3	100	25,0	1,673	,196	
	D	251	73,8	49	81,7	300	75,0			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			
Genetik faktörler	Y	25	7,4	3	5,0	28	7,0	,434	,510	
	D	315	92,6	57	95,0	372	93,0			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			
Güneş ışığına maruz kalma	Y	14	4,1	5	8,3	19	4,8	2,003	,157	
	D	326	95,9	55	91,7	381	95,3			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			
Baharatlı ve acı yiyecekler	Y	148	43,5	32	53,3	180	45,0	1,981	,159	
	D	192	56,5	28	46,7	220	55,0			
	T	340	100,0	60	100,0	400	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

5. sınıflarda ağız kanserleri konusundaki bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlara/durumlara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekimlerin ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyleri ve bu kanserlerin klinik görünümelerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız içindeki şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve ağız kanserlerinin risk faktörleri puanı arasındaki ilişkiye dair Man Whitney U Testi sonuçları Çizelge 4.30’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.30. Hekimlerin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri bakımından şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı arasındaki farklılığa ilişkin Mann Whitney U Testi

		Hekim						Mann Whitney U Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss*	Sıra Ort.**	z***	p
Şüpheli oluşumlar/ durumlar puanı	Bilgi sahibi olduğunu düşünenler	134	7,77	8,00	1,00	11,00	2,71	82,31	-1,131	,258
	Bilgi sahibi olmadığını düşünenler	26	7,19	7,50	3,00	11,00	2,55	71,19		
	Toplam	160	7,68	8,00	1,00	11,00	2,69			
Risk faktörleri puanı	Bilgi sahibi olduğunu düşünenler	134	7,95	8,00	0,00	12,00	2,82	80,72	-,140	,889
	Bilgi sahibi olmadığını düşünenler	26	7,92	7,00	3,00	12,00	2,91	79,35		
	Toplam	160	7,94	8,00	0,00	12,00	2,83			

($p < 0,05$)

* Standart sapma [180]

** Sıra ortalaması [180]

***Mann Whitney U Testi’ndeki “U” istatistiğinin standartlaştırılmış hali [180]

Hekimlerde şüpheli oluşumlar/durumlar puanı ve risk faktörleri puanı bakımından iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerle iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte iyi derecede bilgi sahibi olduğunu düşünenlerin şüpheli oluşum/durum puanı ve risk faktörü puanı iyi derecede bilgi sahibi olmadığını düşünenlere göre daha yüksektir.

Hekimlerin bilgi düzeyi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendiren oluşumlara/durumlara verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.31’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.31. Hekimlerin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile şüpheli oluşumlarla/durumlarla ilgili verdikleri cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

			Hekim						Ki Kare Testi	
			Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümlerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?							
			Bilgi sahibi olduğunuzu düşünenler		Bilgi sahibi olmadığınızı düşünenler		Toplam			
			n	%	n	%	n	%		
Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?	Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler	Y	3	2,2	0	0,0	3	1,9	*	1,000
		D	131	97,8	26	100,0	157	98,1		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Nedensiz diş kayıpları	Y	51	38,1	12	46,2	63	39,4	,598	,439
		D	83	61,9	14	53,8	97	60,6		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Ağızda ya da dilde yanma hissi	Y	48	35,8	8	30,8	56	35,0	,244	,621
		D	86	64,2	18	69,2	104	65,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Ağız açıklığında kısıtlılık	Y	56	41,8	13	50,0	69	43,1	,598	,439
		D	78	58,2	13	50,0	91	56,9		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Ağızda şişlik	Y	25	18,7	7	26,9	32	20,0	,930	,335
		D	109	81,3	19	73,1	128	80,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı	Y	65	48,5	15	57,7	80	50,0	,735	,391
		D	69	51,5	11	42,3	80	50,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Ağızda devamlı ağrı hissi	Y	32	23,9	11	42,3	43	26,9	3,762	,052
		D	102	76,1	15	57,7	117	73,1		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Kanamalı diş etleri	Y	58	43,3	16	61,5	74	46,3	2,919	,088
		D	76	56,7	10	38,5	86	53,8		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
Ağızda beyaz leke ya da plak görüntüsü	Y	17	12,7	2	7,7	19	11,9	,519	,471	
	D	117	87,3	24	92,3	141	88,1			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Ağızda kırmızı leke ya da plak görüntüsü	Y	16	11,9	2	7,7	18	11,3	,394	,530	
	D	118	88,1	24	92,3	142	88,8			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Abse ya da çıban	Y	62	46,3	13	50,0	75	46,9	,122	,727	
	D	72	53,7	13	50,0	85	53,1			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			

*Gözlerdeki beklenen değerin %20'si 5'ten küçük olduğu için Monte Carlo Simülasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır [179].

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

Hekimlerde ağız kanserleri konusundaki bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız içinde şüphelendiren oluşumlara/durumlara verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekimlerde bilgi düzeyi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız kanserlerinin risk faktörlerine verdikleri cevaplar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.32’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.32. Hekimlerin bilgi düzeyi ve klinik yeterlilik öz değerlendirmeleri ile risk faktörleriyle ilgili verdikleri cevapları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

		Hekim								
		Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümünü teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?						Ki Kare Testi		
		Bilgi sahibi olduğunuzu düşünenler		Bilgi sahibi olmadığınızı düşünenler		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	Ki Kare	p	
Aşağıdakilerden hangileri ağız kanserlerinin risk faktörlerindedir?	Otoimmün hastalıklar	Y	46	34,3	9	34,6	55	34,4	,001	,978
		D	88	65,7	17	65,4	105	65,6		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Alkol kullanılması	Y	38	28,4	6	23,1	44	27,5	,305	,581
		D	96	71,6	20	76,9	116	72,5		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Yaş	Y	65	48,5	15	57,7	80	50,0	,735	,391
		D	69	51,5	11	42,3	80	50,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Tütün ürünlerinin kullanılması	Y	6	4,5	2	7,7	8	5,0	,474	,491
		D	128	95,5	24	92,3	152	95,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	HPV	Y	26	19,4	6	23,1	32	20,0	,184	,668
		D	108	80,6	20	76,9	128	80,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Etnik köken	Y	59	44,0	13	50,0	72	45,0	,314	,575
		D	75	56,0	13	50,0	88	55,0		
		T	134	100,0	26	100,0	160	100,0		
	Kötü oral hijyen	Y	49	36,6	9	34,6	58	36,3	,036	,850
		D	85	63,4	17	65,4	102	63,8		
T		134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Travma	Y	48	35,8	8	30,8	56	35,0	,244	,621	
	D	86	64,2	18	69,2	104	65,0			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Beslenme bozuklukları	Y	70	52,2	13	50,0	83	51,9	,044	,834	
	D	64	47,8	13	50,0	77	48,1			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Genetik faktörler	Y	14	10,4	2	7,7	16	10,0	,184	,668	
	D	120	89,6	24	92,3	144	90,0			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Güneş ışığına maruz kalma	Y	46	34,3	5	19,2	51	31,9	2,286	,131	
	D	88	65,7	21	80,8	109	68,1			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			
Baharatlı ve acı yiyecekler	Y	76	56,7	18	69,2	94	58,8	1,407	,236	
	D	58	43,3	8	30,8	66	41,3			
	T	134	100,0	26	100,0	160	100,0			

($p < 0,05$)

(Y: Yanlış, D: Doğru, T: Toplam)

Hekimlerde ağız kanserleri konusundaki bilgi ve yeterlilik açısından kendilerini değerlendirmeleri ile ağız kanserlerinin risk faktörlerine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

- **Ankete katılanların hastalarında ağız içi muayeneye ayırdıkları süre ile şüpheli lezyonla karşılaşma durumunun karşılaştırılması**

4. ve 5. sınıf öğrencilerinde muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastada toplam muayene süresinin ağız içi muayeneye ayrılan kısmı ile hastalarda kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumu arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.33'te ve 4.34'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.33. 4. sınıf öğrencilerinin ağız içi muayeneye ayırdıkları süreler ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

Hastanızı muayene ederken ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelendiğiniz bir lezyonla karşılaştınız mı?	4. Sınıf							Ki Kare Testi	
	Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesi için ne kadar süre ayırıyorsunuz?						Ki Kare	p	
	%50'sinden az		%50'si ve daha fazla		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
Evet	26	15,48	34	14,66	60	15	0,52	0,771	
Hayır	115	68,45	166	71,55	281	70,25			
Hatırlamıyorum	27	16,07	32	13,79	59	14,75			
Toplam	168	100	232	100	400	100			

($p < 0,05$)

Çizelge 4.34. 5. sınıf öğrencilerinin ağız içi muayeneye ayırdıkları süreler ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

Hastanızı muayene ederken ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelendiğiniz bir lezyonla karşılaştınız mı?	5. Sınıf							Ki Kare Testi	
	Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesi için ne kadar süre ayırıyorsunuz?						Ki Kare	p	
	%50'sinden az		%50'si ve daha fazla		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
Evet	52	29,71	68	30,22	120	30	0,932	0,627	
Hayır	92	52,57	125	55,56	217	54,25			
Hatırlamıyorum	31	17,71	32	14,22	63	15,75			
Toplam	175	100	225	100	400	100			

($p < 0,05$)

4. ve 5. sınıf öğrencilerinde muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesine ayrılan süreler ile kanser açısından şüpheli lezyonla karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekimlerde muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastada toplam muayene süresinin ağız içi muayeneye ayrılan kısmı ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumu arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testinin sonuçları Çizelge 4.35’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.35. Hekimlerin ağız içi muayeneye ayırdıkları süreler ile kanser açısından şüpheli bir lezyonla karşılaşma durumları arasındaki ilişkiye dair Ki - Kare (χ^2) bağımlılık testi

Hastanızı muayene ederken ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelendiğiniz bir lezyonla karşılaştınız mı?	Hekim							
	Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesi için ne kadar süre ayırıyorsunuz?						Ki Kare Testi	
	%50'sinden az		%50'si ve daha fazla		Toplam		Ki Kare	p
	n	%	n	%	n	%		
Evet	34	51,52	59	62,77	93	58,13	7,536	0,023
Hayır	28	42,42	22	23,4	50	31,25		
Hatırlamıyorum	4	6,06	13	13,83	17	10,63		
Toplam	66	100	94	100	160	100		

($p < 0,05$)

Hekimlerde muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesine ayrılan süreler ile kanser açısından şüpheli lezyonla karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Hekimlerde muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesine %50’sinden daha az süre ayıranların %51,52’si (34 kişi), %50 ve daha fazla süre ayıranların %62,77’si (59 kişi) lezyonla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Dudağın ya da ağzın malign neoplazmı olarak tanımlanan oral kavite kanseri, dünyada 7. en sık rastlanan kanser türüdür ve her yıl 300.000 yeni vaka sayısı ile sağlık açısından büyük bir endişe kaynağıdır [181-183]. Oral SHK oral kavitede en sık görülen malignansi olup tüm dünyada görülen kanserlerin %3'ünü oluşturmaktadır [35, 184].

Dünya genelinde insidans ve mortalite oranlarındaki farklılıklar; genetik profillerdeki belirli farklılıklar, belirli bir coğrafik alana ya da ırka özgü risk faktörlerindeki farklılıklarla açıklanabilmektedir [183].

Türkiye'de cilt ve tiroid kanserleri haricinde oral kavite kanserleri larinks kanserlerinden sonra 2. en sık rastlanan kanser türüdür [185]. Midilli ve ark.'nın yaptıkları 6 yılı kapsayan retrospektif bir çalışmada 933 kanserli hastanın 231'inde oral kanser olduğunu belirtmişlerdir [186]. Düzlü ve ark. tek merkezli olarak yaptıkları çalışmada 20 yıllık periyotta oral kanserli 230 vakanın olduğunu bildirmişlerdir [187].

Malign potansiyel taşıyan oral hastalıkların erken teşhisi hastanın hayatı açısından oldukça önem taşımaktadır [145]. Oral SHK'si olan hastalar genellikle geç dönemde belirti vermektedir ve özellikle boyundaki lenf nodlarına metastaz olduğunda tedavi sonrasında yüksek rekürrens oranları görülmektedir [184].

Hastalığa bağlı sağ kalım oranları, hastalığın erken teşhisi (Evre 1 ve 2) ve geç tehisi (Evre 3 ve 4) ile ilişkili olup 5 yıllık sağ kalım oranları düşüktür ve bu durum son birkaç dekatta değişmemiştir [6, 184]. Periyodik olarak ağız kavitesinde tarama yapmanın oral kanser nedeniyle gerçekleşen mortaliteyi azalttığı kanıtlanmıştır [6]. Oral ve farengeal kanserlerin ileri aşamaya gelmeleri birkaç yıl sürmektedir. Diş hekimleri ağız boşluğuna kolay erişime sahip oldukları için ağız kanserinin saptanması ve teşhisinde büyük sorumluluk sahibi olup hastalığın erken teşhisinde ilk savunma hattını oluşturmaktadırlar [129, 134].

Yapılan bu düzenli muayenelerin etkili olabilmesi için diş hekimlerinin malign ve premalign lezyonların klinik görünümündeki çeşitlilikler, lezyonlarla ilişkili risk faktörleri ve ağız kanserleriyle ilgili mevcut tedaviler konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir [139].

