

TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI DERGİSİ

Yıl / Year: 5

Sayı / No:2

ISSN: 2757-7538

TURKISH JOURNAL OF HEALTH RESEARCH

2024



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF
HEALTH SCIENCES



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI

DERGİSİ

Türkiye
SAĞLIK
Araştırmaları
Dergisi

ISSN: 2757-7538

Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi
Turkish Journal of Health Research
Cilt / Volume 5, Sayı / Issue 2

Baş Editör

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet DELEN,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAŞ,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı

Dr. Öğr. Üyesi Sibel PEKSOY KAYA,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı

Editör Kurulu

Prof. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara
Doç. Dr. Gamze ERİKOĞLU ÖRER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Ankara
Doç. Dr. Gülay YAZICI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara
Dr. Öğr. Üyesi Hilal NAKKAŞ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet DELEN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi (TSAD), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün bir yayın organıdır.



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI

DERGİSİ

Türkiye
SAĞLIK
Araştırmaları
Dergisi

ISSN: 2757-7538

Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi
Turkish Journal of Health Research
Cilt / Volume 5, Sayı / Issue 2

Yayın ve Danışma Kurulu

Prof. Dr. Aslı Fahriye CEYLAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Prof. Dr. Cavidan Nur SEMERCİ GÜNDÜZ
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Prof. Dr. Ömer Hınç YILMAZ
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Prof. Dr. Rıza DURMAZ
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Doç. Dr. Bahar ANAFOROĞLU
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Doç. Dr. Gülay YAZICI
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Doç. Dr. Mehmet Fatih ŞENTÜRK
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara

Doç. Dr. Yahya ÖZDOĞAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi (TSAD), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün bir yayın organıdır.



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI

DERGİSİ

Türkiye
SAĞLIK
Araştırmaları
Dergisi

ISSN: 2757-7538

Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi
Turkish Journal of Health Research
Cilt / Volume 5, Sayı / Issue 2

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması	1 - 21
Demans ve İşitme Kaybı: Youtube Videolarının İncelenmesi	22- 30
Sağlık Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Kan-Vücut Sıvılarıyla Temastaki 4 Yıllık Deneyim - Pandeminin Etkileri	31- 42

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Nadir Bir Olgu: Kombine Tümör Yüksek Dereceli Nöroendokrin Karsinom Alanı İçeren Skuamöz Hücreli Karsinom	43-47
---	-------

DERLEMELER / REVIEW

Enüreziste Yönetim	48-58
--------------------	-------

KANSERLE MÜCADELEDE KADINLARIN ÖZ-SAVUNUCULUĞU ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Halime ABAY^{a,*} | Feride Mualla ALAGÖZ^b | Betül ÇAKMAK^a | Hakan ÇİME^c | Serra AKAR^b

^aAnkara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

^bAnkara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Ankara, Türkiye.

^cAnkara Bilkent Şehir Hastanesi, Onkoloji Hastanesi Ankara, Türkiye.

*Sorumlu Yazar; Halime ABAY, E-Posta: halimeabay1@gmail.com

ÖZET

Anahtar Kelimeler

- Kanser,
- Kadın,
- Öz-savunuculuk,
- Ölçek,
- Geçerlik,
- Güvenirlilik.

Makale Hakkında

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi

08.09.2024

Kabul Tarihi

24.09.2024

Amaç: Kanser tanısı alan kadınların kanserle mücadele sürecinde sağlığının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için gerekli müdahale ve desteğin sağlanması önemlidir. Bu bakımdan öncelikle kanserle mücadelede öz-savunuculuk düzeyi düşük kadınlar belirlenmelidir. Çalışmada bu amaçla kullanılacak Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği (KÖSÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Metodolojik tipteki bu çalışma 1 Aralık 2023 – 1 Haziran 2024 tarihleri aralığında tıbbi onkoloji ve jinekolojik onkoloji kliniklerinde yürütülmüştür. Çalışmaya invaziv kanser tanısı alan 200 kadın katılmıştır. Veriler bireysel bilgi formu, KÖSÖ, Kanser Güçlendirme Ölçeği (KGÖ) ve Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Ölçek geçerliği dil, kapsam, yapı, kriter ve bilinen grup geçerliği yöntemleriyle; ölçek güvenirliliği ise Cronbach alfa ve McDonald omega değerlerinin hesaplanmasıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans analizi, ölçek geçerlik güvenirliliği Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), Pearson korelasyon analizi, ortalama karşılaştırma testleri kullanılarak incelenmiştir.

Bulgular: Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,78 olup, kapsam geçerliği sağlanmıştır. DFA sonuçlarına göre ölçek üç faktör (Bilinçli karar verici olma, İlişki kurmanın gücü ve Sağlık çalışanlarıyla iletişim) altında toplanmıştır ve tüm maddelerin anlamlı faktör yüklerine sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçeğe ait uyum indekslerine göre model doğrulanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa ve McDonald omega değerleri sırasıyla 0,89 ve 0,92 olup, yüksek güvenirliliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları yüksek bulunmuştur. KÖSÖ, KGÖ, KTTÖ ve bu ölçeklerin alt boyutları arasında güçlü anlamlı korelasyon olduğunu gösteren katsayılar ölçeğin kriter geçerliğini kanıtlamıştır. Ölçek yüksek-düşük eğitim seviyesine sahip, metastazı olan-olmayan ve kadın cinsiyete özgü kanser türüne sahip olan-olmayanlar arasında öz-savunuculuk becerilerindeki farklılıkları başarılı bir şekilde tespit etmiştir.

Sonuç: KÖSÖ'nün Türkçe versiyonu kanser tanısı alan Türk kadınlarının öz-savunuculuğunun değerlendirilmesinde kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

THE EFFECT of SARCOPENIA on the PROGNOSIS of BILIARY PANCREATITIS PATIENTS

THE TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF FEMALE SELF-ADVOCACY IN CANCER SURVIVORSHIP SCALE

Halime ABAY^{a,*} | Feride Mualla ALAGÖZ^b | Betül ÇAKMAK^a | Hakan ÇİME^c | Serra AKAR^b

^aAnkara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Ankara, Türkiye.

^bAnkara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Ankara, Türkiye.

^cAnkara Bilkent City Hospital, Oncology Hospital, Ankara, Türkiye.

*Corresponding Author; Halime ABAY, E-mail: halimeabay1@gmail.com

ABSTRACT

Keywords

- Cancer,
- Women,
- Self-advocacy,
- Scale,
- Validity,
- Reliability.

Article Info

Research article

Received

08.09.2024

Accepted

24.09.2024

Aim: It is important to provide the necessary intervention and support to improve the health and quality of life of women with cancer during the fight against cancer. In this regard, first of all, women with low self-advocacy levels in the fight against cancer should be determined. This study aimed to evaluate the Turkish validity and reliability of the Female Self-Advocacy in Cancer Survivorship (FSACS) Scale, which can be used for this purpose.

Methods: This methodological study was conducted in medical and gynecologic oncology clinics between December 1, 2023 and June 1, 2024. The study included 200 women diagnosed with invasive cancer. The data were collected using the individual information form, the FSACS Scale, the Cancer Empowerment Scale (CES) and the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. Scale validity was assessed by language, content, construct, criterion and known group validity methods; scale reliability was evaluated by calculating Cronbach's alpha and McDonald's omega values. Descriptive statistics were analyzed using frequency analysis, and scale validity and reliability were analyzed using Confirmatory Factor Analysis (CFA), correlation analysis, and mean comparison tests.

Results: The scale's Content Validity Index was 0,78 and content validity was confirmed. According to the CFA results, the scale was categorized under three factors (Being an informed decision maker, Connected strength, and Communicating with my health care providers), and all items had significant factor loadings. The model was validated according to the fit indexes. The Cronbach's alpha and McDonald's omega values were 0,89 and 0,92, respectively. The scale was high reliable. The corrected item-total correlations of the items were high. Coefficients indicating strong and significant correlations between the FSACS Scale, the CES, the MAC and their subscales provided evidence of criterion validity. The scale successfully determined differences in self-advocacy skills between those with high-low levels of education, with-without metastases, and with-without women gender-specific cancer type.

Conclusion: The Turkish version of the FSACS Scale is a valid and reliable measurement that can be used to assess the self-advocacy of Turkish women with cancer.

GİRİŞ

Günümüzde kanser vakalarındaki artışın yanı sıra, gelişen erken tanı ve tedaviler sayesinde kanserden ölüm oranları düşmüştür (1). Dolayısıyla kanserden sağ kalan sayısı artmış olup, yaşam süresindeki artış kadar yaşam kalitesinin iyileştirilmesi de önemli hale gelmiştir (2). Kanserden sağ kalan (survivor), tanı aldığı andan yaşamının sonuna kadarki süreçte hayatta kalan birey olarak tanımlanmaktadır (3). Kanser tanısı almanın birey için travmatik olması, ayrıca tedavi sürecinde genellikle olumsuz duygular, kalıcı yan etkiler ve psikososyal sorunlar yaşanması nedeniyle, tanı anından itibaren kanserden sağ kalan için bir mücadele süreci başlamaktadır (2). Bu süreç kontrol edilemeyen semptomları, tedaviyle ilgili alınması gereken kararları, yönetilmesi gereken ailevi ve mesleki sorumlulukları, sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen diğer fiziksel, sosyal, duygusal durumları içermektedir. Dolayısıyla kanser tanısı alan bireylerin semptom yönetimi ve klinik karar verme süreçlerine daha iyi katılabilmesi için kendilerini savunması gerekmektedir (4).

Öz-savunuculuk, bireyin bir zorlukla karşılaştığında ihtiyaçlarını ve önceliklerini karşılayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (5). Öz-savunuculuk üç farklı beceriden oluşmaktadır. Birincisi sağlık ve refahla ilgili bilinçli bir şekilde yaşamı anlamlı kılan kararlar almaktır. İkincisi endişeleri ve ihtiyaçları sağlık profesyonellerine etkili bir şekilde iletmektir. Üçüncüsü arkadaşlardan ve aile üyelerinden destek alma ve onlara destek olma sürecini dengelemektir (6). Öz-savunuculuk, özerklik ve kendi kaderini tayin etme açısından özyönetim ve hasta katılımı kavramlarına benzer, ancak bir hastalığıdaki zorlukların üstesinden gelmeye odaklanması bakımından diğer kavramlardan farklıdır (7). Öz-savunuculuk HIV/AIDS ve engelli hasta popülasyonunda köklü bir kavram olup (8,9), son yıllarda kanser tanısı alan hasta gruplarında kullanılmaya başlanmıştır (5).

Kanserle mücadelede öz-savunuculuk, bireyin mevcut kaynaklarını düşünce ve davranışlar aracılığıyla hastalıkla baş etmek için kullanması ve sonunda kanserle ilgili zorlukların üstesinden gelme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Kanserle mücadele eden birey sağlığı ile ilgili bilinçli kararlar vererek, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık profesyonellerine ileterek, destek alma ve destek olma arasındaki dengeyi sağlayarak kendini savunmaktadır (5).

Kanserle mücadele sürecinde semptomlar, duygular, davranışlar, sağlık sorunları dikkate alındığında erkekler ve kadınlar arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Kanser tanısı alan kadınların iletişim ve anlaşma şekilleri, duygularını ifade etme ve destek arama davranışları, karşılanmamış bazı ihtiyaçları nedeniyle kendilerini savunma şekilleri erkeklerden farklıdır (10). Ayrıca kadınlar anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlara karşı daha savunmasızdır (11). Kanser tanısı alan kadınlar erkek hastalara göre daha şiddetli ağrı ve yorgunluk yaşamaktadır (12). Semptomların yaygınlığındaki ve şiddetindeki cinsiyete bağlı farklılıklar (13), sağlık hizmeti tercihleri (14), artan semptom yükünü ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyerek (13,15), kadınları olumsuz sağlık sonuçları açısından riskli hale getirmektedir. Toplumun sosyokültürel özelliklerine göre değişiklik göstermekle birlikte (16), genellikle kadınlar sağlık profesyonelleri ile iletişim kurarken, anlaşmayı önceliklendirme ve uyumsuzluktan kaçınma eğilimindedir (14). Aynı zamanda kadınlar tedavisiyle ilgili karar vermede aile üyelerini kolaylaştırıcı olarak görme (17), pasif bir rolü tercih etme olasılıkları erkeklere göre daha yüksek olup, bu durumlar bakımın kalitesini etkilemektedir (18).