Bu kadar geniş çaplı olarak Türkiye’de ilk kez yapılmış olduğu düşünülen bu araştırmada; yurt dışında yapılmış olan benzer çalışmalarındaki sorular örnek alınarak bir anket oluşturulmuş olup serbest çalışan diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerinin ağız kanserleri konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyleri değerlendirilmeye çalışılmış, katılımcıların genel anlamda ağız kanserleri konusundaki farkındalıklarını arttırmalarına yardımcı olmak amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya Ankara ili merkez ilçelerinde serbest çalışan pratisyen diş hekimleri ile Ankara Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi diş hekimliği fakültelerinde öğrenimlerine devam eden 4. ve 5. sınıf öğrencileri dahil edilmiştir. Anketlerin katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulması sağlanmıştır. Anket öğrenciler için 27, hekimler için 30 sorudan oluşmaktadır.

Dünya’da diş hekimlerinin ağız kanserleri konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyleri ile diş hekimlerinin ağız kanserlerinin erken teşhisindeki önemi ve rolü üzerine birçok çalışma yapılmıştır [135, 145, 150].

Bu çalışmada ankete katılan 4.sınıf öğrencilerinin %19’u (76 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %10,75’i (43 kişi), hekimlerin %19,37’si (31 kişi) tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağız kanserlerinin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyi ve bu kanserlerin klinik görünümünü teşhis edebilme yeterlilikleri sorgulandığında en yüksek oranda 4. sınıf öğrencilerinin kendilerini yetersiz gördüğü görülmektedir. Bu sonuçlar değerlendirilirken 4. sınıf öğrencilerinin bir kısmının öğrenim hayatı sırasında aldıkları eğitimin mükemmel olmasını beklemiş olabilecekleri ve sahip oldukları bilgi ve klinik deneyim konusunda mükemmel hedeflemiş olabilecekleri ya da bilgi düzeyleri aslında iyi olduğu için aldıkları eğitimin ve bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu düşünmeleri nedeniyle sonucun bu şekilde olduğu düşünülmüştür.

Bakır ve ark.’nın diş hekimliği öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu ağız kanserinden korunma ve bu hastalığın yönetimi konusunda kendilerini yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir [170].

Carter ve ark.'nın tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğrencilere yaptıkları bir anket çalışmasında son sınıftaki diş hekimliği öğrencilerinin %34'ünün ve tıp fakültesi öğrencilerinin %93'ünün oral kanserden korunma ve erken teşhis konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündükleri belirtilmiştir [150]. Öğrenciler açısından değerlendirildiğinde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla bu çalışmanın sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmüştür.

Yellowitz ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ankete katılan hekimlerin %75'i oral kanser konusunda güncel bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir [135].

Brezilya'da diş hekimlerinin ağız kanserleri konusundaki farkındalık ve bilgi düzeylerini değerlendirme amacıyla yapılan bir anket çalışmasında ankete katılan 129 hekimin %33,6'sı oral kanser konusunda iyi eğitim aldığını belirtmiştir [145].

Erbaşar ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmanın sonucunda ankete katılan hekimlerin sadece yarısının ağız kanserleriyle ilgili aldıkları eğitimden memnun olmadıkları belirtilmiştir [12].

Bu çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu aldıkları eğitimin ve sahip oldukları bilgi düzeyi ve klinik yeterliliklerinin yeterli olduğunu düşündüklerini belirtmiş ve sonuçların bazı çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmüştür [135, 137, 145].

Çalışmada katılımcıların şüpheli oluşumlar/durumlar ve risk faktörleri puanları değerlendirilmiş ve hekimlerin şüpheli oluşumlar/durumlar puanının 5. sınıf öğrencilerine göre; risk faktörleri puanının ise 4. sınıf ve 5. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar 5. sınıf öğrencilerinin bilgilerinin güncel olması ve edindikleri klinik tecrübe yardımıyla bu bilgilerin farkında olduklarını düşündürmüştür.

Hekimlerin mesleki tecrübe süreleri ile şüpheli oluşumlar/durumlar ve risk faktörleri puanları değerlendirilmiş; 15 yıl ve daha az mesleki tecrübesi olanların şüpheli oluşumlar/durumlar puanının istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 15 yıldan daha fazla mesleki tecrübesi olan meslektaşlarından daha yüksek olduğu, risk faktörleri puanında ise 15 yıldan daha fazla mesleki tecrübesi olan hekimlerin puanı mesleki tecrübesi 15 yıl ve daha az olan meslektaşlarından anlamlı derecede düşük çıktığı

görülmüştür. Bu sonuç 15 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip olan hekimlerin konuyla ilgili daha güncel bilgiye sahip olabileceklerini ve bu durumun sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmüştür.

Yapılan bir anket çalışmasında hekimler arasında; mesleki tecrübe açısından daha az mesleki tecrübeye sahip olan hekimlerle daha tecrübeli hekimler arasında sahip oldukları bilgi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir ve sonuçların bu çalışmanın sonuçlarıyla farklılık gösterdiği görülmüştür [145].

Bu çalışmada katılımcılar, ilk üç sırada azalan sırayla ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülseri, kırmızı leke ya da plak görüntüsünü ve beyaz leke ya da plak görüntüsünü ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar olarak belirtmişlerdir. Genel olarak sonuçlara bakıldığında 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin hekimlere göre daha yüksek oranlarda doğru cevaplar verdiği görülmektedir.

4. sınıf öğrencilerinin ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyi ve bu kanserin klinik görünümelerini teşhis edebilme yeterliliği konusundaki öz değerlendirmeleri ile abse ya da çıban arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İyi eğitim almadığını düşünenlerin iyi eğitim aldığını düşünenlere göre daha düşük oranlarda yanlış cevaplar verdiği görülmüştür. Bu sonuç bilgi düzeyinin yeterli olmadığını düşünen bu grubun aslında yeterli bilgi sahibi olduklarına işaret ettiğini düşündürmüştür.

5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimle ilgili düşünceleri ile ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülser, ağızda ya da dilde yanma hissi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İyi eğitim aldığını düşünenlerin iyi eğitim almadığını düşünenlere göre bu seçeneklerde daha düşük oranlarda yanlış cevaplar verdiği görülmüş ve bu sonuçlar değerlendirilirken alınan eğitimin doğru cevapların artışı üzerindeki etkili olabileceği düşünülmüştür.

Ağız içinde kanserden şüphelendirecek oluşumlar/durumlarla ilgili öğrencilere yapılan çalışmalarda öğrenciler tarafından eritroplaki ve lökoplaki oral kanserle ilişkili en bilinen iki lezyon olarak karşımıza çıkmaktadır [148, 150, 170].

Brezilyadaki diş hekimlerine yapılan çalışmada hekimlere ağız içinde şüphelendirecek oluşumlar/durumlar sorulduğunda katılımcıların sadece %25'i (33 kişi) uzun süreli iyileşmeyen ülser varlığını ağız içinde şüphelenilecek bir oluşum olarak görmüştür [145].

Kebabçioğlu ve ark.'nın çalışmasında hekimlerin sadece %64'ü oral kanserin en yaygın görülen formunu ve erken dönem lezyonlarını doğru olarak tanımlayabilmiştir. %35,9'u küçük, ağrısız, beyaz lezyonların oral kanserin erken lezyonları olduğunu, %26,5'i küçük, ağrısız, kırmızı lezyonların oral kanserin erken lezyonları olduğunu belirtmiştir [11].

Yellowitz ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada; katılımcıların %36'sı eritroplaki ve lökoplakinin oral kanserle ilişkili en sık rastlanan durumlar olduğunu belirtmiştir [135].

Bu çalışmada ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülser en yüksek oranda doğru cevaplanmasına rağmen 2. sırada kırmızı leke ya da plak görüntüsü olarak tanımlanan eritroplaki ve 3. sırada beyaz leke ya da plak olarak tanımlanan lökoplaki katılımcılar tarafından oral kanserden şüphelendirecek lezyonlar olarak doğru bilinmiştir ve yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla farklılık gösterdiği görülmüştür.

Bu çalışmada ankete katılan 960 kişi, ilk üç sırada azalan sırayla tütün ürünleri kullanılmasının, alkol kullanılmasının ve HPV'nin ağız kanserlerinin risk faktörlerinden olduğunu belirtmiştir.

Yapılan bir çalışmada ankete katılan hekimlerin %98,8'i tütünün, %91,2'si alkol kullanımının, %90'ı viral enfeksiyonların ve %86,5'i güneş ışığına maruz kalmanın risk faktörü olduğunu bilmiştir. Hekimlerin %56,5'i ileri yaşın ve %52,4'ü meyve ve sebze tüketiminin az olmasının oral kanser için risk faktörü olduğunu belirtmiştir [11]. Çalışma hekimlere yönelik olup bu çalışmayla katılımcılar açısından farklılık gösterse de başlıca 3 risk faktörü açısından her iki çalışma benzerlik göstermektedir.

Risk faktörleriyle ilgili cevaplara genel olarak bakıldığında 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin hekimlere göre daha yüksek oranlarda doğru cevaplar verdiği, 5. sınıf öğrencilerinin risk faktörleri ile ilgili soruda en yüksek oranlarda doğru cevapları veren grup olduğu görülmektedir. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimin edindikleri klinik tecrübeleriyle güçlendiği ve bu sonucun ortaya çıkmasında rolü olabileceği düşünülmüştür.

4. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağızda görülen kanserlerin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili soruya verdikleri cevap ile baharatlı ve acı yiyecekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yine 4. sınıf öğrencilerinin ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyi ve bu kanserin klinik görünümelerini teşhis edebilme yeterliliği açısından bilgi sahibi olmayla ilgili soruya verdikleri cevap ile otoimmün hastalıklar, etnik köken ve baharatlı ve acı yiyecekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde iyi eğitim almadığını düşünenlerin iyi eğitim aldığını düşünenlere göre; yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünenlerin yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlere göre daha düşük oranlarda yanlış cevaplar verdiği görülmüştür. 4. sınıf öğrencilerinin bu sonuçlarında iyi eğitim almadığını ya da bilgi düzeyinin yeterli olmadığını düşünen ve mükemmeli hedefleyen ya da yeterli bilgisi olduğu halde kendisinin yetersiz bilgiye sahip olduğunu düşünen bir grubun aslında yeterli eğitimi aldıklarını ve yeterli bilgi sahibi olduklarını gösterdiği düşünülmüştür.

5. sınıf öğrencilerinin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağızda görülen kanserlerin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili soruya verdikleri cevapla HPV ve güneş ışığına maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. HPV’de ve güneş ışığına maruz kalmada iyi eğitim aldığını düşünenler, iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha düşük oranlarda yanlış cevap vermiştir. 5. sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimin ve edindikleri klinik tecrübenin bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmüştür.

İngiltere’de diş hekimliği fakültesi ve tıp fakültesi öğrencilerine yapılan bir anket çalışmasında tıp fakültesi öğrencilerinin %93’ü sigara kullanılmasının, %33’ü alkol kullanılmasının; diş hekimliği öğrencilerinin %100’ü sigara kullanılmasının, %94’ü alkol kullanılmasının oral kanser için risk faktörü olduğunu belirtmiştir [150].

Uti ve ark.’nın Nijerya’da diş hekimliği öğrencilerine (65 kişi) yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin %89,2’si tütün kullanımının, %69,2’si alkol kullanımının risk faktörü olduğunu bilmektedir [148].

Halawany ve ark.'nın 4 Asya ülkesindeki 1553 diş hekimliği öğrencisiyle yürüttükleri bir çalışmada öğrencilerin %96,3'ü sigaranın oral kanserle ilişkili olduğunu bildiği belirtilmiştir [164].

Hekimlerde risk faktörleri puanı bakımından iyi eğitim aldığını düşünenlerle iyi eğitim almadığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olamamakla birlikte iyi eğitim aldığını düşünenlerin risk faktörleri puanı iyi eğitim almadığını düşünenlere göre daha düşüktür. Hekimlerin tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağızda görülen kanserlerin teşhis yöntemleri hakkında aldıkları eğitimle ilgili soruya verdikleri cevapla kötü oral hijyen arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İyi eğitim almadığını düşünenler, iyi eğitim aldığını düşünenlere göre daha düşük oranda yanlış yanıt vermiştir. Bu durum; hekimler arasında da mükemmeli hedefleyen ya da yeterli bilgiye sahip olsa da bilgisinin yetersiz olduğunu düşünen bir grubun olabileceğini ve bu sonuçlarda etkili olabileceğini düşündürmüştür.

Yellowitz ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada; hekimlerin %99,6'sı tütün ürünlerinin kullanılmasının, %91'i alkol kullanılmasının ve %98'i güneş ışığına maruz kalmanın oral kanserin risk faktörlerinden olduğunu bilmiş, sadece %30'u oral kanserde yaşın bir risk faktörü olduğunu bilmiştir [135].