Kanser tanısı alan kadınların bakım ve yaşam kalitelerini arttırmak için, öz-savunuculuk

kapasitelerini arttırmak önem taşımaktadır. Bu kapsamda ilk adım, kanser tanısı alan kadınların öz-savunuculuk düzeylerini belirlemektir (5). Böylece sorunlarına, gereksinimlerine ve isteklerine yanıt vermede yetersiz kalan kadınlar belirlenebilir, kadınların sağlığı ve yaşam kalitesi zarar görmeden önce düşük öz-savunuculuk ile ilişkili riskler ortadan kaldırılabilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin gerekli müdahale ve desteği sağlayabilmesi için kanserle mücadelede kadınların öz-savunuculuk düzeyini ölçen bir araca ihtiyaç vardır. Hagan ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği (KÖSÖ) günümüzde bu amaçla kullanılacak tek ölçüm aracıdır (7). Bu çalışmada KÖSÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü, Yeri ve Zamanı

Metodolojik tipteki bu çalışmada COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement INstruments) kılavuzu esas alınmıştır (19). Çalışma 1 Aralık 2023 – 1 Haziran 2024 aralığında Ankara'daki bir onkoloji hastanesinin tıbbi onkoloji kliniğinde ve kadın doğum hastanesinin jinekolojik onkoloji kliniğinde yürütülmüştür.

4

Araştırmanın Örneklemi

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlandığı geçerlik güvenilirlik çalışmalarında, örneklem hacminin toplam ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir. Ayrıca literatürde doğrulayıcı faktör analizi (DFA) için en az 200 katılımcıya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (20). Dolayısıyla 20 madde içeren KÖSÖ'nün Türk kültürüne uyarlanması için 200 kadına ulaşılmıştır. Çalışmada uygun örnekleme (convenience sampling) yöntemi kullanılmıştır.

Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmaları kendi kararlarını ve görüşlerini ölçekte yer alan maddelere tarafsız bir şekilde yansıtabilecek yeterliliğe ve özgürlüğe sahip erişkin bireylerin katılımıyla yürütülmektedir. Bu kapsamda araştırmaya 18 yaş üzerinde olan, yaşamının herhangi bir döneminde invaziv kanser tanısı alan, tanı konmuş psikiyatrik hastalığı (depresyon, panik atak, şizofreni vb.) olmayan, Türkçe okuryazar olan gönüllü kadınlar dahil edilmiştir. Veri toplama formlarını eksik dolduran ve araştırmadan çekilmek isteyen kadınlar araştırmadan dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bireysel Bilgi Formu (BBF)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan BBF demografik özellikler (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu vb.), hastalık öyküsü (kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı) ve kanserin özellikleri (türü, evresi, tedavisi vb.) ile ilgili 15 sorudan oluşmuştur (6,7,21-23).

Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği (KÖSÖ)

KÖSÖ, Hagan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında kanserle mücadelede kadınların öz-savunuculuk düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek kanser tanısı alan kadınların ihtiyaçlarını, önceliklerini ve bir zorluk karşısında isteklerini karşılama becerilerini değerlendirmektedir. KÖSÖ, 20 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. 1-Bilinçli karar verici olma alt boyutu, bir kadının güvenilir bilgiyi bulma ve bunu kendisine uygulama becerisini değerlendirmektedir. 2-İlişki kurmanın gücü alt boyutu, bir kadının kendi ihtiyaçlarını başkalarının ihtiyaçlarıyla dengeleme ve kurduğu ilişkiler aracılığıyla güç kazanma becerisini değerlendirmektedir. 3-Sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyutu, bir kadının sağlık profesyonelleriyle faydalı ve saygılı ilişkiler kurabilme becerisini değerlendirmektedir. Ölçek altılı Likert tiptedir (kesinlikle katılmıyorum: 1 puan, katılmıyorum: 2 puan, kararsızım: 3 puan, bazen katılıyorum: 4 puan, çoğu zaman katılıyorum: 5 puan, kesinlikle katılıyorum: 6 puan). Ölçekteki 15., 16. ve 17. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten minimum 20 puan, maksimum 180 puan alınmaktadır. Alınan puanın artması öz-savunuculuk becerilerinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,87 olarak belirtilmiştir (7).

Kanser Güçlendirme Ölçeği (KGÖ)

5

KGÖ, Van den Berg ve arkadaşları tarafından 2013 yılında hastaların hastalıkları sürecinde kanser ile baş etmede güçlenme durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (24). 40 maddeden oluşan ölçeğin 1-Kişisel güç, 2-Sosyal destek, 3-Sağlık bakımı ve 4-Topluluk olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek beşli Likert tiptedir. Ölçekten minimum 40 puan, maksimum 200 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması, hastaların kanserle baş etme sürecinde güçlendiğini ifade etmektedir (24). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Yılmaz Karabulutlu, Bahçecioğlu Turan ve Karaman tarafından 2021 yılında yapılmış olup, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak belirtilmiştir (22). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak belirlenmiştir.

Kansere Tepki Tarzı Ölçeği (KTTÖ)

KTTÖ, Watson ve arkadaşları tarafından 2021 yılında hastaların kanser teşhisine verdikleri tepkilerin tanınması amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek kanser hastalarının tanı ve tedavilerine gösterdikleri uyumlarında hangi tepkileri ne ölçüde kullandıklarını değerlendirmektedir. KTTÖ 40 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. 1-Mücadeleci ruh alt boyutunda hasta hastalığı mücadele edilecek bir durum olarak görmekte, geleceğe olumlu bakmakta, hastalığı kontrol etmenin mümkün olduğuna inanmaktadır. 2-Çaresizlik/Ümitsizlik alt boyutunda hasta hastalığı bir kayıp olarak görmekte, sonucu olumsuz olarak değerlendirmekte, hastalığını kontrol edebileceğine inanmamaktadır. 3-Endişeli bekleyiş alt boyutunda hasta hastalığı büyük bir tehdit olarak algılamakta, kontrolü sağlayabileceği konusunda belirsizlik yaşamakta, hastalıkla ilgili bilgiyi aramakta, ancak bilgileri olumsuz değerlendirme eğilimindedir. 4-Kadercilik alt boyutunda hasta hastalığı küçük bir tehdit olarak algılamakta, sonucu olduğu gibi kabul etmekte ve kanseri kontrol edebileceğine inanmamaktadır. 5-İnkâr/Kaçınma alt boyutunda hasta hastalığı çok küçük bir tehdit olarak algılamakta ve prognoza olumlu bakmakta, ancak hastalığı göremediği için kontrol edebileceği aklına bile gelmemektedir. Ölçek dördümlü Likert tiptedir. Ölçekten minimum 40 puan, maksimum 160 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması o alt boyut tepkisinin daha çok yaşandığını göstermektedir (25). Ölçeğin Türkçe geçerlik

güvenirlilik çalışması Natan tarafından 2000 yılında yapılmış ve Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0,72 olarak belirtilmiştir (26). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın akış şeması Şekil 1’de yer almaktadır. Çalışmada ölçek geçerliği dil, kapsam, yapı, kriter ve bilinen grup geçerliği yöntemleriyle; ölçek güvenirliliği ise Cronbach alfa ve McDonald omega değerleri hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Dil Geçerliği

Dil geçerliği için ölçek maddeleri anadili Türkçe olan iki farklı çevirmen tarafından İngilizce’den Türkçe’ye çevrilmiştir. İki ileri çeviri ve orijinal ölçek, anadili Türkçe olan üçüncü çevirmene (uzlaştırmacı) gönderilmiştir. Bu çevirmen üç belgeyi göz önünde bulundurarak yeni bir İngilizce’den Türkçe’ye çeviri yapmıştır. Türkçe maddeler anadili İngilizce olan dördüncü çevirmene gönderilerek her maddeyi Türkçe’den İngilizce’ye çevirmesi istenmiştir (27). Geri çeviri aşaması tamamlandıktan sonra, araştırmacılar tarafından orijinal ölçek ve tüm çeviriler göz önünde bulundurularak taslak Türkçe KÖSÖ hazırlanmıştır.

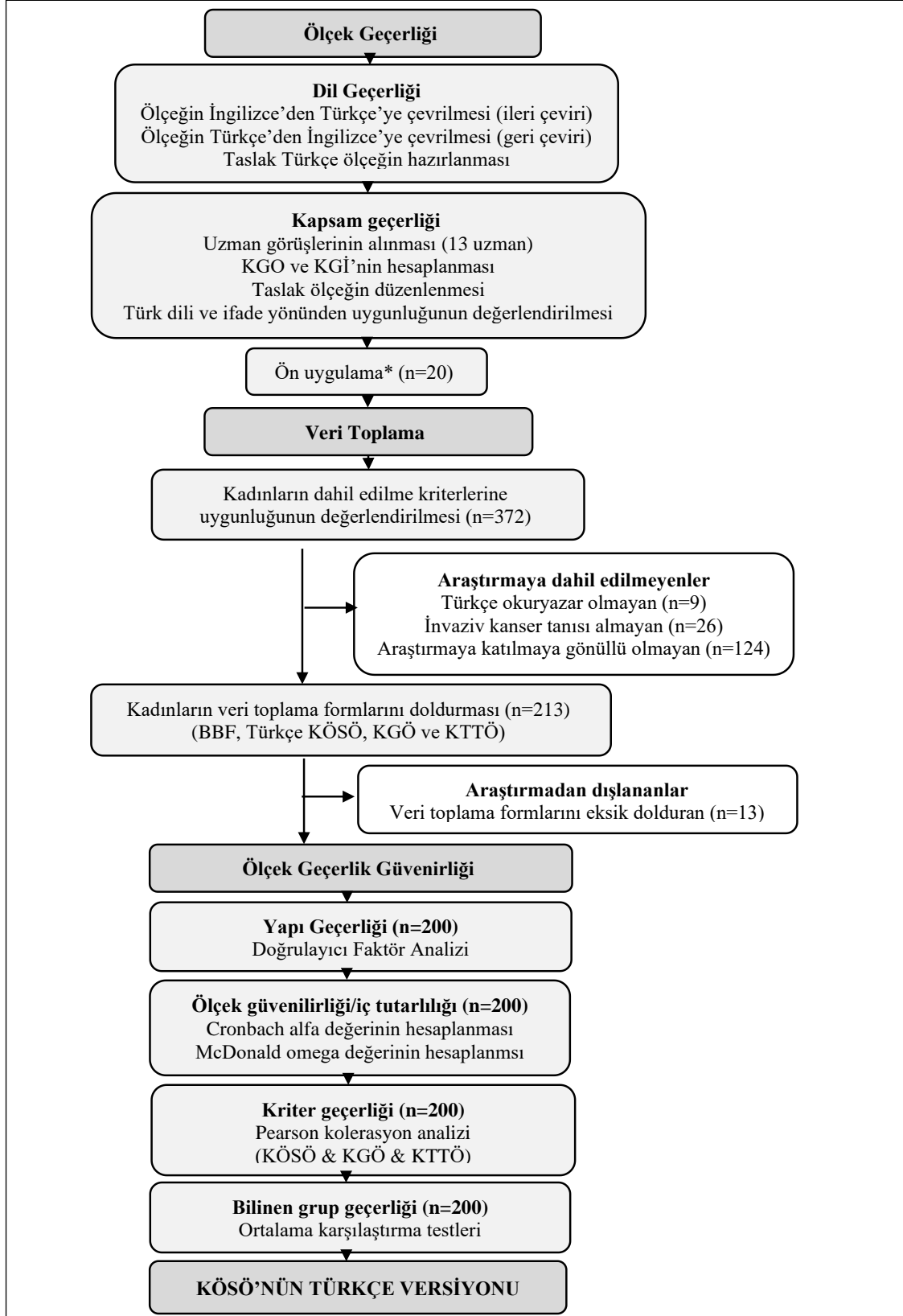
Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği için taslak ölçek kadın hastalıkları ve iç hastalıkları alanından 15 uzmana gönderilmiş olup, 13 uzman ölçek hakkında görüş bildirmiştir. Uzmanlar her bir ölçek maddesini Lawshe tekniğine göre 1-3 puan (uygun: 1 puan, uygun ancak düzeltilmeli: 2 puan, çıkartılmalı: 3 puan) aralığında değerlendirmiştir. Uzmanların değerlendirmelerine göre her bir maddenin gereklilik düzeyi için Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) ve maddelerin uygunluk düzeyi için Kapsam Geçerliği İndeksi (KGI) hesaplanmıştır (28). Ölçek maddeleri uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda düzenlendikten sonra, taslak ölçek Türk dili uzmanı tarafından değerlendirilmiştir.

Ön Uygulama

Taslak ölçeğin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 20 kadın (200 kişinin %10’u) ile ön uygulama yapılmıştır. Kadınlardan taslak ölçeği kendilerine en uygun şekilde doldurmaları ve anlaşılmayan yerleri araştırmacılara iletmeleri istenmiştir. Ölçek maddeleri kadınlar tarafından anlaşılır bulunmuştur. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Şekil 1. Araştırmanın akış şeması.



*Veriler araştırmaya dahil edilmemiştir. KGO: Kapsam Geçerlik Oranı, KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi, KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği, BBF: Bireysel Bilgi Formu, KGÖ: Kanser Güçlendirme Ölçeği, KTTÖ: Kanser Tepki Tarzı Ölçeği.