Bu çalışmada tütün ürünleri ve alkol kullanımının hem öğrenciler hem de diş hekimleri arasında en bilinen risk faktörlerinden olduğu ortaya çıkmış, ancak yapılan benzer çalışmalardan farklı olarak HPV'nin 2. en bilinen risk faktörü olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hem diş hekimliği öğrencileri hem de diş hekimlerinin ağız kanserlerinde enyüksek oranlarda sigara ve alkol kullanımını risk faktörü olarak değerlendirdiği, diğer risk faktörleri konusunda yine bu çalışmaya paralel olarak daha az kişinin doğru bilgi sahibi oldukları görülmüştür [135, 139, 145, 160, 162, 164, 170].

Ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %81,25'i (325 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin %80,25'i (321 kişi), hekimlerin %80'i (128 kişi) muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastada tam bir ağız içi ve ağız dışı muayenesi yaptıklarını belirtmişlerdir. Erbaşar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada katılımcıların %19,9'unun ilk randevuda hastalarına ağız kanseri muayenesi yaptıkları belirtilmiştir [12]. İki çalışma arasında farklılığın sebebinin bu çalışmadaki sorunun sadece oral kanser açısından muayeneyi kast etmemesi, oral kanser muayenesini

de içeren tam bir ağız içi ve ağız dışı muayeneyi ifade etmesi ve Erbaşar ve ark.'nın çalışmasındaki soruda özellikle oral kanser muayenesini sorgulamaları olduğu düşünülmüştür. Yurt dışında yapılan benzer çalışmalarda ise katılımcıların oral kanser muayenesi yapıp yapmadıkları sorgulanmış ve oral kanser açısından muayene yapma oranları bu çalışmadaki "tam bir ağız içi ve dışı muayenesi yapılması"ndaki oranlarla benzer çıktığı görülmüştür [135, 136, 147, 170]. Ancak soru içeriğinin farklı olması nedeniyle karşılaştırma yapmanın sağlıklı olmayacağı düşünülmüştür.

Hastanın muayenesi sırasında ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelenilen bir lezyonla karşılaşma oranları 4. sınıf öğrencilerinde en azken, hekimlerde en yüksektir. Hekimlerin öğrencilere göre, 5. sınıf öğrencilerinin de 4. sınıf öğrencilerine göre daha fazla şüpheli lezyonla karşılaşmış olma durumu değerlendirildiğinde; zaman içinde karşılaşılan toplam hasta sayısının fazlaşmasının ve beraberinde getirdiği klinik tecrübe ve gözlem yeteneğindeki artışın bu sonuca ulaştırdığı düşünülmüştür.

Yapılan başka çalışmalarda hekimlerin veya öğrencilerin benzer ya da daha yüksek oranlarda oral kanserli hastalarla karşılaştığı bildirilmiştir [145, 150, 188]. Kanser oranlarının topluluklara ya da ülkelere göre değişiklik göstermesinin bu farklılığın sebebi olabileceği düşünülmüştür.

Muayene amacıyla gelen hastanın ağız içi muayenesine ayrılan süreler ve lezyonla karşılaşma durumu arasında 4. ve 5. sınıf öğrencileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ancak hekimler için toplam muayene süresinin %50'sinden daha fazlasını ağız içi muayeneye ayıranlar ile lezyonla karşılaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlk kez gelen bir hastada toplam muayene süresinin yarısından daha fazlasını oral kavite muayenesine ayıran hekimlerin ayırmayan hekimlere göre şüpheli bir lezyonu saptama ihtimalinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Leao ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmanın sonucu ile bu çalışmanın sonucunun benzer olduğu görülmüştür [145].

Çalışmalar arasındaki farklılıkların sebebinin Türkiye'de hekim başına düşen hasta sayısının yurt dışındaki meslektaşlarıyla kıyaslandığında daha fazla olması sonucunda hasta başına düşen muayene süresinin daha az olmasının, hekimlerin dental sorunlar yerine

oral kanser muayenesine vakit ayırmak istememesinin, hekimlerin kendi sorumluluk alanı olarak sadece dental sorunları görmesinin sebep olabileceği düşünülmüştür [189].

Hastalarında kanser olabileceğinden şüphelendikleri bir lezyonla karşılaşan öğrencilerin çoğunluğu hastalarını baş- boyun kanseriyle ilgili bir bölüme yönlendirmek konusunda asistanlarından ya da hocalarından yardım istedikleri, hekimlerin ise büyük bir kısmının hastasını baş- boyun kanseriyle ilgili bir bölüme yönlendirdikleri ya da konuyla ilgili bir uzman meslektaşından yardım istediği görülmektedir.

Gellrich ve ark. yaptıkları bir çalışmada ağız kanseri olan hastalarda semptomların ilk ortaya çıkışı ve oral cerrahın ilk muayenesi arasında geçen sürenin ortalama olarak 4,9 ay olduğunu belirtmişlerdir [190]. Danimarkalı hastalarda yapılan bir çalışmada da benzer sonuç olduğu görülmüştür [191]. Hastalığın daha ileri evrelerde olma ihtimali; teşhisinde gecikme olan hastalarda, semptomların ortaya çıkışı ve hastanın sevk edilmesi arasında kısa süre olan hastalara göre daha fazladır. Sağlık çalışanları bu ilişkinin önemli bir parçasıdır [9].

Ankete katılan öğrencilerin ve hekimlerin çoğu şüphelendikleri lezyondan biyopsi aldıklarını, biyopsi alınması için hastayı yönlendirdiklerini ya da biyopsi almak için yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçların olduğu görülmüştür [145, 148]. Hekimlerin ve öğrencilerin tanı koyma ve hastalara yönlendirme konusunda bilinç sahibi oldukları düşünülmektedir.

Ağızda kanser açısından şüphelendikleri bir lezyon gördüklerinde toplam katılımcıların %74,48'inin (715 kişi) hastalarını Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü'ne yönlendirdikleri, %18,23'ünün (175 kişi) hastalarını Kulak Burun Boğaz Bölümü'ne yönlendirdikleri görülmektedir.

Katılımcıların %81,04'ünün (778 kişi) hastalarını ya da yakınlarını ağız kanserinin teşhisi amacıyla yönlendirmek için bildikleri bir merkez olmadığı görülmüştür. Katılımcıların hastalarını yönlendirmek amacıyla seçtikleri merkezler en yüksek oranda diş hekimliği fakülteleri, tıp fakülteleri ile Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümüdür. Türkiye'de bu anlamda özelleşmiş merkezler bulunmamaktadır ancak tıp fakülteleri bu hastaların bakımı

ve tedavileriyle ilgilenebilecek donanıma sahiptir. Diş hekimliği fakültelerinde ne yazık ki hastaların tam teşekküllü tedavisi ve bakımı sağlanamamaktadır.

Yapılan çalışmalarda hekimlerin ve öğrencilerin oral kanserli hastaları yönlendirmek için çoğunlukla Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi ve Ağız Hastalıkları bölümlerini tercih ettiği görülmüştür [135, 139, 145, 170]. Diş hekimliği bölümleri arasında Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Bölümü'nün şüpheli lezyonlara yaklaşım konusunda en yeterli ve donanımlı bölüm olduğu için beklenen bir sonuç olduğu düşünülmüştür.

Toplam katılımcıların %92,19'u (885 kişi) cerrahi tedavinin, %87,50'si (840 kişi) radyoterapinin, %83,65'i (803 kişi) kemoterapinin ağız kanserinin tedavisinde kullanıldığını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada kemoterapi diş hekimlerinin %60,8'i tarafından olası tedavi seçeneği olarak değerlendirilmiştir. [139] Kemoterapi kanser tedavilerinde kullanılan 3 temel tedaviden biri olmakla birlikte radyoterapi ve cerrahi tedaviyle birlikte kullanılmalıdır [129]. Ankete katılanların %1,25'i tedavi seçeneği olarak "Diğer" i seçmiş ancak açıklama yapmamıştır. Kanser tedavisinde immünoterapi, biyoterapi, gen terapisi, kanser aşısı gibi güncel yaklaşımlar mevcuttur [129]. Hekimlerin "Diğer" seçeneğini işaretleyip açıklama yapmamaları, açıklama yapmamış hekimlerin güncel tedaviler konusunda gelişmeleri takip etmediğini düşündürmüştür.

Katılımcıların 1. grup içinde ağız tabanını, 2. grup içinde yumuşak damağı ve 3. grup içinde yanak, dudak ve diş etlerini ağız içi muayenede malign lezyonların yerleşimi açısından daha fazla dikkat edilmesi gereken alanlar olarak tercih ettikleri görülmüştür.

Yapılan benzer çalışmalarda ağız kanserleri açısından en riskli iki alan olan dil ve ağız tabanı çalışmalara katılan hekimlerin ve öğrencilerin çoğu tarafından doğru bilinmiştir [135, 141, 159, 161, 170]. Bu çalışmadaki sonuçların diğer çalışmalardaki sonuçlardan farklılığın sebebinin gruplandırma tarzının farklı olması ve hekimlerin bu gruplar arasında seçim yapması olduğu düşünülmüştür. Bu gruplandırma ve cevapların bölünmesi çalışmanın zayıf bir noktasıdır.

Ağız kanserlerinin yerleşim sıklığı açısından dil en sık yerleşim alanıdır. Bunu ağız tabanı, dudaklar, bukkal mukoza ve diş eti, sert ve yumuşak damak izlemektedir [106]. Bu bilgiler

ışığında çalışmaya katılan hekimlerin ve öğrencilerin bu konudaki bilgilerinin eksik veya yanlış olduğu anlaşılmaktadır.

Diğer yandan Türkiye’de oral kanserli hastalara yönelik yapılan iki retrospektif çalışmada en sık yerleşim alanlarının sırasıyla dil ve dudak olduğu görülmüştür [186, 187]. Ağız kavitesi ve farenkste anatomik bölgelere göre görülen kanser insidansları kültürlere özel baskın risk faktörlerine bağlı olarak geniş coğrafik çeşitlilik göstermektedir [16]. Örneğin; ultraviyole ışınlarının neden olduğu dudak kanseri açık ten rengine sahip toplumlarda daha fazla görülürken, Orta Asya ve Hindistan alt kıtasında yaygın olarak görülen tütün ve betel çiğneme bukkal ve retromolar bölgeleri etkilemektedir [16]. Bu durumun yapılan bu iki çalışmanın verilerinin diğer çalışmalardan farklı olmasının nedeni olabileceği unutulmamalıdır.

Bu çalışmada ankete katılan 4. sınıf öğrencilerinin %44’ü (176 kişi), 5. sınıf öğrencilerinin % 48,5’i (194 kişi), hekimlerin %50’si (80 kişi) ağız kanserinin teşhisinde kendi kendini muayene etme teknikleri hakkında bilgileri olduğunu belirtmişlerdir. Hindistan’da toplumun bilinçlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada kendi kendini muayene etmenin öğretildiği eğitimden sonra toplum arasında oral kanser farkındalığı ve oral kanserin risk faktörleri ile ilgili bilgilerde %80 artış sağlandığı bildirilmiştir [174]. Singh ve ark.’nın Hindistan’da sağlıkla ilgili eğitimin oral kanser ve kendi kendini muayene hakkındaki farkındalığa etkileri üzerine bir çalışma yapmışlar ve eğitim verildikten sonra çalışmaya katılanlarda bu konudaki farkındalığın anlamlı olarak artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan 85 kişinin 77’si aldıkları eğitim sonrasında ağızlarını kendi kendilerine muayene etmişler ve 9 kişi ağızında lezyon olduğunu tespit etmiştir [192]. Kendi kendini muayene meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan etkili bir yöntemdir ve bu yöntem oral kanserin erken teşhisinde de kullanılabilir [193].

Bu çalışmada hekimlerin yaklaşık üçte ikisi fakülteden mezun olduktan sonra bir kursa gittiklerini belirtmişlerdir. Katıldıkları kursların dağılımına bakıldığında en fazla olarak implantoloji ,estetik diş hekimliği ve endodonti kurslarına katılım gösterildiği görülmektedir. Ankete katılan hekimlerin %58,75’i (94 kişi) son iki yıl içinde bir eğitim programına (kongre, toplantı, sempozyum, seminer gibi) katıldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin en çok implantoloji, estetik diş hekimliği, genel diş hekimliği konulu eğitim programlarına katıldıkları görülmektedir.

Erbaşar ve ark.'nın yaptıkları çalışmada hekimlerin %41,5'inin mezuniyet sonrasında ağız kanseri konusunda herhangi bir eğitim faaliyetinde yer almadıkları görülmüştür [12]. Ancak bu çalışmada açık uçlu olarak sorulan bu soruda hekimlerden sadece 1 kişi "oral kavite lezyonları" konusunda bir eğitim programına katıldığını bildirmiştir. Bu sonuç; ülkemizde diş hekimlerinin mesleki sınırlarını sadece dental sorunları çözmek olarak gördüklerini ve maddi getirisi en yüksek olan dental tedaviler konusunda kendilerini geliştirmeyi önemli gördüklerini düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalarda mezuniyet sonrasında konuyla ilgili eğitim almaya devam eden hekimlerin eğitim almayan hekimlere kıyasla oral kanserin risk faktörleri, oral kanserde muayene, şüpheli lezyonlardan biyopsi alma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür [157, 160, 169]. Amerika'da bir yönetmelikle tüm diş hekimlerinin oral kanserin erken tanısı ve önlenmesi konusunda 2 saatlik eğitim almaları yasal bir zorunluluk olmuştur [194].