Veri Toplama

Veriler yüz yüze toplanmıştır. Araştırmacılar 372 kadının araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygunluğunu değerlendirmiştir. Türkçe okuyamaz olmayan (n=9), invaziv kanser tanısı almayan (n=26), çalışma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan (n=124) kadınlar dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Katılımcılar BBF'yi, Türkçe KÖSÖ'yü, KGÖ'yü ve KKTÖ'yü kendileri doldurmuştur. Veri toplama formlarını eksik dolduran kadınlar araştırma dışında tutulmuştur (n=13). Çalışma 200 kadının katılımıyla tamamlanmıştır (Şekil 1).

Verilerin Analizi

Çalışmada tanımlayıcı istatistikler frekans analizi, ölçek geçerlik ve güvenilirliği DFA, ortalama karşılaştırma testleri ve Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonuçlarından nicel veriler ortalama (Ort) ve standart sapma (SS); kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak verilmiştir. İstatistiksel analizler $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde, IBM SPSS 27 ve R programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir (29,30).

Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde taslak ölçeğe ilişkin 13 uzman görüş bildirdiği için KGO'nun 0,54'ten büyük olması önerilmektedir. KGO değeri 0,54'ten küçük olan maddeler çıkarıldıktan sonraki KGO değerlerinin ortalaması alınarak hesaplanan KGI de 0,54'ten büyük olmalıdır (28).

Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde öz-savunuculuk ölçüm modeli temel alınarak (7), ölçeğin yapı geçerliği için DFA köşegen ağırlıklı en küçük kareler (DWLS) tahmin tekniği kullanılarak uygulanmıştır. DFA ile ölçeğin faktör ve madde yapısının uygunluğu değerlendirilmiştir. Ölçek modelinin doğrulanması için, faktörlerdeki tüm maddelerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yerleşmesi ve tüm maddelerin Path katsayılarının pozitif olması önerilmektedir (31).

DFA sonucunda belirlenen uyum indekslerinden Ki-Kare'nin Serbestlik Derecesine Oranı (χ^2/sd) modelin verilere uygunluğunu belirlemek için kullanılmaktadır. Bu oran iki veya daha küçük ise mükemmel uyum, 2-5 arasında ise kabul edilebilir uyum düzeyindedir. Uyum İyiliği İndeksi (Goodness Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI), Tucker-Lewis İndeksi (Tucker-Lewis Index, TLI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), Göreli Uyum İndeksi (Relative Fit Index, RFI), Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index, IFI) 0.90'nın üzerinde olması kabul edilebilir uyumu, 0,95-1,00 aralığında olması ise mükemmel uyumu göstermektedir. Tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) 0,01-0,05 ise mükemmel uyumu, 0,10'a kadar kabul edilebilir model veri uyumunu göstermektedir (31,32).

Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde iç tutarlılığı temsil eden Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları hesaplanmaktadır. Bu katsayılar maddelerin aynı özelliği ölçme yeteneğini göstermektedir ve 0,70'ten büyük olmalıdır (33,34).

Kriter geçerliğinin değerlendirilmesinde öz-savunuculuk kavramının bir altın standardı olmadığı için, ilişkili olan ölçekler (KGÖ ve KTTÖ) kullanılmıştır (35). Ölçeklerin ve alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi Pearson kolerasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Pearson korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin gücünü belirlemektedir. İki değişken arasındaki ilişki ne kadar güçlüyse katsayı 1'e veya -1'e o kadar yakındır. Pearson korelasyon katsayısı 0,39'dan küçük ise zayıf korelasyonu, 0,40 ile 0,69 aralığında ise orta düzey korelasyonu, 0,70 ile 0,89 aralığında ise güçlü korelasyonu, 0,90'dan büyük ise çok güçlü korelasyonu göstermektedir (36). Çalışmada ölçüm puanları arasındaki ilişkiler R programında bulunan ggcorrplot paketi kullanılarak görselleştirilmiştir (37).

Bilinen grup geçerliğinin değerlendirilmesinde ölçülen özellikle ilişkisi olduğu bilinen bireysel özellikler, ölçek toplam ve alt boyut ortalama puanları ile karşılaştırılmaktadır. Böylece ölçeğin farklı gruplar arasında ayırım yapabilme yeteneği değerlendirilmektedir (38). KÖSÖ toplam ve alt boyut ortalama puanları üzerinden belirli özellikler ile ortalama karşılaştırma testleri yapılmıştır. Puanlara ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında olup olmadığı kontrol edilerek normal dağılıma uygunluğu belirlenmiştir (39). Değişkenlerin normal dağıldığı durumlarda, iki gruplu değişkenlerin ortalama karşılaştırmaları bağımsız örneklem t testi; en az üç gruplu değişkenlerin ortalama karşılaştırmaları Anova testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamli bulunan gruplar arası çoklu karşılaştırmalar, varyansların homojen olduğu durumlarda Tukey testi ile incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 25.10.2023, Sayı: E2-23-4911) tarafından onaylanmış ve hastane yönetiminden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. KÖSÖ'yü Türk kültürüne uyarlamak için ölçeği geliştiren yazardan online ortamda yazılı izin alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya katılımda gönüllülük esası sağlanmış olup, katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması $52,33 \pm 12,77$ yıl olup, %40,5'inin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %81,5'inin evli ve %67,5'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %64'ünün ev hanımı olduğu, %76,5'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %62,5'inin gelirinin giderine denk olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %43'ünün kanser dışında da kronik bir hastalığa sahip olduğu ve aynı oranda sürekli ilaç kullanıldığı belirlenmiştir. Katılımcılar arasında en yaygın görülen kanser türünün meme kanseri (%22,5) olduğu, bunu endometrium kanserinin (%18) ve serviks kanserinin (%10) takip ettiği saptanmıştır. Katılımcıların %64'ünün birinci evrede olduğu, %36,5'inde kanserin metastaz yaptığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %87'sinin kanser tedavisi aldığı, bu tedavinin %66,2'sini kemoterapi oluşturduğu belirlenmiştir. Kanserle mücadele süresinin ortalama $2,02 \pm 2,24$ yıl olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Kanserle en uzun mücadele süresinin ortalama 5 yıl ile mesane kanserine sahip olanlarda, en kısa mücadele süresinin ise ortalama 1,33 yıl ile tiroit kanserine sahip olanlarda olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara ait özellikler.

Özellikler			
Yaş, yıl	(Ort ± SS)	52,33 ± 12,77	
Kanserle mücadele süresi, yıl	(Ort ± SS)	2,02 ± 2,24	
	Grup	n	%
Eğitim düzeyi	Okur yazar	22	11
	İlköğretim	81	40,5
	Lise	44	22
	Üniversite	37	18,5
	Lisansüstü	16	8
Medeni durum	Evli	163	81,5
	Bekar	37	18,5
Aile tipi	Çekirdek aile	135	67,5
	Geniş aile	64	32
Meslek	Ev hanımı	128	64
	Memur	40	20
	İşçi	19	9,5
	Emekli	9	4,5
	Diğer	4	2
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	47	23,5
	Hayır	153	76,5
Ekonomik durum algısı	Gelirim giderimden fazla	19	9,5
	Gelirim giderime denk	125	62,5
	Gelirim giderimden eksik	56	28
Kanser dışında kronik bir hastalık varlığı	Evet	86	43
	Hayır	114	57
Kronik hastalığa bağlı sürekli ilaç kullanımı	Evet	86	43
	Hayır	114	57
Kanser türü	Meme	45	22,5
	Endometrium	36	18
	Serviks	20	10
	Akciğer	20	10
	Over	15	7,5
	Mide	13	6,5
	Kolorektal	11	5,5
	Pankreas	10	5
	Lenfoma	8	4
	Tiroit	6	3
	Lösemi	6	3
	Cilt	5	2,5
	Baş ve boyun	4	2
	Mesane	1	0,5
Kanserin evresi	Evre 1	128	64
	Evre 2	26	13
	Evre 3	26	13
	Evre 4	11	5,5
	Bilinmiyor	9	4,5
Kanserin metastaz yapma durumu	Evet	73	36,5
	Hayır	127	63,5
Kanser tedavisi alma durumu	Evet	174	87
	Hayır	26	13
Alınan tedavinin türü	Kemoterapi	147	66,2
	Cerrahi tedavi	53	23,9
	Radyoterapi	22	9,9

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde

Kapsam Geçerliliği

13 uzmanın görüşüne göre her bir madde için hesaplanan KGO değerlerinin 0,692-1,000 aralığında değiştiği ve 0,54'ten büyük olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). KGI değeri 0,78 olarak hesaplanmıştır (>0,54) ve ölçeğin kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

Tablo 2. KÖSÖ'ye ait KGO değerleri ve DFA istatistikleri.

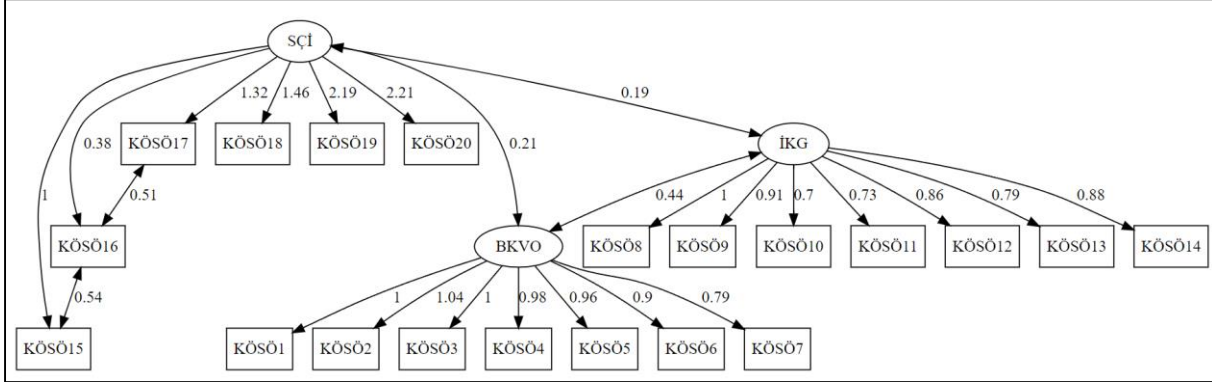
Faktör	Madde	KGO	B	SB (β)	SE	z	p
Bilinçli karar verici olma	KÖSÖ1	0,692	1	0,806			
	KÖSÖ2*	0,692	1,042	0,841	0,041	25,321	<0,001
	KÖSÖ3*	0,692	0,998	0,804	0,036	27,932	<0,001
	KÖSÖ4*	0,692	0,979	0,790	0,035	28,321	<0,001
	KÖSÖ5*	0,846	0,962	0,776	0,035	27,383	<0,001
	KÖSÖ6*	0,692	0,896	0,723	0,034	26,022	<0,001
	KÖSÖ7*	0,692	0,787	0,635	0,034	23,186	<0,001
İlişki kurmanın gücü	KÖSÖ8	0,846	1	0,821			
	KÖSÖ9*	0,846	0,909	0,747	0,042	21,77	<0,001
	KÖSÖ10*	0,692	0,696	0,571	0,035	19,652	<0,001
	KÖSÖ11*	0,692	0,732	0,601	0,037	20,033	<0,001
	KÖSÖ12*	0,692	0,863	0,709	0,039	22,378	<0,001
	KÖSÖ13*	0,692	0,793	0,651	0,038	20,991	<0,001
	KÖSÖ14*	0,846	0,881	0,723	0,039	22,517	<0,001
Sağlık çalışanlarıyla iletişim	KÖSÖ15	0,846	1	0,385			
	KÖSÖ16*	1,000	0,382	0,147	0,088	4,343	<0,001
	KÖSÖ17*	0,692	1,319	0,507	0,134	9,852	<0,001
	KÖSÖ18*	0,692	1,457	0,561	0,135	10,827	<0,001
	KÖSÖ19*	1,000	2,195	0,845	0,186	11,822	<0,001
	KÖSÖ20*	1,000	2,213	0,852	0,187	11,828	<0,001

KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği, KGO: Kapsam Geçerlik Oranı, B: Path katsayısı, SB (β): Standartlaştırılmış Path katsayısı, SE: Standart hata
*%1 hata seviyesi için anlamlıdır.

Yapı Geçerliği

Ölçeğe ait DFA sonuçlarına göre ölçek üç faktör altında toplanmıştır. Bilinçli karar verici olma faktöründeki maddelerin faktör yükleri 0,787 ile 1,042 arasında, İlişki kurmanın gücü faktöründeki maddelerin yükleri 0,696 ile 0,909 arasında, Sağlık çalışanlarıyla iletişim faktöründeki maddelerin yükleri ise 0,382 ile 2,213 arasında değişiklik göstermiştir. Tüm maddelerin anlamlı faktör yüklerine sahip olduğu belirlenmiştir. Maddelere ait tüm Path katsayıları pozitif ve p değerleri anlamlı olup ($p<0,05$), bu durum ölçeğin yapı geçerliğini desteklemiştir (Tablo 2, Şekil 2).

Şekil 2. KÖSÖ'ye ait DFA grafiği.



BKVO: Bilinçli karar verici olma, İKG: İlişki kurmanın gücü, SÇİ: Sağlık çalışanlarıyla iletişim, KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği.

Ölçeğe ait uyum indeksleri incelendiğinde (χ^2/sd 2,898, GFI 0,973, CFI 0,972, AGFI 0,953, TLI/NNFI 0,968, NFI 0,959, RFI 0,952, IFI 0,973, RMSEA 0,98) modelin doğrulandığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. KÖSÖ'ye ait uyum indeksleri.

İndeks	Değer	Sonuç
χ^2	478,093	
sd	165	
χ^2/sd	2,898	Kabul edilebilir uyum
GFI	0,973	Mükemmel uyum
CFI	0,972	Mükemmel uyum
AGFI	0,953	Mükemmel uyum
TLI / NNFI	0,968	Mükemmel uyum
NFI	0,959	Mükemmel uyum
RFI	0,952	Mükemmel uyum
IFI	0,973	Mükemmel uyum
RMSEA	0,098	Kabul edilebilir uyum

χ^2/sd : Ki-Kare'nin Serbestlik Derecesine Oranı, GFI: Goodness Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi), CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), AGFI: Adjusted Goodness Fit Index (Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi), TLI: Tucker-Lewis İndeks, NFI: Normed Fit İndeks (Normlaştırılmış Uyum İndeksi), NNFI: Non-Normed Fit İndeks (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi), RFI: Relative Fit Index (Görelî Uyum İndeksi), IFI: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi), RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Tahmin Hatalarının Ortalamasının Karekökü)

Ölçek Güvenirliği

Ölçeğe ait Cronbach alfa ve McDonald omega değerleri 0,89 ve 0,92 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa değerleri 0,87 ile 0,70 aralığında; McDonald omega değerleri 0,92 ile 0,83 aralığında olduğu saptanmıştır. Tüm sonuçların 0,70 ve üzerinde olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra tüm maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. KÖSÖ'ye ait güvenilirlik analizi sonuçları.

Faktör	Madde	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları	Madde silindiğinde alfa	Alfa	Omega
Bilinçli karar verici olma	1.Tedavi sürecimle ilgili karar vermeden önce bu konuda araştırma yaparım.	0,770	0,845	0,87	0,92
	2.Tedavi sürecimle ilgili önemli kararlar vermeden önce seçeneklerimi dikkatlice değerlendiririm.	0,799	0,839		
	3.Tedavi sürecimle ilgili karar vermeden önce kendimi hazırlarım.	0,777	0,842		
	4.Kanserle mücadele eden / etmiş biri olarak karşılaştığım sorunları çözmek için çabalarım.	0,751	0,846		
	5.Tedavi sürecimle ilgili karar vermem gerektiğinde önceliklerimin neler olduğunu bilirim.	0,722	0,851		
	6.İkinci bir görüş almak için başka birine rahatlıkla danışabilirim.	0,719	0,853		
	7.Sağlık çalışanı sorumu cevaplayamadığımda, doğru cevabı nerede bulabileceğimi bilirim.	0,692	0,859		
İlişki kurmanın gücü	8.Kanser konusunda farkındalığı artırmaya çalışırım.	0,718	0,792	0,82	0,88
	9.Kanserle mücadele eden diğer kişilere yardım etmek bana da iyi gelir.	0,686	0,797		
	10.Diğer insanlara başımdan geçenleri anlatmak bana iyi hissettirir.	0,682	0,800		
	11.Destek almak için kanserle mücadele eden / etmiş diğer kişilere ulaşmaya çalışırım.	0,708	0,798		
	12.Kanser deneyimimi başkalarıyla rahatça paylaşabilirim.	0,687	0,799		
	13.Birinin kanser olduğunu duyduğumda ona ulaşmaya çalışırım.	0,716	0,793		
	14.Kanserle mücadele eden / etmiş diğer kişilerin de benim yaşadıklarımı yaşadığını bilmek bana yardımcı olur.	0,669	0,801		
Sağlık çalışanlarıyla iletişim	*15.Bir çözümü olmadığını düşünüyorsam, sağlık çalışanlarıyla sorunlarım hakkında konuşmam.	0,692	0,638	0,70	0,83
	*16.Kanserle ilgili yaşadığım sorunları nadiren sağlık çalışanlarına anlatırım.	0,630	0,666		
	*17.Tercihlerimi sağlık çalışanlarına söylemekte zorlanırım.	0,681	0,635		
	18.Sağlık çalışanlarının tavsiyelerine katılmadığımda, tavsiyelerini sorgularım.	0,487	0,701		
	19.Sağlık çalışanlarından tavsiyelerini açıklamalarını isterim.	0,669	0,633		
	20.Sağlık çalışanlarının bana ne söylediklerini anlamadığımda, onlara sorular sorarım.	0,620	0,652		
KÖSÖ				0,89	0,92

*Ters madde. KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadımların Öz-Savunuculuğu Ölçeği, Alfa ve Omega: Güvenilirlik katsayıları.

Kriter Geçerliği

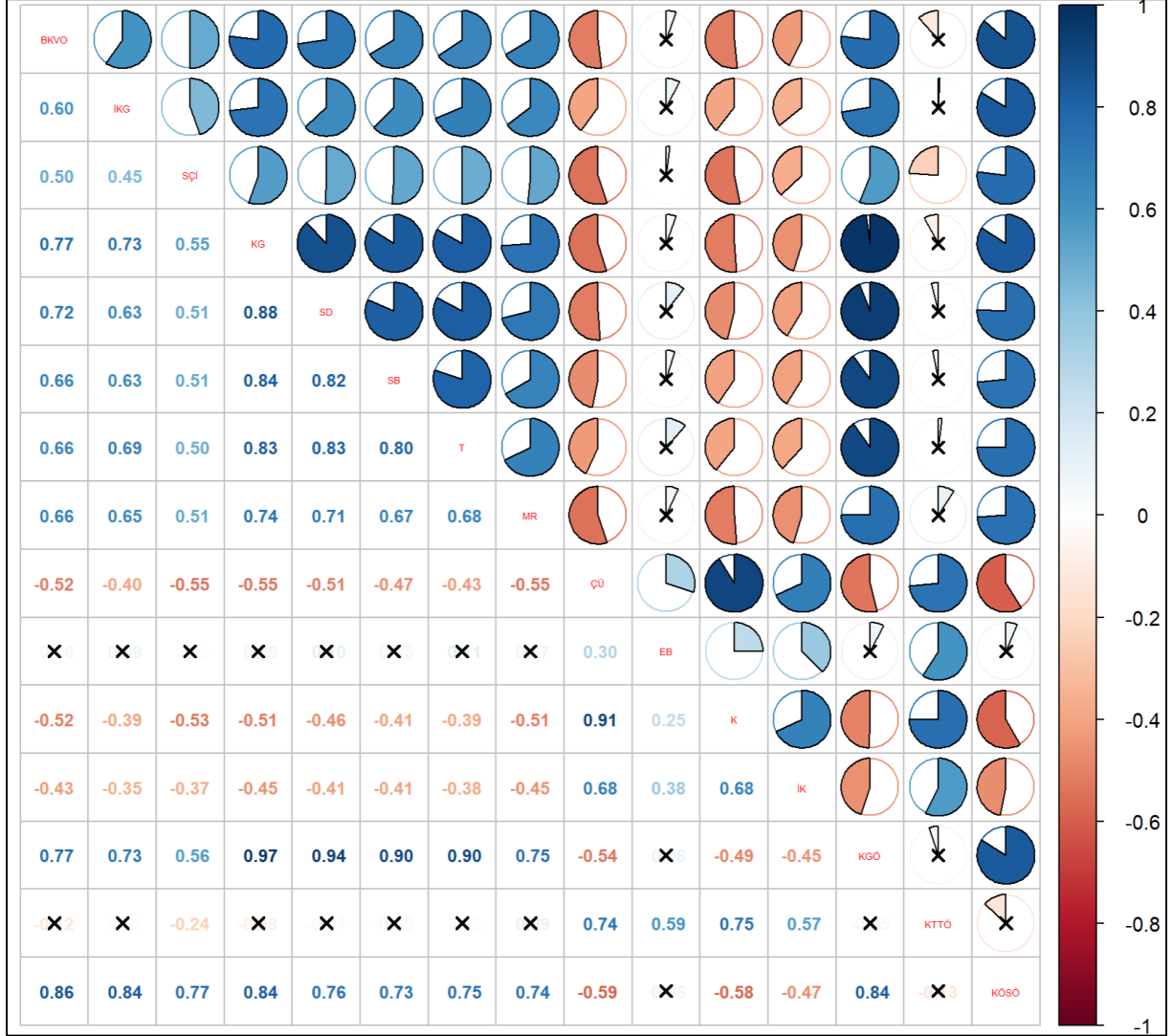
Katılımcıların KÖSÖ toplam ortalama puanı $90,31 \pm 16,71$ olup, Bilinçli karar verici olma, İlişki kurmanın gücü ve Sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyutlarının ortalama puanları sırasıyla $32,55 \pm 7,14$, $32,18 \pm 6,94$ ve $25,58 \pm 6,19$ olarak saptanmıştır. KGÖ ve KTTÖ toplam ortalama puanları sırasıyla $154,71 \pm 26,29$ ve $106,47 \pm 10,90$ olarak belirlenmiştir (Tablo 5). KÖSÖ toplam ve alt boyut ortalama puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. KÖSÖ ve KGÖ arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki gözlenmiştir ($r = 0,82$, $p < 0,05$). Böylece kanserle mücadelede öz-savunuculuğun kanserden güçlenme hissiyle yüksek düzeyde bağlantılı olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra KÖSÖ'nin alt boyutları ile KGÖ'nün ve KTTÖ'nün alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla ölçeğin kriter geçerliği sağlanmıştır (Şekil 3).

Tablo 5. Çalışmada kullanılan ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort	SS	Min	Maks	Sk	Kt
KÖSÖ	90,31	16,71	23	120	-1,22	2,32
Bilinçli karar verici olma	32,55	7,14	7	42	-1,03	1,22
İlişki kurmanın gücü	32,18	6,94	7	42	-1,01	1,23
Sağlık çalışanlarıyla iletişim	25,58	6,19	6	36	-0,55	0,16
KGÖ	154,71	26,29	50	196	-1,71	3,46
Kişisel güç	73,86	12,84	24	95	-1,58	2,96
Sosyal destek	35,22	6,34	12	45	-1,41	2,29
Sağlık bakımı	23,06	4,37	6	30	-1,58	3,02
Topluluk	22,57	4,29	7	29	-1,32	2,09
KTTÖ	106,47	10,90	86	137	0,55	-0,57
Mücadeleci ruh	50,08	7,09	23	64	-1,06	2,05
Çaresizlik/Ümitsizlik	11,28	5,30	6	24	0,68	-1,01
Endişeli bekleyiş	25,39	2,56	20	34	0,38	0,04
Kadercilik	17,31	5,70	9	31	0,44	-1,15
İnkar/Kaçınma	2,40	0,95	1	4	-0,03	-0,97

KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği, KGÖ: Kanser Güçlendirme Ölçeği, KTTÖ: Kanser Tepki Tarzı Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma; Min: Minimum, Maks: Maksimum, Sk: Skewness (Çarpıklık), Kt: Kurtosis (Basıklık)

Şekil 3. KÖSÖ, KGÖ ve KTTÖ arasındaki ilişkiler.



BKVO: Bilinçli karar verici olma, İKG: İlişki kurmanın gücü, SÇİ: Sağlık çalışanlarıyla iletişim, KG: Kişisel güç, SD: Sosyal destek, SB: Sağlık bakımı, T: Topluluk, MR: Mücadeleci ruh, ÇÜ: Çaresizlik/Ümitsizlik, EB: Endişeli bekleyiş, K: Kadercilik, İK: İnkâr/Kaçınma, KGÖ: Kanser Güçlendirme Ölçeği, KTTÖ: Kanser Tepki Tarzı Ölçeği, KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği.

Bilinen Grup Geçerliliği

Tablo 6'da katılımcıların bazı özelliklerine göre KÖSÖ toplam ve alt boyut ortalama puanlarının karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Bilinçli karar verici olma alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcıların Bilinçli karar verici olma alt boyut ortalama puanları ilköğretim mezunu olan katılımcılara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Metastazı olmayan katılımcıların metastazı olan katılımcılara göre KÖSÖ toplam, Bilinçli karar verici olma alt boyut ve Sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyut ortalama puanları anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Meme ve jinekolojik kanseri olan katılımcıların ölçek toplam, Bilinçli karar verici olma ve Sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyut ortalama puanlarının diğer kanser türlerine sahip katılımcılardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Bazı özelliklere göre KÖSÖ toplam ve alt boyut ortalama puanlarının karşılaştırılması.