Katılımcılara malign lezyonların erken teşhisinin önemi sorulduğunda %21,35'i (205 kişi) erken teşhisin hayat kurtaracağını, %13,12'si (126 kişi) prognozu iyileştireceğini belirtmiş, üçte biri (%33,02) soruya cevap vermemiştir. Bu sonuçlar hekimlerin malign lezyonlarda erken teşhisin önemi konusunda yeterince farkındalık sahibi olmadıklarını düşündürmektedir.

Ankete ilave etmek istedikleri bir şey olup olmadığı sorulan katılımcıların %98,65'i (947 kişi) bu soruya cevap vermemiş, %0,52'si (5 kişi) konuyla ilgili daha fazla kurs düzenlemesi gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcıların yanıtları değerlendirildiğinde konuyla fazla ilgilenmedikleri ve bu yönde bir talepleri olmadığı düşünülmüştür. 2008 yılında Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nin düzenlediği Ağız Kanserleri 1. Ulusal Sempozyumu yapılmış ancak devamlı hale getirilememiştir. Türk Diş Hekimleri Birliği'nin (TDB) etkinlik arşivinde 2016 yılında diş hekimlerine yönelik Ankara'da oral kanser konusunda 3 adet konferans düzenlendiği görülmüştür. Yine TDB'nin 2017 Öğrenci Kongresi'nde 2 oturumun oral kanserle ilgili konulara ayrıldığı görülmüş, arşivden daha eski kongre programlarına ulaşılamamıştır. Ankara Diş hekimleri Odası'nın etkinlikleri incelendiğinde diş hekimlerine yönelik olarak

2017 yılında konuya yönelik sadece bir panel düzenlediği görülmüştür. Bu konuda diş hekimlerine ve diş hekimliği öğrencilerine yönelik eğitimlerin yetersiz olduğu açıktır.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a göre "Diş Hekimi, insan sağlığına ilişkin olarak dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla komşuluğu olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhisi ve tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkili kişidir." Diş hekimliği devamlı gelişim içinde olan bir meslek dalıdır. Gelişimdeki bu süreklilik ve klasik diş hekimliği eğitiminin kapsamı göz önüne alındığında diş hekimleri mesleklerini sürdürürken de eğitimlerine devam etmekle, mesleklerinin gerektirdiği bilgileri devamlı güncel tutmakla yükümlüdürler. Çalışmanın sonuçları hekimlerin mali getirisi yüksek olan diş hekimliği uygulamaları konusunda istekli olduklarını, ancak ağız kanserinin erken teşhisi gibi hayati önem taşıyan bir konuda ilgisiz ve yetersiz olduklarını düşündürmüştür.

Avrupa'daki diş hekimlerinin mesleklerini sürdürme şartlarına bakıldığında her yıl kongre, seminer gibi etkinliklere katılımın zorunlu olduğu, bazı ülkelerde hekimlerin belirli aralıklarla mesleki sınavlara tabi tutuldukları bilinmektedir. Türkiye'de bu açıdan ciddi yetersizliklerin olduğu açıktır. Diş hekimleri birlikleri, odalar, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı da diş hekimliği öğrencilerinin ve diş hekimlerinin sürekli eğitime destek vermeli, bu konuyla ilgili daha fazla kurs, eğitim programı, sempozyum düzenlemelidir. Diğer yandan bu çalışmanın sonuçlarının tüm Türkiye'deki diş hekimlerini ve diş hekimliği öğrencilerini temsil etmediği unutulmamalıdır.



6. SONUÇ

Ankara’da serbest çalışan 160 diş hekimin ve 800 diş hekimliği öğrencisinin katıldığı bu anket çalışmasında hekimlerin ve hekim adaylarının oral kanserin risk faktörleri, şüpheli lezyonlar, ağız içindeki sık yerleşim alanları, tedaviler ve güncel yaklaşımlar konularındaki sorulara verdikleri cevaplar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hekimlerin ve hekim adaylarının çoğunluğunun ağız kanserleri konusunda iyi eğitim aldıklarını ve bilgi sahibi olduklarını düşündükleri belirlenmiştir.
- Oral kanserin risk faktörleri konusundaki soruda en bilinen 2 risk faktörü olan tütün ürünleri ve alkol katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından doğru bilinmiş, literatürdeki verilerden farklı olarak HPV 2. en bilinen risk faktörü olarak belirtilmiş, ancak diğer risk faktörleri konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı görülmüştür.
- Ağız içinde kanserden şüphelendirecek bir oluşum/durum sorusuna hekimlerin ve hekim adaylarının büyük çoğunluğu kırmızı leke ya da plak görünümü ile beyaz leke ya da plak görünümünü doğru bilmiş, literatürdeki verilerden farklı olarak ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülser en yüksek oranda işaretlenmiş, ancak diğer şüpheli lezyonlar konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı görülmüştür.
- Oral kanserin ağız içinde en sık yerleşim gösterdiği alanlar sorulduğunda doğru cevap dil olmasına rağmen hekimlerin ve hekim adaylarının en yüksek oranda ağız tabanını işaretlediği görülmüştür.
- Mezuniyet sonrasında katıldıkları kurslar ve aldıkları eğitimlerle ilgili sorularda hekimlerin diş hekimliğinin özellikle maddi getirisi çok olan implantoloji ve estetik diş hekimliği alanlarına yöneldikleri görülmüştür.
- Ankara’da hizmet veren serbest pratisyen diş hekimlerinin belli bir kısmını kapsayan bu çalışmanın sonucunda elde edilen bilgiler ışığında genel olarak diş hekimlerinin konu ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı görülmektedir.

- Hekimler ve öğrenciler arasında bir değerlendirme yapıldığında 5. sınıf öğrencilerinin genel olarak diğer iki gruptan daha fazla doğru bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir.
- GLOBOCAN'ın son verilerine göre Türkiye'de azımsanmayacak kadar oral kanser vakası ve bu kansere bağlı ölüm tespit edilmiştir. Buna paralel olarak oral kanser konusunda toplumun bilinçlendirilmesi ve oral kanserin erken teşhisi ile hastaların prognozu iyileştirilebileceği için özellikle ağızla direkt ilişki içinde olan diş hekimlerinin bu konuda farkındalıklarının ve bilgilerinin arttırılması gerekmektedir.

Türkiye genelindeki farkındalığı daha iyi değerlendirmek için diğer şehirlerde ve daha fazla sayıda diş hekimine ulaşılan ve bunun yanı sıra, tıp hekimlerini de kapsayan çalışmalar yapılması gerekliliği açıktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. Cancer. Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/en/>. Accessed 12.01.2018.
2. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today. Available from: URL: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=29&type=0&sex=0>. Accessed 12.01.2018.
3. Shield KD, Ferlay J, Jemal A, Sankaranarayanan R, Chaturvedi AK, Bray F, et al. The global incidence of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers by subsite in 2012. *CA Cancer J Clin* 2017; 67(1): 51-64.
4. Yıldırım B, Şengüven B, Barış E, Gültekin SE. Potansiyel Malign Bozukluklar Ve Ağız Kanseri Şüphesi Bulunan Lezyonlara Yaklaşım Ve Diş Hekimlerinin Erken Tanıdaki Rolü. *Ankara Diş Hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi* 2011; 5: 881-6.
5. Lestón JS, Dios PD. Diagnostic clinical aids in oral cancer. *Oral Oncol* 2010; 46(6): 418-22.
6. Poh CF, Williams PM, Zhang L, Rosin MP. Heads up!: A call for dentists to screen for oral cancer. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(5): 413-6.
7. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* 2005; 365(9475): 1927-33.
8. Pulte D, Brenner H. Changes in survival in head and neck cancers in the late 20th and early 21st century: A period analysis. *The Oncologist* 2010; 15(9): 994-1001.
9. Seoane J, Alvarez–Novoa P, Gomez I, Takkouche B, Diz P, Warnakulasiruya S, et al. Early oral cancer diagnosis: The Aarhus statement perspective. A systematic review and meta- analysis. *Head Neck* 2016; 38(S1): 2182-9.
10. Tanyeri H, Ofluoğlu D, Karataşlı G, Yılmaz R. ORal kanserlerin erken teşhisinde diş hekimlerinin rolü: İki olgu nedeniyle . *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 2008; 42(3-4):11-6.
11. Kebabcıoğlu Ö, Pekiner FN. Assessing Oral Cancer Awareness Among Dentists. *J Cancer Educ* 2017; 32: 1-7.
12. Erbaşar NG, Alpaslan C. Ağız kanserinin önlenmesi ve erken teşhisi konusunda Ankara'daki diş hekimlerinin farkındalığı. *Acta Oncologica Turcica* 2017; 50: 139-147.
13. Cancer Research UK. What is Cancer? Available from: URL: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer>. Accessed 12.01.2018.
14. Johns Hopkins Medicine Pathology. What are Tumors? Available from: URL: <http://pathology.jhu.edu/pc/BasicTypes1.php?area=ba>. Accessed 12.01.2018.

15. Medical Dictionary. Available from: URL: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/malignant+neoplasm>. Accessed 12.01.2018.
16. Johnson NW, Gupta B, Ariyawardana A, Amarasinghe H. Epidemiology and Site-Specific Risk Factors for Oral Cancer. In: KuriakoseMA, editor. *Contemporary Oral Oncology*. Springer 2017; 103-53.
17. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45(4): 309-16.
18. Al Bulushi NM, Macpherson LM, Worlledge-Andrew H, Gibson J, Ross AJ, Conway DI. A protocol for a systematic review of clinical guidelines and published systematic reviews on the early detection of oral cancer. *Translational Research in Oral Oncology* 2016; 1: 1-6.
19. Remmerbach TW, Meyer- Ebrecht D, Aach T, Würflinger T, Bell AA, Schneider TE, et al. Toward a multimodal cell analysis of brush biopsies for the early detection of oral cancer. *Cancer Cytopathology* 2009; 117(3): 228-35.
20. Baykul T, Yilmaz H, Aydin Ü, Aydin M, Aksoy M, Yildirim D. Early diagnosis of oral cancer. *J Int Med Res* 2010; 38(3): 737-49.
21. Koch FP, Kunkel M, Biesterfeld S, Wagner W. Diagnostic efficiency of differentiating small cancerous and precancerous lesions using mucosal brush smears of the oral cavity—A prospective and blinded study. *Clinical Oral Investigations* 2011; 15(5): 763-9.
22. Psoter WJ, Morse DE, Sánchez-Ayendez M, Vega CMV, Aguilar ML, Buxó-Martinez CJ, et al. Increasing opportunistic oral cancer screening examinations: Findings from focus groups with general dentists in Puerto Rico. *J Cancer Educ* 2015; 30(2): 277-83.
23. Lim K, Moles D, Downer M, Speight P. Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: Results of a demonstration study. *Br Dent J* 2003; 194(9): 497-502.
24. Sadık E, Alkurt MT. Oral mukozanın şüpheli lezyonlarının teşhisinde kullanılan yardımcı yöntemler. *Acta Odontologica Turcica* 2012; 29(3):201-8.
25. Epstein JB, Kish RV, Hallajian L, Sciubba J. Head and neck, oral, and oropharyngeal cancer: A review of medicolegal cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119(2): 177-86.
26. Johnson NW, Warnakulasuriya S, Gupta P, Dimba E, Chindia M, Otoh E, et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: Causes and solutions. *Advances in Dental Research* 2011; 23(2): 237-46.
27. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136(5): 359-86.

28. International Agency for Research on Cancer (France). Betel-quid and areca-nut chewing and some areca-nut related nitrosamines. In: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon: IARC; 2004.
29. Reichman ME, Kelly JJ, Kosary CL, Coughlin SS, Jim MA, Lanier AP. Incidence of cancers of the oral cavity and pharynx among American Indians and Alaska Natives, 1999–2004. *Cancer* 2008; 113(S5): 1256-65.
30. Gourin CG, Podolsky RH. Racial disparities in patients with head and neck squamous cell carcinoma. *The Laryngoscope* 2006; 116(7): 1093-106.
31. Nichols AC, Bhattacharyya N. Racial differences in stage and survival in head and neck squamous cell carcinoma. *The Laryngoscope* 2007; 117(5): 770-5.
32. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER). SEER cancer statistics review 1975–2004. Available from: URL: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html> Accessed 12.01.2018.
33. Johnson N. Aetiology and risk factors for oral cancer. In: Shah J, Johnson NW, Batsakis JG, editors. *Oral Cancer*. 1st ed: Martin Dunitz, 2003;33-75.
34. Gupta B, Johnson NW. Emerging and established global life-style risk factors for cancer of the upper aero-digestive tract. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014; 15(15): 5983-91.
35. Lu YC, Chang JTC, Huang YC, Huang CC, Chen WH, Lee LY, et al. Combined determination of circulating miR-196a and miR-196b levels produces high sensitivity and specificity for early detection of oral cancer. *Clin Biochem* 2015; 48(3): 115-21.
36. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2016; 12(2): 458-63.
37. Harris CM, Ghali GE. Oral Cancer: Etiology, Diagnosis, Classification and Staging. In: Milaro MM, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD, editors. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery* 3rd ed. Connecticut: People's Medical Publishing House, 2011; 677-692.
38. The Oral Cancer Foundation. Understanding. Available from: URL: <http://oralcancerfoundation.org/understanding>. Accessed 12.01.2018.
39. Jovanovic A, Schulten EA, Kostense PJ, Snow GB, Waal I. Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med* 1993; 22(10): 459-62.
40. Klotch DW, Muro-Cacho C, Gal T. Factors affecting survival for floor-of-mouth carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122(4): 495-8.
41. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Biörklund A, et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer* 1998; 82(7): 1367-75.