Özellikler	Grup	KÖSÖ	Bilinçli karar verici olma alt boyutu	İlişki kurmanın gücü alt boyutu	Sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyutu
Eğitim durumu	Okuryazar (1)	89,41 ± 13,91	31,32 ± 6,80	32,23 ± 6,52	25,86 ± 5,10
	İlköğretim (2)	87,81 ± 19,34	31,05 ± 7,85	31,86 ± 7,85	24,90 ± 6,91
	Lise (3)	91,64 ± 14,54	32,80 ± 5,98	33,11 ± 6,00	25,73 ± 5,50
	Lisans (4)	92,62 ± 15,20	34,86 ± 6,88	31,35 ± 6,87	26,41 ± 6,14
	Lisansüstü (5)	95,13 ± 14,07	35,75 ± 5,26	33,06 ± 5,41	26,31 ± 5,84
	F	1,047	2,690	0,432	0,477
	p	0,384	0,021*	0,785	0,752
	Post-hoc		4>2, 5>2		
Medeni durum	Bekar	86,54 ± 18,07	31,68 ± 7,63	30,46 ± 7,73	24,41 ± 6,45
	Evli	91,16 ± 16,32	32,74 ± 7,03	32,57 ± 6,72	25,85 ± 6,11
	t	-1,523	-0,820	-1,677	-1,281
	p	0,129	0,413	0,095	0,202
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	87,74 ± 15,37	33,40 ± 7,75	31,64 ± 7,42	22,70 ± 4,80
	Hayır	87,93 ± 14,63	32,28 ± 6,95	32,35 ± 6,81	23,30 ± 5,29
	t	-0,074	0,943	-0,611	-0,693
	p	0,941	0,347	0,542	0,489
Kanser türü	Meme ve jinekolojik	90,25 ± 12,52	33,55 ± 6,67	32,60 ± 6,18	24,09 ± 4,76
	Diğer	84,62 ± 16,94	31,15 ± 7,56	31,60 ± 7,88	21,87 ± 5,46
	t	-2,578	-2,371	-1,014	-3,067
	p	0,011*	0,019*	0,312	0,002*
Metastaz durumu	Evet	85,75 ± 19,18	30,42 ± 8,46	30,97 ± 7,51	24,36 ± 6,82
	Hayır	92,92 ± 14,55	33,76 ± 5,96	32,87 ± 6,53	26,28 ± 5,7
	t	-2,768	-2,976	-1,876	-2,140
	p	0,007*	0,004*	0,062	0,034*

KÖSÖ: Kanserle Mücadelede Kadınların Öz-Savunuculuğu Ölçeği, F=Bağımsız örneklem Anova testi, t=Bağımsız örneklem t-testi, p=Anlamlılık değeri.

*p <0,05

TARTIŞMA

Çalışmada KÖSÖ Türkçe'ye uyarlanmış, ölçeğin geçerlik analizleri yapılmış ve güvenilirliği teyit edilmiştir. Öz-savunuculuk, gizil değişkenleri barındırması bakımından ölçülmesi zor bir kavramdır. Bu nedenle öz-savunuculuğun psikometrik ölçeklerle değerlendirilmesi önerilmektedir (23). Bu bakımdan kanser hastalarında teorik temelli Türkçe bir öz-savunuculuk ölçeğinin sağlık profesyonellerinin kullanımına sunulmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışma ile KÖSÖ'nün Türkçe versiyonunun (KÖSÖ-T) hedef popülasyonda kullanılmasının kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği ortaya konmuştur. KÖSÖ-T kanserle mücadele eden Türk kadınlarının zorluklar karşısında ihtiyaçlarını ne derecede karşılayabildiklerinin geçerli ve güvenilir bir ölçüsüdür. Bu ölçüm aracı kanser tanısı alan kadınların kendini savunma yeteneklerini, bu konudaki kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörlerini belirleme imkânı sunmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonelleri bu ölçeği kullanarak kanser tanısı alan kadınların klinik karar alma süreçlerine aktif katılımlarını, hasta merkezli bakımın etkinliğini, öz-savunuculuk düzeylerini arttırmak için geliştirilen programların ve diğer yeni müdahalelerin etkinliğini değerlendirebilir (5).

Litetatür incelendiğinde, KÖSÖ'nün Deng ve arkadaşları tarafından 2022 yılında Çin kültürüne uyarlandığı görülmüştür (23). Bunun yanı sıra ölçeği geliştiren Hagan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında KÖSÖ'nün geçerlik güvenilirliği kanser tanısı alan erkeklerden oluşan hasta

popülasyonunda test edilmiştir (7). Erkek hastalardan veri toplarken orijinal ölçeğin madde havuzundaki 29 madde kullanılmıştır. Psikometrik analizler sonucunda ise ölçekten dokuz madde çıkarılarak, KÖSÖ'nün erkeklere uyarlanan versiyonu (KÖSÖ-E) orijinal ölçek ile aynı maddeleri içeren formda kullanıma sunulmuştur (6). Bu çalışmada da ölçeğin kapsam geçerliği için görüşlerine başvurduğumuz uzmanlar ve ön uygulamada ölçeği dolduran kadınlar maddelerin anlaşılabilirliğine vurgu yapmıştır. Analizler sonucunda ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmamıştır. KÖSÖ-T'nin KGI değeri KÖSÖ'nün Çince versiyonunda (KÖSÖ-Ç) olduğu gibi (23) yeterli bulunmuştur.

Çalışmada DFA sonuçları ve uyum indeksleri doğrultusunda, KÖSÖ'nün temellendirildiği öz-savunuculuk kavramına dayalı üç faktörlü yapı modeli benimsenmiştir. Ölçeğin orijinalinde ve diğer uyarlama çalışmalarında da aynı yapı geçerli bulunmuştur (6,7,23). KÖSÖ-T kanserle mücadele eden Türk kadınlarının öz-savunuculuk düzeylerini ihtiyaçları doğrultusunda karar verme, sosyal ilişkilerinden destek alma, sağlık profesyonelleriyle iletişim kurma becerilerini değerlendirerek belirlemektedir. Böylece ölçek kanser tanısı alan kadınların klinik kararlara katılımının ve mevcut kaynaklarını nasıl kullandığının anlaşılmasına imkân sağlamaktadır.

İç tutarlılığın değerlendirilmesinde Cronbach alfa genellikle kullanılan ve kabul gören bir katsayıdır (33). Yapılan çalışmalar McDonald omega katsayısının hem Cronbach alfaya hem de diğer iç tutarlılık katsayılarına göre güvenilirliğin daha duyarlı bir kestiricisi olduğunu göstermiştir (40,41). Bu nedenle çok boyutlu konjenerik ölçümlerde iç tutarlılık anlamında güvenilirlik kanıtı olarak Cronbach alfa yanında McDonald omega katsayısının da kullanılması önerilmektedir (34). KÖSÖ-T'nin Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları kabul gören değerin üzerinde olup (33,34), KÖSÖ-E'ye ve KÖSÖ-Ç'ye ait Cronbach alfa değerleri ile benzerdir (6,23). Ölçeğin Sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyutunun Cronbach alfa değerinin diğer iki alt boyuta ait Cronbach alfa değerlerinden daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Orijinal ölçekte de aynı alt boyutunun Cronbach alfa değeri diğer alt boyutların Cronbach alfa değerlerinden düşüktür (7). Dolayısıyla bu alt boyutta yer alan maddeleri iyileştirmek ve sağlık profesyonelleriyle etkili bir iletişimin kadının öz-savunuculuk becerisiyle nasıl bir ilişkisi olduğunu anlamak için daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Kriter geçerliği kapsamında belirlen KÖSÖ-T ile tüm alt boyutları arasındaki güçlü, anlamlı ve pozitif yönlü ilişki, kanserle mücadele eden kadınların yaşadığı sorunlarda bilgilendirilerek bilinçli kararlar almalarının, sosyal ilişkilerini geliştirerek ve destek kaynaklarını kullanarak güçlenmelerinin, sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurmalarının öz-savunuculuk düzeylerini arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca literatürde kanserle mücadelede öz-savunuculuğu iyileştirmenin kadınların bu süreçten güçlenerek çıkmasını olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (42,43). Bu çalışmada belirlenen KÖSÖ-T ile KGÖ ve tüm alt boyutları (Kişisel güç, Sosyal destek, Sağlık bakımı, Topluluk) arasındaki; KÖSÖ ile KTTÖ'nün Mücadeleci ruh alt boyutu arasındaki güçlü, anlamlı ve pozitif yönlü ilişki hem bu bilgiyi desteklemekte hem de KÖSÖ-T'nin geçerli bir ölçüm aracı olduğunu kanıtlamaktadır.

Çalışmada elde edilen Pearson korelasyon katsayıları ayrıntılı incelendiğinde, beş önemli sonuca varılmaktadır. Birincisi kadınlar kanserle baş etme sürecinde bilinçli kararlar verdiklerinde süreç onları güçlendirmektedir. İkincisi bu süreçte bilinçli kararlar verme daha çok kişisel gücü ve sosyal desteği arttırarak onları güçlendirmektedir. Üçüncüsü bilinçli karar verici olmak çaresizliği, ümitsizliği, endişeyi, kaderciliği ve inkârı azaltırken, mücadeleci ruhu arttırmaktadır. Dördüncüsü mücadeleci ruha sahip olmak da kadınların süreçten güçlenerek

çıkmasını sağlamaktadır. Beşincisi bu süreçte sosyal ilişkileri ve sağlık profesyonelleriyle iletişimi geliştirmek kişisel gücü, sosyal desteği, sağlık bakımını ve topluluğun gücünü arttırarak kanserden güçlenmeyi sağlamakta; mücadelecı ruhu desteklemekte, çaresizlik, ümitsizlik ve kadercılığı azaltmaktadır. Tüm bu sonuçların literatür bilgisi ile uyumlu olması (42,43), KÖSÖ-T'nin ve alt boyutlarının geçerli veriler ürettiğinin kanıtıdır.

Kanserle mücadelede öz-savunuculuk kavramını geliştiren Hagan vd.'nin hipotezine göre; kadının öz-savunuculuk alt boyutlarından aldığı puan ne kadar yüksekse, kanser semptomlarının yaşamını olumsuz yönde etkileme olasılığı o kadar azdır (7,21). Çalışmada öz-savunuculuğu yüksek olan kadınlarda kanserin metastaz yapma olasılığının düşük olduğunu gösteren bulgu Hagan arkadaşlarının hipotezini desteklemektedir. Aynı zamanda çalışma sonuçları bilinçli karar veren ve sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kuran kadınlarda kanserin metastaz yapma ihtimalinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum kanser semptomlarını sağlık profesyonelleri ile tartışan bir kadının, sağlığıyla ilgili karar verme sürecine dahil olma, bu semptomların nasıl tedavi edileceğine dair etkili öneriler alma, sağlık kuruluşuna gitmek için kendi kendini yönlendirme olasılığının yüksek olabileceği hipoteziyle ilişkilendirilebilir (7). Çalışmada hipotezleri destekleyen sonuçların elde edilmesi, KÖSÖ-T'nin öz-savunuculuk kavramına temellendirilmiş teorik yapısını doğrulamaktadır.

18

Çalışmada meme kanseri ve jinekolojik kanserler gibi kadınlarda daha sık görülen ve cinsiyetiyle ilişkili kanser türüne sahip kadınların öz-savunuculuk düzeylerinin, seyrek görülen ve cinsiyetle ilişkili olmayan kanser türlerine sahip kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu daha seyrek görülen ve cinsiyetle ilişkili olmayan kanser türüne sahip kadınların öz-savunuculuk düzeyleri daha düşük olduğu için semptomlardan daha olumsuz etkileneceklerini düşündürmektedir. Çalışmada bu kanser türlerine sahip kadınların bilinçli karar verici olma ve sağlık çalışanlarıyla iletişim alt boyut puan ortalamalarının meme ve jinekolojik kanserlere sahip kadınlardan daha düşük bulunması, sağlık profesyonellerine kanserle mücadelede öz-savunuculuğu zayıf bir popülasyonu işaret etmektedir. Hem bilinçli karar vermenin hem de iletişimin müdahaleye uygun kavramlar olduğu göz önünde bulundurulduğunda (44,45), seyrek görülen ve cinsiyete özgü olmayan kanser türlerine sahip kadınların eğitim programı ile öz-savunuculuk düzeyleri arttırılabilir. Böylece bu gruptaki kadınların semptom yönetimi ve yaşam kaliteleri iyileştirilebilir.

Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Çalışmada çeşitli kanser türlerine sahip, kanserin her evresinde olan ve her tedavi türünden alan katılımcılara ulaşılmıştır. Katılımcılar her değişkenin alt gruplarına eşit şekilde dağıtılamasa da her grupta büyük ölçüde katılımcının yer alması çalışmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır. Çalışmanın iki sınırlılığı bulunmaktadır. Birincisi araştırma sonuçları katılımcıların bildirdiği bilgiler ile sınırlıdır. İkincisi araştırma bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirildiği için sonuçlar genellenemez.

SONUÇ

KÖSÖ-T, kanserle mücadele eden Türk kadınları arasında öz-savunuculuğun psikometrik açıdan sağlam bir ölçüsüdür. Hasta tarafından bildirilen sonuçların ve hasta merkezli bakımın hassas ölçüm gerektirdiği bir ortamda, KÖSÖ-T kanser tanısı alan kadınların öz-savunuculuğu gibi kritik bir kavramı değerlendirmektedir. Dolayısıyla KÖSÖ-T'nin kliniklerde kullanımı

sağlık profesyonellerine öz-savunuculuk becerileri yeterli olmayan kadınların kanser deneyimleri boyunca sorunlarını, ihtiyaçlarını ve isteklerini ele alma konusunda destek olacaktır. Gelecekte bu ölçüm aracı kullanılarak yeni bir müdahalenin kanser tanısı alan kadınların öz-savunuculuk becerilerini geliştirip geliştirmediğini, semptom yükünde ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada iyileşme sağlayıp sağlamadığını değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Açıklamalar: Bu çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı (Tarih: 25.10.2023, Sayı: E2-23-4911) tarafından onaylanmış ve hastane yönetiminden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. KÖSÖ'yü Türk kültürüne uyarlamak için ölçeği geliştiren yazardan online ortamda yazılı izin alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya katılımda gönüllülük esası sağlanmış olup, katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics. 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(1):17-48. doi: 10.3322/caac.21763.
2. Wang Y, Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. Gen Psychiatr. 2022;35(5):e100871. doi: 10.1136/gpsych-2022-100871.
3. National Cancer Institute. Definitions, survivorship terms. 2024. [Cited 2024 July 18]. Available from <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions#terms>
4. Schmidt EK, Faieta J, Tanner K. Scoping review of self-advocacy education interventions to improve care. OTJR (Thorofare N J). 2020;40(1):50-56. doi: 10.1177/1539449219860583.
5. Hagan TL, Donovan HS. Self-advocacy and cancer: a concept analysis. J Adv Nurs. 2013;69(10):2348-59. doi: 10.1111/jan.12084.
6. Thomas TH, Scott PW, Nilsen ML, Lee J, McCarthy ME, Harris A, Johnson J, Donovan HS. The female self-advocacy in Cancer Survivorship scale is a psychometrically sound measure of self-advocacy in male cancer survivors. Psychooncology. 2024;33(1):e6269. doi: 10.1002/pon.6269.
7. Hagan TL, Cohen SM, Rosenzweig MQ, Zorn K, Stone CA, Donovan HS. The Female Self-Advocacy in Cancer Survivorship Scale: A validation study. J Adv Nurs. 2018;74(4):976-987. doi: 10.1111/jan.13498.
8. Daniels J, Struthers H, Soler J, Ricco E, Blackmon J, Teklehaimanot S, McIntyre J, Coates T. Building self-advocacy in HIV care: the use of role-play to examine healthcare access for HIV-positive MSM in rural South Africa. Glob Health Promot. 2021;28(3):32-40. doi: 10.1177/1757975920974008.
9. Lee SH, Kang HN, Kim S. The experiences of students with intellectual and developmental disabilities, parents, and teachers regarding health self-advocacy program with school-home connection: a qualitative study. Front Psychiatry. 2023;14:1273324. doi: 10.3389/fpsy.2023.1273324.
10. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave men" and "Emotional women": a theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. Pain Res Manag. 2018;2018:6358624. doi: 10.1155/2018/6358624.
11. Bevilacqua LA, Dulak D, Schofield E, Starr TD, Nelson CJ, Roth AJ, Holland JC, Alici Y. Prevalence and predictors of depression, pain, and fatigue in older- versus younger-adult

- cancer survivors. *Psychooncology*. 2018;27(3):900-907. doi: 10.1002/pon.4605.
12. Keogh E. Gender differences in the nonverbal communication of pain: a new direction for sex, gender, and pain research? *Pain*. 2014;155(10):1927-1931. doi: 10.1016/j.pain.2014.06.024.
13. Cheung WY, Le LW, Gagliese L, Zimmermann C. Age and gender differences in symptom intensity and symptom clusters among patients with metastatic cancer. *Support Care Cancer*. 2011;19(3):417-23. doi: 10.1007/s00520-010-0865-2.
14. Wessels H, de Graeff A, Wynia K, de Heus M, Kruitwagen CL, Woltjer GT, Teunissen SC, Voest EE. Gender-related needs and preferences in cancer care indicate the need for an individualized approach to cancer patients. *Oncologist*. 2010;15(6):648-55. doi: 10.1634/theoncologist.2009-0337.
15. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care: the influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(3):326-33. doi: 10.1089/jwh.2011.2903.
16. Surbone A, Kagawa-Singer M. Culture matters as well. *J Clin Oncol*. 2013;31(22):2832-3. doi: 10.1200/JCO.2013.49.5838.
17. Pozzar RA, Berry DL. Gender differences in bladder cancer treatment decision making. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(2):204-209. doi: 10.1188/17.ONF.204-209.
18. Jوسفeld L, Keinki C, Pammer C, Zomorodbakhsch B, Hübner J. Cancer patients' perspective on shared decision-making and decision aids in oncology. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2021;147(6):1725-1732. doi: 10.1007/s00432-021-03579-6.
19. Gagnier JJ, Lai J, Mookink LB, Terwee CB. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2021;30(8):2197-2218. doi:10.1007/s11136-021-02822-4
20. De Vellis, Rober F, Carolyn T. Thorpe. *Scale development: theory and applications*. 5th Edition. USA: Sage Publications; 2022.
21. Hagan TL, Gilbertson-White S, Cohen SM, Temel JS, Greer JA, Donovan HS. Symptom burden and self-advocacy: exploring the relationship among female cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 2018;22(1):E23-E30. doi: 10.1188/18.CJON.E23-E30.
22. Yılmaz Karabulutlu E, Bahçecioğlu Turan G, Karaman S. Turkish validity and reliability study of Cancer Empowerment Scale. *Psichiatri Danub*. 2021;33(Suppl 13):314-320.
23. Deng M, Lu Z, Wang A, Zhang X, Qiu J, Zhang Y, Chen Y, Wang J. Psychometric properties of the Chinese version of Female Self-Advocacy in Cancer Survivorship Scale. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2022;9(9):100080. doi: 10.1016/j.apjon.2022.100080.
24. Van den Berg SW, van Amstel FK, Ottevanger PB, Gielissen MF, Prins JB. The cancer empowerment questionnaire: psychological empowerment in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2013;31(5):565-83. doi: 10.1080/07347332.2013.825361.
25. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*. 1988;18:203-209.
26. Natan İ. Kanser tanısı almış hastalarda kansere tepki tarzı ölçeğinin (mental adjustment to cancer scale) güvenilirlik ve geçerlik yönünden incelenmesi □Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi□. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
27. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Eval Health Prof*. 2005;28(2):212-32. doi: 10.1177/0163278705275342.
28. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975;28(4):563-75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x

29. IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.
30. R Core Team 2022. R: A Language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. <https://www.R-project.org>
31. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. 3rd edition. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2010.
32. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In *Testing Structural Equation Models*; Bollen KA, Long JS, Eds.; Sage: Newbury Park, CA, USA, 1993.
33. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
34. Soysal S. Çok boyutlu test yapılarında alfa, tabakalı alfa ve omega güvenilirlik katsayılarının karşılaştırılması. *Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2023;5(1):213-236.
35. De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in medicine: a practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
36. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763-1768. doi: 10.1213/ANE.0000000000002864.
37. Kassambara A. ggcorplot: Visualization of a correlation matrix using ggplot2. R package version 0.1.0. 2019.
38. Rodrigues IB, Adachi JD, Beattie KA, Lau A, MacDermid JC. Determining known-group validity and test-retest reliability in the PEQ (personalized exercise questionnaire). *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):373. doi: 10.1186/s12891-019-2761-3.
39. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod*. 2013;38(1):52-4. doi: 10.5395/rde.2013.38.1.52. Epub 2013 Feb 26.
40. Dunn TJ, Baguley T, Brunsden V. From alpha to omega: a practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *Br J Psychol*. 2014;105(3):399-412. doi: 10.1111/bjop.12046.
41. Hayes AF, Coutts JJ. Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. *But... Communication Methods and Measures*. 2020;14(1):1-24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
42. Adler RF, Baez K, Morales P, Sotelo J, Victorson D, Magasi S. Evaluating the usability of an mhealth app for empowering cancer survivors with disabilities: heuristic evaluation and usability testing. *JMIR Human Factors*, 2024;11:e51522.
43. Connors SK, Leal IM, Nitturi V, Iwundu CN, Maza V, Reyes S, Acquati C, Reitzel LR. Empowered choices: african-american women's breast reconstruction decisions. *Am J Health Behav*. 2021;45(2):352-370. doi: 10.5993/AJHB.45.2.14.
44. Au DH, Udriș EM, Engelberg RA, Diehr PH, Bryson CL, Reinke LF, Curtis JR. A randomized trial to improve communication about end-of-life care among patients with COPD. *Chest*. 2012;141(3):726-735. doi: 10.1378/chest.11-0362.
45. Meropol NJ, Egleston BL, Buzaglo JS, Balshem A, Benson AB 3rd, Cegala DJ, Cohen RB, Collins M, Diefenbach MA, Miller SM, Fleisher L, Millard JL, Ross EA, Schulman KA, Silver A, Slater E, Solarino N, Sulmasy DP, Trinastic J, Weinfurt KP. A web-based communication aid for patients with cancer: the CONNECT study. *Cancer*. 2013;119(7):1437-45. doi: 10.1002/cncr.27874.

DEMANS VE İŞİTME KAYBI: YOUTUBE VİDEOLARININ İNCELENMESİ

Zehra AYDOĞAN^{a,*}

^aAnkara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Odyoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

*Sorumlu Yazar; Zehra AYDOĞAN, E-Posta: zehraayaz@yahoo.de

ÖZET

Anahtar Kelimeler

- Demans,
- İşitme,
- İşitme kaybı,
- YouTube.

Makale Hakkında

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi

03.09.2024

Kabul Tarihi

24.09.2024

Amaç: Bu çalışmada, demanslı bireylerin işitme kaybı hakkında genel bir bilgi kaynağı olarak YouTube video içeriğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada, 24 Temmuz 2024 tarihinde YouTube platformuna yüklenen demans ve işitme kaybı konulu videolar, 'demans ve işitme' ile 'demans ve işitme kaybı' anahtar kelimeleri kullanılarak analiz edilmiştir. Videoların güvenilirliğini değerlendirmek için modifiye DISCERN, kalitelerini değerlendirmek için Global Kalite Ölçeği (GQS), şeffaflıklarını değerlendirmek için Journal of American Medical Association (JAMA) kıyaslama kriterleri ve popülerliklerini hesaplamak için Video Güç Endeksi (VPI) kullanılmıştır. Sonuç olarak çalışmaya 2020 ile 2024 tarihleri arasında yüklenen 19 video dahil edilmiştir.

Bulgular: Videoların %42,10'ı odyologlar tarafından, %57,89'ı odyolog olmayan sağlık çalışanları tarafından yüklenmiştir. Ortalama GQS puanı 2,95±0,75, ortalama JAMA puanı 2,40±0,68 ve ortalama mDISCERN puanı 2.80±0.95'tir. VPI ortalaması 124,96±200,65 olarak elde edilmiştir. GQS, JAMA, VPI ve video süresi ile pozitif korelasyon göstermiştir. mDISCERN ile negatif korelasyon göstermiştir. GQS, JAMA ve mDISCERN puanları birbirleriyle pozitif korelasyon göstermiştir, fakat anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). JAMA ve VPI değerleri arasında negatif yönde ve ($r=-0,064$, $p = 0,013$) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir. Video kaynakları (odyolog - odyolog olmayan sağlık çalışanları) arasında süre, beğeni sayısı, beğenmeme sayısı, VPI, GQS ve JAMA ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), odyologlar tarafından yüklenen mDISCERN ortalamaları odyolog olmayan sağlık çalışanları grubundan istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: YouTube'da demans ve işitme kaybı ile ilgili video sayısı oldukça yetersizdir; videoların popülerliği, yüksek kalite, güvenilirlik veya yeterlilikle örtüşmemektedir. Bu nedenle, odyologlar ve diğer sağlık profesyonelleri, bilgilendirici ve yol gösterici videoların sayısını artırmalı ve doğru bilgilerin yer aldığı videoların hasta ve yakınlarına önerilmesini sağlamalıdır.