42. Andre K, Schraub S, Mercier M, Bontemps P. Role of alcohol and tobacco in the aetiology of head and neck cancer: A case-control study in the Doubs region of France. *European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology* 1995; 31(5): 301-9.
43. National Cancer Institute (US). Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Prevention. Physician Data Query (PDQ®). Screening and Prevention Editorial Board. [cited 2017 April 28]. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65979/>. Accessed 12.01.2018.
44. Islami F, Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, Jenab M, Scotti L, et al. Alcohol drinking and esophageal squamous cell carcinoma with focus on light- drinkers and never- smokers: A systematic review and meta- analysis. *Int J Cancer* 2011; 129(10): 2473-84.
45. Muwonge R, Ramadas K, Sankila R, Thara S, Thomas G, Vinoda J, et al. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: A nested case-control design using incident cancer cases. *Oral Oncol* 2008; 44(5): 446-54.
46. Lubin JH, Gaudet MM, Olshan AF, Kelsey K, Boffetta P, Brennan P, et al. Body mass index, cigarette smoking, and alcohol consumption and cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx: Modeling odds ratios in pooled case-control data. *Am J Epidemiol* 2010; 171(12): 1250-61.
47. Castellsagué X, Quintana MJ, Martínez MC, Nieto A, Sanchez MJ, Juan A, et al. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer* 2004; 108(5): 741-9.
48. Zheng T, Boyle P, Hu H, Duan J, Jiang P, Ma D, et al. Tobacco smoking, alcohol consumption, and risk of oral cancer: A case-control study in Beijing, People's Republic of China. *Cancer Causes Control* 1990; 1(2): 173-9.
49. Znaor A, Brennan P, Gajalakshmi V, Mathew A, Shanta V, Varghese C, et al. Independent and combined effects of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking on the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancers in Indian men. *Int J Cancer* 2003; 105(5): 681-6.
50. Anaya-Saavedra G, Ramírez-Amador V, Irigoyen-Camacho ME, García-Cuellar CM, Guido-Jiménez M, Méndez-Martínez R, et al. High association of human papillomavirus infection with oral cancer: a case-control study. *Arch Med Res* 2008; 39(2): 189-97.
51. Guha N, Warnakulasuriya S, Vlaanderen J, Straif K. Betel quid chewing and the risk of oral and oropharyngeal cancers: A meta- analysis with implications for cancer control. *Int J Cancer* 2014; 135(6): 1433-43.
52. Balaram P, Sridhar H, Rajkumar T, Vaccarella S, Herrero R, Nandakumar A, et al. Oral cancer in southern India: The influence of smoking, drinking, paan- chewing and oral hygiene. *Int J Cancer* 2002; 98(3): 440-5.

53. Herrero R, Castellsagué X, Pawlita M, Lissowska J, Kee F, Balaram P, et al. Human papillomavirus and oral cancer: the International Agency for Research on Cancer multicenter study. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95(23): 1772-83.
54. Sankaranarayanan R, Duffy SW, Padmakumary G, Day NE, Nair MK. Risk factors for cancer of the buccal and labial mucosa in Kerala, Southern India. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44(4): 286-92.
55. Ko YC, Huang YL, Lee CH, Chen MJ, Lin LM, Tsai CC. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(10): 450-3.
56. Garrote LF, Herrero R, Reyes RO, Vaccarella S, Anta JL, Ferbeye L, et al. Risk factors for cancer of the oral cavity and oro-pharynx in Cuba. *British Journal of Cancer* 2001; 85(1): 46-54.
57. International Agency for Research on Cancer (France). World cancer report. Diet and nutrition. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003.
58. Zheng T, Boyle P, Willett WC, Hu H, Dan J, Evstifeeva TV, et al. A case-control study of oral cancer in Beijing, People's Republic of China. Associations with nutrient intakes, foods and food groups. *European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology* 1993; 29(1): 45-55.
59. Freedman ND, Park Y, Subar AF, Hollenbeck AR, Leitzmann MF, Schatzkin A, et al. Fruit and vegetable intake and head and neck cancer risk in a large United States prospective cohort study. *Int J Cancer* 2008; 122(10): 2330-6.
60. Franceschi S, Favero A, Conti E, Talamini R, Volpe R, Negri E, et al. Food groups, oils and butter, and cancer of the oral cavity and pharynx. *British Journal of Cancer* 1999; 80(3-4): 614-20.
61. Hirota SK, Braga FP, Penha SS, Sugaya NN, Migliari DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients: A comparative analysis. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2008; 13(4): 227-31.
62. Jeng JH, Chang M, Hahn L. Role of areca nut in betel quid-associated chemical carcinogenesis: Current awareness and future perspectives. *Oral Oncol* 2001; 37(6): 477-92.
63. Bernzweig E, Payne JB, Reinhardt RA, Dyer JK, Patil KD. Nicotine and smokeless tobacco effects on gingival and peripheral blood mononuclear cells. *J Clin Periodontol* 1998; 25(3): 246-52.
64. Hashibe M, Mathew B, Kuruvilla B, Thomas G, Sankaranarayanan R, Parkin DM, et al. Chewing tobacco, alcohol, and the risk of erythroplakia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9(7): 639-45.
65. Dikshit RP, Kanhere S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: A population-based case-control study in Bhopal, India. *Int J Epidemiol* 2000; 29(4): 609-14.

66. Oreggia F, de Stefani E, Correa P, Fierro L. Risk factors for cancer of the tongue in Uruguay. *Cancer* 1991; 67(1): 180-3.
67. Pintos J, Franco EL, Oliveira BV, Kowalski LP, Curado MP, Dewar R. Mate, coffee, and tea consumption and risk of cancers of the upper aerodigestive tract in southern Brazil. *Epidemiology* 1994; 5(6): 583-90.
68. Benner SE, Winn RJ, Lippman SM, Poland J, Hansen KS, Luna MA, et al. Regression of oral leukoplakia with α -tocopherol: A community clinical oncology program chemoprevention study. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(1): 44-7.
69. Stryker WS, Kaplan LA, Stein EA, Stampfer MJ, Sober A, Willett WC. The relation of diet, cigarette smoking, and alcohol consumption to plasma beta-carotene and alpha-tocopherol levels. *American Journal of Epidemiology* 1988; 127(2): 283-96.
70. Radoï L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: The importance of a standardized case definition. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(2): 97-109.
71. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: A meta-analysis. *The Lancet* 2007; 370(9581): 59-67.
72. Chow CW, Tabrizi SN, Tiedemann K, Waters KD. Squamous cell carcinomas in children and young adults: A new wave of a very rare tumor? *J Pediatr Surg* 2007; 42(12): 2035-9.
73. Kruse AL, Grätz KW. Oral carcinoma after hematopoietic stem cell transplantation—A new classification based on a literature review over 30 years. *Head & Neck Oncology* 2009; 1(1): 1-6.
74. Öhman J, Rexius H, Mjörnstedt L, Gonzalez H, Holmberg E, Dellgren G, et al. Oral and lip cancer in solid organ transplant patients—A cohort study from a Swedish Transplant Centre. *Oral Oncol* 2015; 51(2): 146-50.
75. López-Pintor RM, Hernández G, de Arriba L, de Andrés A. Lip cancer in renal transplant patients. *Oral Oncol* 2011; 47(1): 68-71.
76. van Leeuwen MT, Grulich AE, McDonald SP, McCredie MR, Amin J, Stewart JH, et al. Immunosuppression and other risk factors for lip cancer after kidney transplantation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(2): 561-9.
77. Ji J, Hemminki K. Occupation and upper aerodigestive tract cancers: A follow-up study in Sweden. *J Occup Environ Med* 2005; 47(8): 785-95.
78. Purdue MP, Järholm B, Bergdahl IA, Hayes RB, Baris D. Occupational exposures and head and neck cancers among Swedish construction workers. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 270-5.
79. Coble JB, Brown LM, Hayes RB, Huang W-Y, Winn DM, Gridley G, et al. Sugarcane farming, occupational solvent exposures, and the risk of oral cancer in Puerto Rico. *J Occup Environ Med* 2003; 45(8): 869-74.

80. Cruz I, Van Den Brule AJ, Brink AA, Snijders PJ, Walboomers JM, Van Der Waal I, et al. No direct role for Epstein- Barr virus in oral carcinogenesis: A study at the DNA, RNA and protein levels. *Int J Cancer* 2000; 86(3): 356-61.
81. Karim-Kos HE, de Vries E, Soerjomataram I, Lemmens V, Siesling S, Coebergh JWW. Recent trends of cancer in Europe: A combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *Eur J Cancer* 2008; 44(10): 1345-89.
82. Swanson GM, Belle SH. Cancer morbidity among woodworkers in the US automotive industry. *J Occup Environ Med* 1982; 24(4): 315-9.
83. Ruder AM, Ward EM, Brown DP. Mortality in dry- cleaning workers: An update. *Am J Ind Med* 2001; 39(2): 121-32.
84. Vaughan TL, Stewart PA, Davis S, Thomas DB. Work in dry cleaning and the incidence of cancer of the oral cavity, larynx, and oesophagus. *Occup Environ Med* 1997; 54(9): 692-5.
85. Huebner WW, Schoenberg JB, Kelsey JL, Wilcox HB, McLaughlin JK, Greenberg RS, et al. Oral and pharyngeal cancer and occupation: A case-control study. *Epidemiology* 1992; 3: 300-9.
86. Ke LD, Adler-Storthz K, Mitchell MF, Clayman G, Chen Z. Expression of human papillomavirus E7 mRNA in human oral and cervical neoplasia and cell lines. *Oral Oncol* 1999; 35(4): 415-20.
87. Tezal M, Sullivan MA, Reid ME, Marshall JR, Hyland A, Loree T, et al. Chronic periodontitis and the risk of tongue cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133(5): 450-4.
88. Tezal M, Sullivan MA, Hyland A, Marshall JR, Stoler D, Reid ME, et al. Chronic periodontitis and the incidence of head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(9): 2406-12.
89. Yücetaş Ş. Ağız ve çevre dokusu hastalıkları. 1. baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2005.
90. Shore- Freedman E, Abrahams C, Recant W, Schneider AB. Neurilemmomas and salivary gland tumors of the head and neck following childhood irradiation. *Cancer* 1983; 51(12): 2159-63.
91. Kesminiene A, Schüz J. Radiation: Ionizing, ultraviolet, and electromagnetic. In: Stewart BW, Wild CP, editors. *World Cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014; 143-9.
92. Hernández G, Arriba L, Jiménez C, Bagán JV, Rivera B, Lucas M, et al. Rapid progression from oral leukoplakia to carcinoma in an immunosuppressed liver transplant recipient. *Oral Oncol* 2003; 39(1): 87-90.

93. Copper MP, Jovanovic A, Nauta JJ, Braakhuis BJ, de Vries N, van der Waal I, et al. Role of genetic factors in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121(2): 157-60.
94. Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson L. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta- analysis of case- control studies. *Int J Cancer* 2008; 122(12): 2811-9.
95. World Health Organization (France). Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: Word Health Organization; 2005.
96. Seoane J, Corral-Lizana C, González-Mosquera A, Cerero R, Esparza G, Sanz-Cuesta T, et al. The use of clinical guidelines for referral of patients with lesions suspicious for oral cancer may ease early diagnosis and improve education of healthcare professionals. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2011; 16: 864-9.
97. Warnakulasuriya S, Johnson N, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36(10): 575-80.
98. The Oral Cancer Foundation. Premalignant Lesions. Available from: URL: <http://oralcancerfoundation.org/cdc/premalignant-lesions/>. Accessed 12.01.2018.
99. Lavelle CLB, Proctor DB. Clinical pathology of the oral mucosa. Medical Department Harper & Row, Publishers Hagerstown, Maryland, New York, San Francisco, London; 1978.
100. Reibel J. Prognosis of oral pre-malignant lesions: Significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(1): 47-62.
101. International Agency for Research on Cancer. Oral Atlas. Available from: URL: <http://screening.iarc.fr/atlasoral.php?lang=1>. Accessed 12.01.2018.
102. Günhan Ö. Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. 1. baskı. Ankara: Quintessence Publishing; 2015.
103. Bouquot JE, Gorlin RJ. Leukoplakia, lichen planus, and other oral keratoses in 23,616 white Americans over the age of 35 years. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61(4): 373-81.
104. Bouquot JE, Whitaker SB. Oral leukoplakia- Rationale for diagnosis and prognosis of its clinical subtypes or" phases.". *Quintessence International* 1994;25(4): 133-40.
105. Weidner N, Matthews K, Regezi JA. Oral Cavity and Jaws. In: Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss LM, editors. *Modern Surgical Pathology* . 2nd ed. Philedelphia: Elsevier Saunders, 2009; 326-363
106. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. *Oral Pathology- Clinical Pathologic Correlations*. 6th ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2008.