DEMENTIA AND HEARING LOSS: A REVIEW OF YOUTUBE VIDEOS

Zehra AYDOĞAN^{a,*}

^a Ankara University, Faculty of Health Sciences, Department of Audiology, Ankara, Türkiye

*Corresponding Author; Zehra AYDOĞAN, E-mail: zehraayaz@yahoo.de

Keywords

- Dementia,
- Hearing,
- Hearing loss,
- YouTube.

Article Info

Research Article

Received

03.09.2024

Accepted

24.09.2024

ABSTRACT

Aim: To analyse the content of YouTube videos as a general source of information about hearing loss in people with dementia.

Methods: In this study, videos about dementia and hearing loss uploaded to the YouTube platform on 24 July 2024 were analysed using the keywords 'dementia and hearing', 'dementia and hearing loss'. Modified DISCERN was used to assess the reliability of the videos, the Global Quality Scale to assess their quality, the Journal of American Medical Association (JAMA) benchmark criteria to assess their transparency, and the Video Power Index to calculate their popularity. As a result, 19 videos uploaded between 2020 and 2024 were included.

Results: 42.10% of videos were uploaded by audiologists and 57.89% by non-audiologists. The mean GQS score was 2.95 ± 0.75 , the mean JAMA score was 2.40 ± 0.68 and the mean mDISCERN score was 2.80 ± 0.95 . The mean VIP score was 124.96 ± 200.65 . GQS was positively correlated with JAMA, VIP and video duration and negatively correlated with mDISCERN. GQS, JAMA and mDISCERN scores were positively correlated, but no significant relationship was found ($p > 0.05$). A negative and statistically significant correlation ($r = -0.064$, $p = 0.013$) was observed between JAMA and VPI scores. There was no statistically significant difference between the video sources (audiologist - non-audiologist) in terms of duration, number of likes, number of dislikes, VPI, GQS and JAMA averages ($p > 0.05$), whereas mDISCERN averages uploaded by audiologists showed a statistically significant difference from the non-audiologist group ($p < 0.05$).

Conclusion: The number of videos about dementia and hearing loss on YouTube is quite insufficient; the popularity of the videos does not correspond to high quality, reliability or competence. Therefore, audiologists and other health professionals should increase the number of informative and instructional videos and ensure that videos with accurate information are recommended to patients and their families.

GİRİŞ

Demans, dünya çapında yaklaşık 50 milyon kişiyi etkileyen ve 2050 yılında 152 milyona çıkacağı öngörülen zayıflatıcı bir hastalık ve önde gelen bir halk sağlığı sorunudur (1, 2). Bilişsel iletişim bozukluğunun bir türü olan demans, kronik ve genellikle ilerleyici bir sendromdur (3). Yaşa bağlı işitme kaybı ile demans arasında bir ilişki olduğunu gösteren ve giderek artan sayıda birçok araştırma bulunmaktadır (1, 2). İşitme kaybının demans için potansiyel bir risk faktörü olarak kabul edilmesi nispeten yeni bir gelişmedir; bu nedenle daha önce, demansı olan ya da demans riski taşıyan hastalarda işitme kaybına yeterince önem verilmemiştir (2).

Araştırmalar, işitme kaybının, uyarıcı girdinin azalması ve buna bağlı olarak sosyal etkileşimin engellenmesiyle demansla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (4, 5). İşitmesi normal olan kişilerle karşılaştırıldığında, hafif derecede işitme kaybı olan kişilerde demans gelişme riski iki kat, orta derecede işitme kaybı olanlarda üç kat ve ileri derecede işitme kaybı olanlarda beş kat daha fazladır (5). Ayrıca, işitme kaybı, bireylerde bilişsel fonksiyonların kapasitesinde azalmaya yol açabilir (5, 6).

YouTube, dünya çapında yaygın olarak kullanılan popüler bir web sitesi olup, günümüzde sağlıkla ilgili konularda bilgi arayan bireyler için önemli bir kaynak haline gelmiştir. YouTube'un çevrimiçi bir bilgi kaynağı olarak kullanımı tüm yaş grupları arasında artış göstermektedir (7). İzleyiciler, YouTube üzerinden çeşitli videolara kolayca, ücretsiz olarak ve rahatça erişebilmektedirler (8). İkinci bir görüş almak, destek aramak veya hastalıkla ilgili kişisel bilgilerini artırmak için video kaynaklarına giderek daha fazla başvurmaktadır (9). Ancak, mevcut videoların güvenilirliği değişkenlik göstermekte olup, içerikleri genellikle uzmanlar tarafından kalite kontrolü ve incelemeyen geçmemektedir (8, 9). Bildiğimiz kadarıyla, YouTube'u demanslı bireylerde işitme kaybı hakkında bir bilgi kaynağı olarak inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, demanslı bireylerin yakınları tarafından işitme kaybı hakkında bilgi kaynağı olarak kullanılacak YouTube videolarının kalitesinin ve doğruluğunun incelenmesi ve varolan eksikliklerin tespit edilmesi gerekmektedir. Özellikle hassas sağlık konularında, bu platformda yer alan bilginin kalitesi ve doğruluğu sorgulanmalıdır.

YÖNTEM

Demanslı bireylerde işitme kaybı gibi karmaşık sağlık durumları, doğru bilgilendirme gerektiren önemli konular arasında yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı, YouTube'un demanslı bireylerde işitme kaybı hakkında güvenilir bir bilgi kaynağı olup olmadığını değerlendirmektir. Etik Beyan: Çalışmaya hiçbir insan katılımcı veya hayvan dahil edilmemiştir. Analiz, kamuya açık YouTube videolarına dayanmaktadır ve bu nedenle, diğer benzer YouTube çalışmalarında olduğu gibi etik onaya ihtiyaç duyulmamıştır (10, 11).

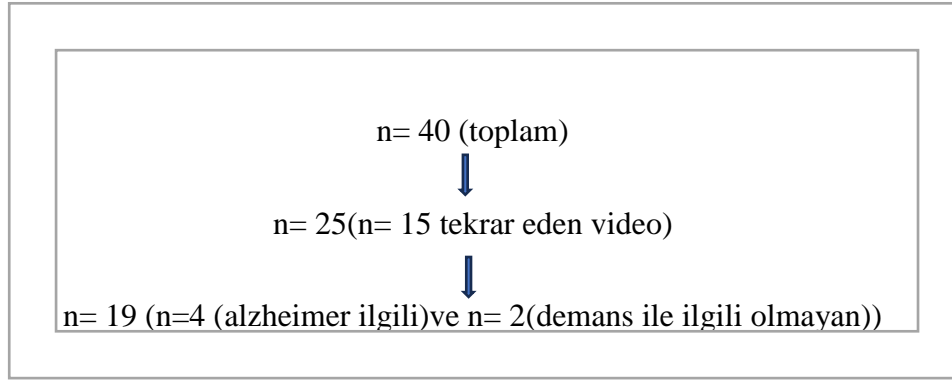
Video Seçimi

Bu çalışmada, YouTube platformuna yüklenen demanslı bireylerde işitme kaybı ile ilgili videolar, Türkçe olarak "demans ve işitme", "demans ve işitme kaybı" ve "demanslı bireylerde işitme sorunları" anahtar kelimeleri kullanılarak analiz edilmiştir. Videoların analizi Safari web tarayıcısı ile gerçekleştirilmiştir. Veri güvenilirliğini sağlamak amacıyla yeni bir YouTube

hesabı oluşturulmuş, arama geçmişi ve çerezler temizlenmiştir.

Örnekleme, diğer içerik analizi çalışmalarının metodolojisine uygun olarak, her arama terimi için YouTube arama sonuçlarının ilk 50 videosunda yer alan videolardan oluşmuştur. Çoğu kullanıcının internet aramalarında genellikle ilk 50 videoyu geçmemesi nedeniyle, örneklem boyutunu artırmak amacıyla 50 video dahil edilmiştir. İlk aşamada, içerik analizi için toplamda 40 video (her bir anahtar kelime için 40 video) kaydedilmiştir. Bu ilk örneklemeden, tekrar eden 15 video çıkarılarak 25 videoluk nihai bir örneklem oluşturulmuştur. Daha sonra, belirli kriterlere uymayan videolar, diğer işitme kaybı ve alzheimer ilgili olan (n=4) ve demans ile ilgili içeriğe sahip olmayan (n=2) videolar, hariç tutulmuştur. Nihai içerik analizine ise toplam 19 video dahil edilmiştir (Şekil 1).

Şekil 1. Videoların dahil edilmesi.



Değerlendirme Araçları

Videoların güvenilirliğini değerlendirmek için Modifiye DISCERN (mDISCERN), kalitelerini değerlendirmek için Global Kalite Ölçeği (GQS), şeffaflıklarını değerlendirmek için Journal of American Medical Association Benchmark Criteria (JAMA) ve popülerliklerini hesaplamak için Video Güç Endeksi (VPI) kullanılmıştır. Modifiye edilmiş DISCERN, GQS ve JAMA değerlendirme parametreleri iki farklı odyolog tarafından puanlanmıştır. Araştırmacıların farklı görüşlerine dayanarak puanların ortalaması hesaplanarak ortalama puanlar oluşturulmuştur. Analiz edilen videoların kaynağı iki gruba ayrılmıştır: Odyolog ve odyolog olmayan sağlık çalışanları.

DISCERN; Bu ölçek, 2012 yılında güvenilirlik, önyargı, açıklık/netlik ve ek bilginin sağlanması gibi kriterlere odaklanılarak, beş soru üzerinde yapılan değişikliklerle geliştirilmiştir (12). Puanlama sistemi şu şekildedir; 3 ve üzeri iyi güvenilirlik, 3 ve altı ise zayıf güvenilirlik olarak kabul edilmiştir (12).

GQS; İnternet tabanlı kaynakların kalitesini değerlendirmek amacıyla, 2007 yılında Bernard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Puanlama, 1 ile 5 arasında olup şu şekilde sınıflandırılmaktadır: 1-2 düşük kalite, 3 orta kalite ve 4-5 yüksek video kalitesi (13).

JAMA ölçeği; Video kaynaklarının ve yayın bilgilerinin şeffaflığını değerlendiren bu ölçek, 1997 yılında geliştirilmiştir. Dört maddeden oluşan bu ölçekte, 0-1 puan video kaynağındaki verilerin yetersiz olduğunu; 2-3 puan, video kaynağının kısmen yeterli olduğunu; 4 puan ise

video kaynağındaki verilerin tamamen yeterli olduğunu göstermektedir (14).

Videoların popülerliğini ölçmek için VPI (Video Power Index) kullanılmıştır. VPI, videonun YouTube'a yüklenmesinden bu yana geçen süre, beğeni, beğenmeme ve izlenme sayısı gibi faktörler dikkate alınarak hesaplanmıştır. Videonun popülerliğini değerlendiren VPI, "Beğeni oranı × görüntüleme oranı/100" formülüyle hesaplanmıştır. Bu faktörlerin kombinasyonu, videonun ne kadar popüler olduğunu belirlemektedir (15).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için SPSS (SPSS Inc Statistical Package for Social Sciences, sürüm 26.0, Chicago, IL, ABD) yazılımı kullanılmıştır. GQS, mDISCERN, JAMA, VPI puanları, yüklemekten bu yana geçen süre, görüntüleme sayısı, beğeni sayısı, beğenmeme sayısı ve yorumlar, ortalama puanlar ve standart ortalama değerler olarak betimsel olarak hesaplanmıştır. Video parametreleri arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İki grubun kıyaslanması ise normal dağılıp dağılmamasına göre değerlendirilmiş ve kıyaslanmıştır (bağımsız t testi ile). 'p' değerinin 0.05'den küçük olduğu değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Ortalama GQS puanı 2.95 ± 0.75 , ortalama JAMA puanı 2.40 ± 0.68 ve ortalama mDISCERN puanı 2.80 ± 0.95 olup VIP ortalaması 124.96 ± 200.65 olarak elde edilmiştir (Tablo 1).

GQS, JAMA, VIP ve video süresi ile pozitif korelasyon gösterirken, mDISCERN ile negatif korelasyon göstermiştir. GQS, JAMA ve mDISCERN puanları birbirleriyle pozitif korelasyon göstermiştir fakat anlamlı fark elde edilmemiştir. JAMA ve VPI değerleri arasında negatif yönde ve ($= -0.064$, $p = 0.013$) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (Tablo 2).