107. Gopalakrishnan R, Weghorst CM, Lehman TA, Calvert RJ, Bijur G, Sabourin CL, et al. Mutated and wild-type p53 expression and HPV integration in proliferative verrucous leukoplakia and oral squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83(4): 471-7.
108. Palefsky JM, Silverman S, Abdel- Salaam M, Daniels TE, Greenspan JS. Association between proliferative verrucous leukoplakia and infection with human papillomavirus type 16. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(5): 193-7.
109. Pindborg J, Reichart P, Smith C, van der Waal I. *Histological Typing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa*. Berlin: Springer; 1997.
110. Shafer WG, Waldron CA. Erythroplakia of the oral cavity. *Cancer* 1975; 36(3): 1021-8.
111. Melrose R. Premalignant oral mucosal diseases. *Journal of the California Dental Association*. 2001; 29(8): 593-600.
112. Scully C. *Oral and maxillofacial medicine: The basis of diagnosis and treatment*. 3rd ed. Edinburgh, London, New York: Wright. Elsevier Science; 2004.
113. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: Report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100(2): 164-78.
114. Daftary D, Bhonsle R, Murti R, Pindborg J, MEHTA FS. An oral lichen planus- like lesion in Indian betel- tobacco chewers. *Eur J Oral Sci* 1980; 88(3): 244-9.
115. Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: Etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *Journal of Oral Science* 2007; 49(2): 89-106.
116. van der Meij EH, Schepman K-P, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A prospective study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2003;96(2):164-71.
117. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, Wray D, Brennan M, Migliorati CA, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: Diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103: S25. e1- e12.
118. Ingafou M, Leao J, Porter S, Scully C. Oral lichen planus: A retrospective study of 690 British patients. *Oral Diseases* 2006; 12(5): 463-8.
119. Tilakaratne W, Klinikowski M, Saku T, Peters T, Warnakulasuriya S. Oral submucous fibrosis: Review on aetiology and pathogenesis. *Oral Oncol* 2006; 42(6): 561-8.
120. Plemons JM, Gonzales TS, Burkhart NW. Vesiculobullous diseases of the oral cavity. *Periodontology* 2000 1999; 21(1): 158-75.

121. Patton LL, Valdez IH. Xeroderma pigmentosum: Review and report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71(3): 297-300.
122. Handley T, McCaul J, Ogden G. Dyskeratosis congenita. *Oral Oncol* 2006; 42(4): 331-6.
123. Soler M, Bosetti C, Franceschi S, Negri E, Zambon P, Talamini R, et al. Fiber intake and the risk of oral, pharyngeal and esophageal cancer. *Int J Cancer* 2001; 91(3): 283-7.
124. Vokes EE, Weichselbaum RR, Lippman SM, Hong WK. Head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993; 328(3): 184-94.
125. Million RR, Cassisi NJ. Management of head and neck cancer: A multidisciplinary approach. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1993.
126. Conceição Pereira M, Oliveira DT, Landman G, Kowalski LP. Histologic subtypes of oral squamous cell carcinoma: Prognostic relevance. *J Can Dent Assoc* 2007;73(4): 339-44.
127. The Oral Cancer Foundation. Early Detection, Diagnosis and Staging. Available from: URL: <https://oralcancerfoundation.org/cdc/early-detection-diagnosis-staging/>. Accessed 12.01.2018.
128. Khanna SS, Karjodkar FR. Circulating immune complexes and trace elements (Copper, Iron and Selenium) as markers in oral precancer and cancer: A randomised, controlled clinical trial. *Head & Face Medicine* 2006;2(1): 33-43.
129. The Oral Cancer Foundation. Treatment . Available from: URL: <http://oralcancerfoundation.org/cdc/treatment/>. Accessed 12.01.2018.
130. Huang SH. Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2013; 18(2): 233-40.
131. Pignon J-P, Le Maitre A, Bourhis J. Meta-analyses of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007; 69(2):112-4.
132. Sawyers C. Targeted cancer therapy. *Nature* 2004; 432(7015): 294-7.
133. Ni L, Dong C. New checkpoints in cancer immunotherapy. *Immunological Reviews* 2017; 276(1): 52-65.
134. Kumar KV, Suresan V. Knowledge, attitude and screening practices of general dentists concerning oral cancer in Bangalore city. *Indian J Cancer* 2012; 49(1): 33-8.
135. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS, Canto MT, Farooq NS. Knowledge, opinions and practices of general dentists regarding oral cancer: A pilot survey. *The Journal of the American Dental Association* 1998; 129(5): 579-83.
136. Warnakulasuriya K, Johnson N. Dentists and oral cancer prevention in the UK: Opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counselling

- patients on tobacco and alcohol use: Baseline data from 1991. *Oral Diseases* 1999; 5(1): 10-4.
137. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of us dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *The Journal of the American Dental Association* 2000; 131(5): 653-61.
 138. Syme S, Drury T, Horowitz A. Maryland dental hygienists' knowledge and opinions of oral cancer risk factors and diagnostic procedures. *Oral Diseases* 2001; 7(3): 177-84.
 139. Greenwood M, Lowry R. Primary care clinicians' knowledge of oral cancer: A study of dentists and doctors in the North East of England. *Br Dent J* 2001; 191(9): 510-2.
 140. Burgan SZ. Smoking and health: Opinions and awareness among general dentists in Jordan. *Int Dent J* 2001; 51(6): 463-7.
 141. Forrest JL, Horowitz AM, Shmueli Y. Dental hygienists' knowledge, opinions, and practices related to oral and pharyngeal cancer risk assessment. *Journal of Dental Hygiene* 2001; 75(4): 271-81.
 142. Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Oral and pharyngeal cancer: Knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(7): 415-20.
 143. Nicotera G, Gnisci F, Bianco A, Angelillo IF. Dental hygienists and oral cancer prevention: knowledge, attitudes and behaviors in Italy. *Oral Oncol* 2004; 40(6): 638-44.
 144. Nicotera G, Di Stasio SM, Angelillo IF. Knowledge and behaviors of primary care physicians on oral cancer in Italy. *Oral Oncol* 2004; 40(5): 490-5.
 145. Leao J, Goes P, Sobrinho C, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34(4): 436-9.
 146. Patton LL, Ashe TE, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP. Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners, and dental health professionals. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102(6): 758-64.
 147. Seoane J, Warnakulasuriya S, Varela- Centelles P, Esparza G, Dios P. Oral cancer: Experiences and diagnostic abilities elicited by dentists in North- western Spain. *Oral Diseases* 2006; 12(5):487-92.
 148. Uti OG, Fashina A. Oral cancer education in dental schools: Knowledge and experience of Nigerian undergraduate students. *J Dent Educ* 2006; 70(6): 676-80.
 149. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Miñano FM. Knowledge and attitude towards risk factors in oral cancer held by dental hygienists in the Autonomous Community of Murcia (Spain): A pilot study. *Oral Oncol* 2007; 43(6): 602-6.

150. Carter LM, Ogden GR. Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Medical Education* 2007; 7(1): 44-52.
151. Colella G, Gaeta GM, Moscariello A, Angelillo IF. Oral cancer and dentists: Knowledge, attitudes, and practices in Italy. *Oral Oncol* 2008; 44(4):393-9.
152. Applebaum E, Ruhlen TN, Kronenberg FR, Hayes C, Peters ES. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: A survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *The Journal of the American Dental Association* 2009; 140(4): 461-7.
153. Gajendra S, Cruz GD, Kumar JV. Oral cancer prevention and early detection: Knowledge, practices, and opinions of oral health care providers in New York State. *J Cancer Educ* 2006; 21(3): 157-62.
154. Hertrampf K, Wenz H-J, Koller M, Springer I, Jargot A, Wiltfang J. Assessing dentists' knowledge about oral cancer: Translation and linguistic validation of a standardized questionnaire from American English into German. *Oral Oncol* 2009; 45(10): 877-82.
155. López- Jornet P, Camacho- Alonso F, Molina- Miñano F. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(1): 129-33.
156. Cotter JC, McCann AL, Schneiderman ED, De Wald JP, Campbell PR. Factors affecting the performance of oral cancer screenings by Texas dental hygienists. *American Dental Hygienists Association* 2011; 85(4): 326-34.
157. Seoane J, Varela-Centelles P, Tomás I, Seoane-Romero J, Diz P, Takkouche B. Continuing education in oral cancer prevention for dentists in Spain. *J Dent Educ* 2012; 76(9): 1234-40.
158. González-Martínez R, Delgado-Molina E, Gay-Escoda C. A survey of oral surgeons' tobacco-use-related knowledge and intervention behaviors. *Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal*. 2012;17(4): 588-93.
159. Hertrampf K, Wenz H-J, Koller M, Wiltfang J. Comparing dentists' and the public's awareness about oral cancer in a community-based study in Northern Germany. *J Craniomaxillofac Surg* 2012; 40(1): 28-32.
160. Rocha-Buelvas A, Hidalgo-Patiño C, Colella G, Angelillo I. Oral cancer and dentists: Knowledge, attitudes and practices in a South Colombian context. *Acta Odontológica Latinoamericana* 2012; 25(2): 155-62.
161. Kujan O, Abuderman A, Azzegahiby S, Alenzi FQ, Idrees M. Assessing oral cancer knowledge among Saudi medical undergraduates. *J Cancer Educ* 2013; 28(4): 717-21.
162. Rahman B, Hawas N, Rahman MM, Rabah AF, Al Kawas S. Assessing dental students' knowledge of oral cancer in the United Arab Emirates. *Int Dent J* 2013; 63(2): 80-4.

163. Mittal S, Mahuli A, Hiregoudar M, Ramanarayanan S, Mohandas U, Manjunath PG, et al. Knowledge of oral cancer and screening practice of B. Sc. nursing students in Davangere City, India. *Journal of Education and Ethics in Dentistry* 2013; 3(1): 40-3.
164. Halawany HS, Jacob V, Abraham NB, Al-Maflehi N. Oral cancer awareness and perception of tobacco use cessation counseling among dental students in four Asian countries. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 2013; 14(6):3619-23.
165. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Ambrosch P, Arpe N, Wiltfang J. Knowledge of diagnostic and risk factors in oral cancer: Results from a large-scale survey among non-dental healthcare providers in Northern Germany. *J J Craniomaxillofac Surg* 2014; 42(7): 1160-5.
166. Tanriover O, Hidiroglu S, Save D, Akan H, Ay P, Karavus M, et al. Knowledge of oral cancer, preventive attitudes, and behaviors of primary care physicians in Turkey. *Eur J Cancer Prev* 2014; 23(5): 464-8.
167. Laronde D, Corbett K. Adjunctive screening devices for oral lesions: Their use by Canadian Dental Hygienists and the need for knowledge translation. *International Journal of Dental Hygiene* 2015; 15(3): 187-94.
168. Cerero-Lapiedra R, Esparza-Gómez GC, Casado-de la Cruz L, Domínguez-Gordillo AA, Corral-Linaza C, Seoane-Romero JM. Ability of dental students in Spain to identify potentially malignant disorders and oral cancer. *J Dent Educ* 2015; 79(8): 959-64.
169. Wee AG, Zimmerman LM, Anderson JR, Nunn ME, Loberiza FR, Sitorius MA, et al. Promoting oral cancer examinations to medical primary care providers: A cluster randomized trial. *J Public Health Dent* 2016; 76(4): 340-9.
170. Bakr MM, Skerman E, Khan U, George R. Oral Cancer: An Evaluation of Knowledge and Awareness in Undergraduate Dental Students and the General Public. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2016; 14(5): 403-11.
171. Oygür T. Ağız Kanserleri Konusunda Toplumdaki Farkındalık Düzeyi. *Ankara Dış Hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi* 2009; 3(3):424-31.
172. Villa A, Kreimer AR, Pasi M, Polimeni A, Cicciù D, Strohmenger L, et al. Oral cancer knowledge: A survey administered to patients in dental departments at large Italian hospitals. *J Cancer Educ* 2011; 26(3): 505-9.
173. Tadbir AA, Ebrahimi H, Pourshahidi S, Zeraatkar M. Evaluation of levels of knowledge about etiology and symptoms of oral cancer in southern Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14(4): 2217-20.
174. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, RamaIyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncol* 2011; 47(7): 620-4.
175. Agrawal M, Pandey S, Jain S, Maitin S. Oral cancer awareness of the general public in Gorakhpur city, India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012; 13(10): 5195-9.

176. Rogers SN, Hunter R, Lowe D. Awareness of oral cancer in the Mersey region. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2011; 49(3): 176-81.
177. Şavran G. Araştırma Yöntem ve Tekniklerinin Seçimi. In: Suğur N, editör. *Sosyolojide Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. 1. baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2009; 116-37.
178. Turan İ, Şimşek Ü, Aslan H. Eğitim Araştırmalarında Likert Ölçeği ve Likert-Tipi Soruların Kullanımı ve Analizi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015; (30): 186-203.
179. Esin A, Ekni M, Gamgam H. İstatistik. 1. baskı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2006
180. Gamgam H, Altunkaynak B. Parametrik Olmayan Yöntemler. 6. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017.
181. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 2013; 132(5): 1133-45.
182. Carreras-Torras C, Gay-Escoda C. Techniques for early diagnosis of oral squamous cell carcinoma: Systematic review. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal*. 2015; 20(3):305-15 .
183. Katakura A, Yamamoto N, Sakuma T, Sugahara K, Onda T, Noguchi S, et al. A screening test for oral cancer using saliva samples: Proteomic analysis of biomarkers in whole saliva. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology* 2015; 27(1): 1-5.
184. International Agency for Research on Cancer (France). *World Cancer Report*. Lyon: World Health Organisation; 2014.
185. Başak K, Sağlam Y, Yıldız AG, Başar M, Köse Hİ, Kayıpmaz Ş, et al. Profile of Head and Neck Cancers in Dr. Lütfi Kırdar Kartal Educational and Research Hospital. *Turkish Journal of Pathology* 2015; 31(2): 119-25.
186. Midilli R, Akyıldız S, Yavuzer A, Aydemir B, Öğüt F. A retrospective analysis of epidemiological characteristics of 231 patients with oral cancers. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi [serial online]*2002 June [cited 2005 December]; 4(1):1-7. Available from: URL: http://www.kbb-forum.net/journal/pdf/pdf_KBB_77.pdf
187. Düzlü M, Karamert R, Bakkal FK, Cevizci R, Tutar H, Zorlu ME, et al. The demographics and histopathological features of oral cavity cancers in Turkey. *Turkish Journal Of Medical Sciences* 2016; 46(6): 1672-6.
188. Allen K, Farah C. Screening and referral of oral mucosal pathology: A check- up of Australian dentists. *Aust Dent J* 2015; 60(1):52-8.
189. Türk Diş Hekimleri Birliği. Available from: URL: http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=15. Accessed 12.01.2018.

190. Gellrich NC, Suarez-Cunqueiro MM, Bremerich A, Schramm A. Characteristics of oral cancer in a central European population: Defining the dentist's role. *The Journal of the American Dental Association* 2003; 134(3): 307-14.
191. Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 42(2): 139-49.
192. Singh K, Sharma D, Kaur M, Gauba K, Thakur JS, Kumar R. Effect of health education on awareness about oral cancer and oral self-examination. *Journal of Education and Health Promotion* 2017; 6(27): 1-6.
193. Sapkota D, Parajuli P, Kafle T. Effectiveness of Educational intervention programme on knowledge regarding breast self examination among higher secondary school girls of biratnagar. *Birat Journal of Health Sciences* 2017;1(1):13-9.
194. New York State Dental Foundation. Available from: URL:<http://nysdflearning.org/courses.html>. Accessed 12.01.2018.





EKLER

EK-1. Etik kurul onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-809

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 22.07.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/15
Proje No : GO 15/487 (Değerlendirme Tarihi: 22.07.2015)
Karar No : GO 15/487 – 26

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğretim üyelerinden Prof.Dr. İnci Rana KARACA'nın sorumlu araştırmacı olduğu Dt. Dilara Nur ÖZTÜRK ile birlikte çalışacakları Dt. Hümeysra YAZAR'ın tezi olan GO 15/487 kayıt numaralı ve "*Serbest Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanseri Konusundaki Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| İZİNLI | |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| İZİNLI | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| İZİNLI | |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| İZİNLI | |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| İZİNLI | |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | |

EK-2. Etik kurul uzatma onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 205

Konu :

02.07.2017

Prof. Dr. İnci Rana KARACA
Gazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Prof. Dr. KARACA,

Kurulumuzun 22.07.2015 tarihli toplantısında GO 15/487 kayıt numarası Etik Kurul onayı almış olan *“Serbest Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanseri Konusundaki Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”* başlıklı proje için vermiş olduğunuz 01.02.2017 tarihli süre uzatma dilekçeniz, Kurulumuzun 07.02.2017 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. Çalışmanın yeni sonlanma tarihi 01.06.2017 olarak belirlenmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nurten AKARSU
Başkan

EK-3. Aydınlatılmış hekim onam formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Hekimin Açıklaması)

“SERBEST ÇALIŞAN DIŞ HEKİMLERİ VE DIŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ KANSERLERİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni katılımcı olarak sizin genel anlamda ağız kanserleri konusundaki farkındalığınızı arttırmayı, ağız kanserlerinin etiyolojik faktörlerini ve ağız içerisindeki klinik görünümünü daha iyi tanımanızı, şüpheli bir lezyon gördüğünüzde bu lezyonun teşhisi ve tedavisi için hastalarınızı doğru bir şekilde yönlendirilebilmenizi amaçlamamızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalında, PROF.DR. İNCİ RANA KARACA sorumluluğu altındadır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, çalışmayı yürüten meslektaşlarınız tarafından olumsuz bir davranış ile karşılaşmayacak ve mesleki saygınlığınıza zarar verecek bir durum oluşmayacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten meslektaşınız çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

BU ÇALIŞMANIN BİLİMSEL OLARAK YÜRÜTÜLEBİLMESİ İÇİN, ANKARA İLİ MERKEZ İLÇELERİNDE MESLEĞİNİ SERBEST OLARAK SÜRDÜREN DIŞ HEKİMLERİNİN VE ANKARA'DAKİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTELERİNDE EĞİTİM GÖREN DÖNEM IV VE V ÖĞRENCİLERİN ANKET FORMUNU DOLDURMASI GEREKMEKTEDİR. BU ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDERSENİZ, ANKET FORMUNU DOLDURMANIZ YETERLİ OLACAKTIR. ÇALIŞMADA TOPLANACAK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ YAPILACAK VE SİZDEN ELDE EDİLEN ANKET SONUÇLARI, ARAŞTIRMAYI VE İSTATİKSEL ANALİZLERİ YÜRÜTMEK İÇİN KULLANILACAKTIR ANCAK KİMLİĞİNİZ GİZLİ TUTULACAKTIR.

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

Çalışma anketini yapan kişi kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

(Katılımcının Beyanı)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ AĞIZ DIŞ VE ÇENE CERRAHİSİ Anabilim dalında, PROF. DR. İNCİ RANA KARACA ve araştırmacılar DT. HÜMEYRA YAZAR ve DT. DİLARA NUR ÖZTÜRK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

EK-3. (devam) Aydınlatılmış hekim onam formu

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun mesleki saygınlığıma ve anketi yapan meslektaşlarım ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim*). Ayrıca mesleki saygınlığıma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir şekilde mesleki saygınlığıma zarar gelmesi durumu halinde, her türlü desteğin (maddi destek hariç) sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir mesleki saygınlığıma zarar ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, PROF. DR. İNCİ RANA KARACA, DT. HÜMEYRA YAZAR ve DT. DİLARA NUR ÖZTÜRK'e 0312 203 4328-38no'lu telefonda ve Bişkek cd (8. Cd) 82.Sk. No:406510 Emek-ANKARA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel :

İmza :

EK-4. Gazi Üniversitesi anket izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/01/2016-6263



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 74268303-730.08.03-
Konu : Anket Çalışması

Sayın Arş. Gör. Hümeysra YAZAR
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı - Araştırma Görevlisi

İlgi : 13/01/2016 tarihli ve 18230211-730.08.03- 4742 sayılı yazı,

Danışmanlığını yapmakta olduğunuz Uzmanlık Öğrencisi Dt. Hümeysra YAZAR'ın, uzmanlık tezi ile ilgili olarak Fakültemiz IV ve V. Sınıf öğrencilerine "Serbest Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanseri Konusundaki Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.



DAĞITIM
Sayın Prof. Dr. İnci Rana KARACA
Sayın Arş. Gör. Hümeysra YAZAR

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Bışkek Cad. No:4 kat 1 Emek/Ankara
Tel:0 (312) 203 40 21 Faks:0 (312) 223 92 26
e-Posta :dhfbilisim@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://dent.gazi.edu.tr

Bilgi için :Nuriye Çelik
Bilgisayar İşletmeni

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. Ankara Üniversitesi anket izin yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 28993042-730.08.03-E.817


02.02.2017

Konu : Anketler

Sayın Hümeyra YAZARA

Fakültemiz 4.ve 5.sınıf öğrencilerine tez çalışmasına yönelik olarak "Serbest Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanseri Konusundaki Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu anket çalışması yapma isteğiniz, Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Gürkan GÜR
Dekan V.

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. Başkent Üniversitesi anket izin yazısı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Dış Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 77304510-200/
Konu : Anket Çalışması

2465

07/02/2017

Sayın Dt. Hümeyra YAZAR

"Serbest Çalışan Dış Hekimleri ve Dış Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanseri Konusunda Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması için kurumumuzda anket çalışması yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.
Saygılarımla

e-imzalıdır

Prof. Dr. Bülent G. DAYANGAÇ
Dekan

Doğrulama Adresi: https://ebys.baskent.edu.tr/en/Vision/Validate_doc.aspx?V=BEKA7NLY

Fevzi Çakmak Caddesi 82. Sokak (Eski 11. Sokak) No: 26 Bahçelievler/ANKARA
Birim Telefon No: 0 312 203 00 25 Faks No: 0 312 203 00 26
E-Posta: dis@baskent.edu.tr İnternet Adresi: dis.baskent.edu.tr

Bilgi için: Funda ENGEZ
Unvan: Sekreter
Telefon No: 2151336/188



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-7. Hacettepe Üniversitesi anket izin yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

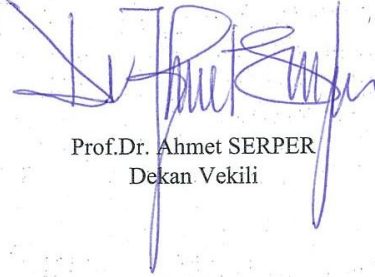
Sayı: 71220872-900/306/32/1332
Konu: Anket Çalışması

21/01/2016

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ DİŞ ÇENE HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

Anabilim Dalımız Araştırma Görevlisi Dt. Hümeyra Yazar'ın Fakültemiz 4. ve 5. sınıf öğrencilerine "Serbest Çalışan Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Ağız Kanseri Konusundaki Farkındalık ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasına yönelik anket yapma isteği Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.



Prof. Dr. Ahmet SERPER
Dekan Vekili

Fakülte Sekreter Vekili : C. TOPUZ (Paraf)



EK-8. Anket soruları

SERBEST ÇALIŞAN DIŞ HEKİMLERİNİN AĞIZ KANSERLERİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 1- CİNSİYET: KADIN () ERKEK: ()
- 2- DOĞUM TARİHİ:
- 3- Mesleğinizde kaçınıcı yılınızdasınız?
- 4- Fakülteden mezun olduktan sonra herhangi bir kursa katıldınız mı?
Evet () Hayır ()
- 5- Cevabınız 'Evet' ise katıldığınız kursun konusunu lütfen yazınız.
Evet (),
- 6- Son iki yıl içinde herhangi bir eğitim programına (kongre, toplantı, sempozyum, seminer gibi) katıldınız mı?
Evet () Hayır ()
- 7- Cevabınız evet ise lütfen katıldığınız programın konusunu yazınız.
Evet (),
- 8- Dış hekimliği eğitimiz sırasında tam bir ağız muayenesinin nasıl yapılacağı ve ağızda görülen kanserinin teşhis yöntemleri hakkında aldığınız eğitimle ilgili düşünceleriniz nedir?
 - Çok iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum. ()
 - İyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum ()
 - Yeterli eğitimi aldığımı düşünüyorum. ()
 - İyi bir eğitim aldığımı düşünmüyorum. ()
 - Yukarıda bahsi geçen konularla ilgili herhangi bir eğitim almadım. ()
- 9- Ağız kanseri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümelerini teşhis edebilme yeterliliği açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - Çok iyi derecede bilgi sahibiyim ()
 - İyi derecede bilgi sahibiyim ()
 - Orta derecede bilgi sahibiyim ()
 - Bu konuda yeterli bilgiye sahip değilim ()
 - Bu konu hakkında hiçbir bilgiye sahip değilim ()
- 10- Sizce kanser bulaşıcı bir hastalık mıdır?
Evet () Hayır ()
- 11- Hastanızı muayene ederken ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelendiğiniz bir lezyonla karşılaştınız mı? (Cevabınız ' Hayır' ya da 'Hatırlamıyorum' ise lütfen 16. soruya geçiniz.)
Evet () Hayır () Hatırlamıyorum ()

EK-8. (devam) Anket soruları

- 12- Hastanızı baş-boyun kanseri ile ilgili bir bölüme yönlendirdiniz mi?
Evet () Hayır ()
- 13- Bu konu ile ilgili uzman bir meslektaşınızdan yardım istediniz mi?
Evet () Hayır ()
- 14- Şüphelendiğiniz lezyondan biyopsi aldınız mı/ alınması için hastanızı yönlendirdiniz mi/ almak için yardım istediniz mi?
Evet () Hayır ()
- 15- Hastanızı sonrasında da takip ettiniz mi?
Evet () Hayır ()
- 16- Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler			
Nedensiz diş kayıpları			
Ağızda ya da dilde yanma hissi			
Ağız açıklığında kısıtlılık			
Ağızda şişlik			
Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı			
Ağızda devamlı ağrı hissi			
Kanamalı diş etleri			
Ağızda beyaz yama görüntüsü			
Ağızda kırmızı yama görüntüsü			
Abse ya da çıban			

- 17- Aşağıdakilerden hangileri ağızda görülen kanserlerin risk faktörlerindedir?

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Oto-immün hastalıklar			
Alkol kullanılması			
Yaş			
Tütün ürünlerinin kullanılması			
HPV			
Etnik köken			
Kötü oral hijyen			
Travma			
Beslenme bozuklukları			
Genetik faktörler			
Güneş ışığına maruz kalma			
Baharatlı ve acı yiyecekler			
Bunlardan hiç birisi			

EK-8. (devam) Anket soruları

18- Sizde ağız içi muayenede malign lezyonların yerleşimi açısından daha fazla dikkat edilmesi gereken alanlar hangileridir? Her gruptan birini seçiniz.

Grup	Alan	
1	Ağız tabanı	
	Dil altı	
	Dil kökü	
2	Sert damak	
	Yumuşak damak	
	Boğaz	
3	Yanak, dudak ve diş etleri	
	Orofarinks	
	Ağız içindeki tüm alanlar eşit oranda risklidir	
	Diğer	

- 19- Gerekli gördüğünüz durumlarda hastalarınızdan laboratuvar testleri istiyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 20- Ağızda kanser açısından şüphelendiğiniz bir lezyon gördüğünüzde hastanızı hangi bölüme yönlendirirsiniz?
- Genel Cerrahi ()
- Kulak- Burun- Boğaz ()
- Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ()
- Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi ()
- Diş Hekimliği Fakültesi' ndeki Temel Tıp Bilimleri Bölümü ()
- Diğer () Lütfen yazınız.
- 21- Ağız kanserinin tedavisinde aşağıdakilerden hangi tedavi seçenekleri kullanılmaktadır?
- Cerrahi tedavi ()
- Radyoterapi ()
- Kemoterapi ()
- Diğer () Lütfen yazınız.
- 22- Ağız kanserinden korunma konusunda hastalarınıza bilgilendirme amaçlı broşür ya da her hangi bir eğitici materyal verdiniz mi?
Evet () Hayır ()
- 23- Ağız kanserinin teşhisinde kendi kendinizi muayene etme teknikleri hakkında bilginiz var mı?
Evet () Hayır ()

EK-8. (devam) Anket soruları

- 24- Hastalarınızı ya da yakınlarınızı ağız kanserinin teşhisi amacıyla yönlendirmek için bildiğiniz bir merkez var mı?
Evet () Hayır ()
- 25- Cevabınız ‘ Evet’ ise lütfen adını yazınız.
Evet (),.....
- 26- Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastada tam bir ağız içi ve ağız dışı muayenesi yapıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 27- Size muayene amacıyla gelen hastalarınıza sahip oldukları sosyal güvence ya da gelir durumlarına göre davranır mısınız?
Evet () Hayır ()
- 28- Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesi için ne kadar süre ayırıyorsunuz?
Toplam muayene süresinin;
- %100’ünü () - %50’sini () - %25’ ini () - %25’den daha azını ()
- 29- Malign lezyonlarda erken teşhisin önemi sizce nedir?
- 30- Anket sorularına ilave olarak konu ile ilgili ifade etmek istediğiniz bir şey var mı?

ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK-8. (devam) Anket soruları

DIŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN AĞIZ KANSERİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 1- CİNSİYET: KADIN () ERKEK: ()
- 2- DOĞUM TARİHİ:
- 3- Eğitiminizin kaçınıcı dönemindedesiniz?
- IV. Dönem () V. Dönem ()
- 6- Diş hekimliği eğitim sırasında tam bir ağız muayenesi ve ağız kanerinin teşhis yöntemleri hakkında aldığınız eğitimle ilgilidüşünceleriniz nedir?
- Çok iyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum. ()
 - İyi bir eğitim aldığımı düşünüyorum. ()
 - Yeterli eğitimi aldığımı düşünüyorum. ()
 - İyi bir eğitim aldığımı düşünmüyorum. ()
 - Yukarıda bahsi geçen konularla ilgili herhangi bir eğitim almadım. ()
- 7- Ağız kanserleri konusundaki bilgi düzeyiniz ve bu kanserin klinik görünümelerini teşhis edebilme açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Çok iyi derecede bilgi sahibiyim. ()
 - İyi derecede bilgi sahibiyim. ()
 - Orta derecede bilgi sahibiyim. ()
 - Bu konuda yeterli bilgiye sahip değilim. ()
 - Bu konu hakkında hiçbir bilgiye sahip değilim. ()
- 8- Sizce kanser bulaşıcı bir hastalık mıdır?
- Evet () Hayır () Bilmiyorum ()
- 9- Hastanızı muayene ederken ya da dental işlemlerini yaparken ağızda kanser olabileceğinden şüphelendiğiniz bir lezyonla karşılaştınız mı? Cevabınız ‘ Hayır’ ya da ‘Hatırlamıyorum’ ise lütfen 16. soruya geçiniz.
- Evet () Hayır () Hatırlamıyorum ()
- 10- Hastanızı baş-boyun kanseri ile ilgili bir bölüme yönlendirmek konusunda herhangi bir asistan ya da hocanızdan yardım istediniz mi?
- Evet () Hayır ()
- 14- Şüphelendiğiniz lezyondan biyopsi alınması için hastanızı yönlendirdiniz mi/ almak için yardım istediniz mi?
- Evet () Hayır ()
- 15- Hastanızı sonrasında da takip ettiniz mi?
- Evet () Hayır ()

EK-8. (devam) Anket soruları

- 16- Sizi ağız içinde anormal bir durumdan şüphelendirecek oluşumlar/durumlar nelerdir?

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Ağızda uzun süreli iyileşmeyen ülserler			
Nedensiz diş kayıpları			
Ağızda ya da dilde yanma hissi			
Ağız açıklığında kısıtlılık			
Ağızda şişlik			
Yıpranmış/ uyumsuz protezlerin varlığı			
Ağızda devamlı ağrı hissi			
Kanamalı diş etleri			
Ağızda beyaz yama görüntüsü			
Ağızda kırmızı yama görüntüsü			
Abse ya da çıban			

- 17- Aşağıdakilerden hangileri ağızda görülen kanserlerin risk faktörlerindedir?

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Oto-immün hastalıklar			
Alkol kullanılması			
Yaş			
Tütün ürünlerinin kullanılması			
HPV			
Etnik köken			
Kötü oral hijyen			
Travma			
Beslenme bozuklukları			
Genetik faktörler			
Güneş ışığına maruz kalma			
Baharatlı ve acı yiyecekler			
Bunlardan hiç birisi			

- 18- Sizce ağız içi muayenede malign lezyonların yerleşimi açısından daha fazla dikkat edilmesi gereken alanlar hangileridir? Her grupta birini seçiniz.

Grup	Alan	
1	Ağız tabanı	
	Dil altı	
	Dil kökü	
2	Sert damak	
	Yumuşak damak	
	Boğaz	
3	Yanak, dudak ve diş etleri	
	Orofarinks	
	Ağız içindeki tüm alanlar eşit oranda risklidir	
	Diğer	

EK-8. (devam) Anket soruları

- 19- Gerekli gördüğünüz durumlar için hastalarınızdan laboratuvar testleri istemek konusunda asistan ya da hocanızdan yardım istediniz mi?
Evet () Hayır ()
- 20- Ağızda kanser açısından şüphelendiğiniz bir lezyon gördüğünüzde hastanızı hangi bölüme yönlendirirsiniz?
- Genel Cerrahi ()
- Kulak- Burun- Boğaz ()
- Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ()
- Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi ()
- Diş Hekimliği Fakültesi'ndeki Temel Tıp Bilimleri Bölümü ()
- Diğer () Lütfen yazınız.
- 21- Ağız kanserinin tedavisinde aşağıdakilerden hangi tedavi seçenekleri kullanılmaktadır?
- Cerrahi tedavi ()
- Radyoterapi ()
- Kemoterapi ()
- Diğer () Lütfen yazınız.
- 22- Ağızda kanserinden korunma konusunda hastalarınıza bilgilendirme amaçlı broşür ya da her hangi bir eğitici materyal verdiniz mi?
Evet () Hayır ()
- 23- Ağız kanserinin teşhisinde kendi kendinizi muayene etme teknikleri hakkında bilginiz var mı?
Evet () Hayır ()
- 24- Hastalarınızı ya da yakınlarınızı ağızda görülen kanserlerin teşhisi amacıyla yönlendirmekiçin bildiğiniz bir merkez var mı?
Evet () Hayır ()
- 25- Cevabınız 'Evet' ise lütfen adını yazınız.
Evet (),.....
Hayır ()
- 26- Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastada tam bir ağız içi ve ağız dışı muayenesi yapıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 27- Size muayene amacıyla gelen hastalarınıza sahip oldukları sosyal güvence ya da gelir durumlarına göre davranır mısınız?
Evet () Hayır ()

EK-8. (devam) Anket soruları

- 28- Size muayene amacıyla ilk kez gelen bir hastanın ağız içi muayenesi için ne kadar süre ayırıyorsunuz?
Toplam muayene süresinin;
- %100'ünü () - %50'sini () - %25' ini () - %25'den daha azını ()
- 29- Malign lezyonlarda erken teşhisin önemi sizcenedir?
- 30- Anket sorularına ilave olarak konu ile ilgili ifade etmek istediğiniz bir şey var mı?

ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.



ÖZGEÇMİŞ



Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : YAZAR, Hümeyra
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 23/04/1988 Çumra/ KONYA
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 05557376084
 E- posta : dt.hyazar@gmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet
Uzmanlık	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı	Devam ediyor.
Lisans	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2011
	Süleyman Demirel Anadolu Lisesi	2004-2006
	Kalaba Anadolu Lisesi	2002-2004

Yabancı Dil

İngilizce

Bilimsel Etkinlikler

- 1- 22nd Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği Kongresi, 2015, Muğla, Türkiye
- 2- International Team for Implantology, Türkiye-Azerbaycan Bölüm Toplantısı, 2015, Antalya, Türkiye
- 3- 23rd Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği Kongresi, 2016, Muğla, Türkiye
- 4- International Team for Implantology, Türkiye-Azerbaycan Bölüm Toplantısı, 2016, Antalya, Türkiye
- 5- International Team for Implantology, Türkiye-Azerbaycan Kongresi, 2016, Antalya, Türkiye
- 6- 24th Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği Kongresi, 2017, Muğla, Türkiye
- 7- International Team for Implantology, Türkiye-Azerbaycan Bölüm Toplantısı, 2017, Antalya, Türkiye

Poster Sunumları

1. Çakır Merve, Peker Elif, Öğütlü Faruk, Yazar Hümeýra, Karaca İnci Rana (2014). The Effect of Trigeminal Neurosensory Deficit on Quality of Life. AAOMS 96th Annual Meeting, Honolulu, Amerika Birleşik Devletleri (Poster)
2. Yazar Hümeýra, Karaca İnci Rana. Anterior Mandibula Yerleşimli Keratokistik Odontojenik Tümör. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).
3. Karaca İnci Rana, Yazar Hümeýra, Öztürk Dilara. Dilin Lateral Marjinde Yerleşimli Malignansiye Taklit Eden Bir Travmatik Ülser- Vaka Raporu. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).
4. Davaji Hamed Noury Rad, Yazar Hümeýra, Yücel Ergun. Büyük Bir Radiküler Kist: Vaka Raporu. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).
5. Yazar Hümeýra, Karaçelebi Tuncay Ezgi, Delilbaşı Ertan. Paresteziye Neden Olan Bir Rezidüel Kist: Vaka Raporu. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).
6. Davaji Hamed Noury Rad, Yazar Hümeýra, Öztürk Öykü, Bozkaya Süleyman. Nadir Görülen Bir Aktinomikoz Vakası. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).
7. Bozkaya Süleyman, Yazar Hümeýra, Şengüven Burcu, Çebi Sibel, Ulutürk Hacer. Keratocystic Odontogenic Tumor at Anterior Mandible in a Young Patient: Case Report. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).
8. Öztürk Kübra, Yazar Hümeýra, Ulutürk Hacer, Öztürk Öykü, Yücel Ergun. Maksiller Kist Enükleasyonu Sonrası Gelişen Oroantral Fistül ve Fistülün Kapatılması. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 24. Uluslar arası Bilimsel Kongresi, Muğla, Türkiye. (Poster) (2017).

Yayınlar

1. Yazar Hümeyra, Peker Elif, Karaca İnci Rana. Ozon Tedavisi ve Diş Hekimliğindeki Kullanım Alanları. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 13, 100-107 (2015)
2. Yazar Hümeyra, Karaca İnci Rana. Yumuşak Dokuda Yara İyileşmesi, Etkileyen Faktörler ve Skar Revizyonu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi Supplement 15,152-161 (2016).
3. Karaca İnci Rana, Yazar Hümeyra. Ağız Mukozasının Sık Görülen Premalign Lezyonları. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2017. (Basım aşamasında) DOI: 10.21601/ortadogutipdergisi.340599
4. Yazar Hümeyra, Karaca İnci Rana. Diş Hekimliğinde Doku Mühendisliği. Ankara Diş Hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi (Yayına kabul edildi.)
5. Yazar Hümeyra, Karaca İnci Rana. Oral Kanserin Risk Faktörleri. Ankara Diş Hekimleri Odası Klinik Bilimler Dergisi (Yayına kabul edildi.)
6. Yazar Hümeyra, Karaca İnci Rana. Oral Kavitede Görülen İnvaziv Kanserler. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2017. (Yayına kabul edildi.)



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..