Videoların %42.10'ı odyologlar tarafından, %57.89'ı odyolog olmayan sağlık çalışanları tarafından yüklenmiştir. Video kaynakları (odyolog - odyolog olmayan sağlık çalışanları) arasında süre, beğeni sayısı, beğenmeme sayısı, VPI, GQS ve JAMA ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Odyologlar tarafından yüklenen mDISCERN ortalamaları odyolog olmayan sağlık çalışanları grubundan istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p < 0.05$), Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Videoların Karakteristik Özellikleri.

	Ort ± SS	Min- Maks
Süre (dk)	$1,84 \pm 1,78$	0,36-6,25
İzlenme sayısı	$1875 \pm 3677,37$	1,00-13000
Beğenme sayısı	$15,40 \pm 21,15$	1,00-89,00
Beğenmeme sayısı	$0,20 \pm 0,69$	0,00-3,00
VPI	$124,96 \pm 200,65$	0,30-637,00
GQS	$2,95 \pm 0,75$	2,00-4,00
mDISCORN	$2,80 \pm 0,95$	1,00-4,00
JAMA	$2,40 \pm 0,68$	1,00-4,00

Ort: ortalama SS: Standard sapma Min: Minimum Maks: Maksimum GQS: Global Quality Scale; JAMA: Journal of American Medical Association; mDISCERN: Modifiye DISCERN; VPI: Video Power Index.

Tablo 2. Videoların özellikleri arasındaki Pearson korelasyonları.

	Süre (dk)	İzlenme sayısı	Beğenme sayısı	Beğenme me sayısı	VPI	GQS	mDISCO RN	JAM AS
Süre (dk)	1							
İzlenme sayısı	r=-0,038 p=0,436	1						
Beğenme sayısı	r=0,113 p=0,317	r=-0,060 p=0,401	1					
Beğenmem e sayısı	r=0,096 p=0,344	r=0,079 p=0,370	r=0,194 p=0,206	1				
VPI	r=0,044 p=0,486	r=0,698 p=0,01*	r=0,642 p=0,001*	r=0,153 p=0,260	1			
GQS	r=-0,018 p=0,470	r=0,134 p=0,134	r=-0,260 p=0,269	r=0,283 p=0,113	r=0,031 p=0,897	1		
mDISCERN	r=.289 p=0,009*	r=0,300 p=0,72	r=0,236 p=0,316	r=0,031 p=0,897	r=-0,700 p=0,976	r=-0,053 p=0,824	1	
JAMA	r=0,451 p=0,023*	r=0,039 p=0,435	r=-0,404 p=0,039*	r=0,079 p=0,370	r=-0,064 p=0,013*	r=0,143 p=0,273	r=0,103 p=0,33	1

GQS: Global Quality Scale; JAMA: Journal of American Medical Association; mDISCERN: Modified DISCERN; VPI: Video Power Index; * p<0.05.

Tablo 3. Video kaynağına göre video özelliklerinin karşılaştırılması.

	Odyolog (n:8)	Odyolog olmayan sağlık çalışanları (n:11)	p
Süre (dk)	1,46±1,96	2,09±1,70	,456
İzlenme sayısı	526,62±859,83	2773±4547,94	,188
Beğenme sayısı	18,58±24,05	10,62±16,18	,425
Beğenmeme sayısı	0,00±0,33	0,33±0,88	,307
VPI	67,98±142,33	162,94±229,60	,313
GQS	3,00±0,73	2,87±0,83	,729
mDISCERN	3,16±0,83	2,25±0,88	,030*
JAMA	2,50±0,79	2,25±0,46	,436

GQS: Global Quality Scale; JAMA: Journal of American Medical Association; mDISCERN: Modified DISCERN; VPI: Video Power Index; Bağımsız t testi, *p<0,05

TARTIŞMA

İşitme kaybı ile demans arasındaki ilişki, son yıllarda yapılan birçok araştırmada yer almıştır. Araştırmalar, işitme kaybı olan bireylerde demans gelişme riskinin, işitme kaybı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. İşitme kaybının demans için bir risk faktörü olarak kabul edilmesi, bu iki durum arasındaki bağlantıyı daha iyi anlamamızı sağlamıştır (16, 17).

İşitme kaybı, beyinde bilişsel yükü artırarak, sosyal izolasyon ve depresyona yol açarak,

demans gelişimini hızlandırabilir (18). Kişi işitme kaybı yaşadığında, iletişim kurmak zorlaşır ve bu durum sosyal etkileşimlerin azalmasına, dolayısıyla zihinsel uyarımın yetersiz kalmasına neden olabilir. Beyin, işitme ile ilgili bilgileri işlemekte zorlandığında, diğer bilişsel görevler için gerekli olan kaynakları da kullanmak zorunda kalır, bu da bilişsel işlevlerde bir azalmaya yol açabilir (18, 19). Bu durumda YouTube dünya çapında kullanılan popüler bir web sitesi olmakla birlikte günümüzde sağlıkla ilgili konularda bilgi arayan bireyler için yaygın bir kaynak haline gelmiştir. YouTube'daki demans ve işitme kaybı videolarının kalitesi ve içeriklerinin yeterliliği konusunu ele almış olduk. Bu videolar genellikle geniş bir kitleye hitap ettiği için, içerikleri uzmanlık seviyesinden uzak olabileceği gibi uzmanlar tarafında da yayınlanan videoların içerikleri yeterli olup olmadığı hakkında çalışmamızı yaptık. Son zamanlarda tıbbi bilgi kaynağı olarak YouTube videolarının içeriği konusunda farklı alanlarda oldukça çalışma mevcuttur (15, 20), fakat demans ve işitme kaybı hakkında yapılan çalışma henüz yoktur. Videolardaki içeriklerin çoğunluğu işitme sağlığının genel nörodejeneratif hastalıklar üzerine etkisi hakkında bilgilerden oluşmaktaydı. Demans ve işitme kaybı sağlığı, önemi hakkında yetersiz bilgi ve video bulunmaktaydı. YouTube' un tıbbi bilgi kaynağı olarak kullanımını konusunda işitme kaybı ile ilgili epeyce video olmasına rağmen demans ve işitme kaybı ile ilgili bilgiler oldukça sınırlıdır.

Bu çalışma; demans ve işitme kaybı ile ilgili Türkçe içerikli YouTube videolarının güvenilirliğini aynı zamanda kalitesini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Toplam incelenen video sayısı 19 olup odyolog ve odyolog olmayan sağlık çalışanların oluşturduğu videolar dahil edilmiştir. İnternetteki videolar üzerine yapılan çalışmalarda JAMA ve mDISCERN gibi yazılı bilimsel materyallerin değerlendirilmesi için kullanılması önerilen ölçekler kullanılmıştır. Biz de çalışmamızda mDISCERN, JAMA, GQS ve VPI ölçeklerini kullanarak betimsel analizleri yapılmıştır. Ortalama mDISCERN puanını: 2.80 ± 0.95 , JAMA puanını: 2.40 ± 0.68 , GQS puanını: 2.95 ± 0.75 olarak elde edilmiştir. Ortalama VPI puanının: 124.96 ± 200.65 olduğu analizlerle elde edilmiştir. Videoların gözleme dayalı olarak görüntü-yayın kalitesinin oldukça iyi olduğunun fakat içerik açısından bakıldığında daha fazla bilgi gerekmekte olduğunun kaanatindeyiz. Bunun mDISCERN skorlarına yansıdığını görmekteyiz. Aynı zamanda odyologların mDISCERN skorları odyolog olmayan sağlık çalışanları ile kıyaslandığında anlamlı fark elde edilmesi de dikkat çekici idi. Her ne kadar her iki grubun JAMA, GQS ve VPI skorları arasında anlamlı fark elde edilmemesi de bilgi içeriklerinin farklı olmadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada Alzheimer hastalığı ile ilgili YouTube videoları incelenmiş Türkçe ve İngilizce videolar kıyaslanmıştır (15). Videonun kalitesi ve içeriği Video Power Index (VPI), modifiye DISCERN ölçeği ve Global Quality Scale (GQS) ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş, puanlar kıyaslandığında İngilizce yayınlanan videolarda Türkçe yayınlanan videolara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu da bize daha fazla uzmanın toplumun beklentisi de göz önüne alınarak, hazırlanmasının daha faydalı olacağını düşünmektedirler.

Çalışmamızda, bazı video içeriklerinin daha detaylı ve anlaşılır olması gerektiği kanaatindeyiz. Bu çalışmada video içeriklerinin orta kalitede olması bireylerin YouTube videolarına koşulsuz güvenmemesi ve bilgilerin mutlaka sağlık çalışanları tarafından en az bir kez kontrol edilmesi gereklidir. İşitme kaybının önemini ve demansla ilişkisini aynı zamanda buna yönelik tedbirlerin alınması konusunda gözlemlediğimiz kadarıyla vurgulanmış olsa da yeterli kitleye ulaşması ve doğru aktarılması için içeriklerin mutlaka kontrol edilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Video sürelerin kısa olması da dikkat çekicidir. Bireylerin bu videoları izlerken sıkılmaması ve önemli noktalara değinilmesi için sürelerin yeterli olabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızın temel kısıtlılığı, YouTube videolarındaki veriler anlık değiştiği için genel bir kanıya varılamaz. Aynı zamanda kullanılan verilerin kısıtlı bir zaman diliminde elde edilmiş olması da bu çalışmanın limitasyonları arasındadır. Bu çalışmada özellikle sağlık çalışanları ve odyologların videoları ele alınmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak, YouTube'da demans ve işitme kaybı ile ilgili videoların sayısı çok azdı. Ayrıca, odyologlar tarafından yüklenen videoların sayısı oldukça sınırlı idi. Odyologların bu alanda daha fazla bilgi kaynaklı videolar oluşturması kanaatindeyiz. İşitme kaybının ve erken müdahalenin demansa olan etkisi daha detaylı verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Her iki grubunda benzer sonuçlar alması elde ettiğimiz verilerle ortaya konmuştur. Bu nedenle, odyologlar, kulak burun boğaz uzmanları ve nörologlar gibi bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri, bilgilendirici ve yol gösterici videoların sayısını artırması gerektiğini düşünmekteyiz. Demans ve işitme kaybı üzerine yapılan bu YouTube araştırması, daha fazla araştırma ve bilgi paylaşımına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bu alanda daha fazla ve detaylı içeriğin üretilmesi ve yaygınlaştırılması, demans ve işitme kaybının önemi vurgulanmalı ve önlemler alınmalıdır, böylece daha iyi destek sağlayabilir.

29

KAYNAKLAR

1. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T, Prina M. The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. World Alzheimer Report, 2015. 2015: p. 84.
2. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. The lancet, 2017. 390(10113): p. 2673-734.
3. Parlak MM, Köse A, Güç M, Munis ÖB. Development of mobile compatible software for cognitive-communication disorder in individuals with Alzheimer's disease. International Journal of Language & Communication Disorders, 2024. 59(1):p.234-54.
4. Uhlmann RF, Larson EB, Rees TS, Koepsell TD, Duckert LG. Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. Jama, 1989. 261(13): p. 1916-9.
5. Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. Archives of neurology, 2011. 68(2): p. 214-20.
6. Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss-a review. International journal of audiology, 2003. 42: p. 2S17-2S20.
7. Madathil KC, Rivera-Rodriguez AJ, Greenstein JS, Gramopadhye AK. Healthcare information on YouTube: a systematic review. Health informatics journal, 2015. 21(3): p. 173-94.
8. Arthurs J, Drakopoulou S, Gandini A. Researching youtube. SAGE Publications Sage UK: London, England, 2018. p. 3-15.
9. Aslam S. YouTube by the numbers: Stats, demographics & fun facts. Omnicore. YouTube by the numbers: stats, demographics & fun facts: omnicore, 2019.
10. Parlak MM, Yıldırım C. Can YouTube be used as a source of information for swallowing disorders in individuals with dementia? Praxis of Otorhinolaryngology, 2023. 11(3).
11. Samuel N, Alotaibi NM, Lozano AM. YouTube as a source of information on neurosurgery. World neurosurgery, 2017. 105: p. 394-8.

12. Singh AG, Singh S, Singh PP. YouTube for information on rheumatoid arthritis—a wakeup call? *The Journal of rheumatology*, 2012. 39(5): p. 899-903.
13. Bernard A, Langille M, Hughes S, Rose C, Leddin D, Van Zanten SV. A systematic review of patient inflammatory bowel disease information resources on the World Wide Web. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 2007. 102(9): p. 2070-7.
14. Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewer—Let the reader and viewer beware. *Jama*, 1997. 277(15): p. 1244-5.
15. Kaşıkçı MT, Yıldırım S. Alzheimer hastalığı bilgilendirmesinde kaynak olarak YouTube videolarının incelenmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2021. 8(3): p. 215-9.
16. Gurgel RK, Ward PD, Schwartz S, Norton MC, Foster NL, Tschanz JT. Relationship of hearing loss and dementia: a prospective, population-based study. *Otology & neurotology*, 2014. 35(5): p. 775-81.
17. Peracino A. Hearing loss and dementia in the aging population. *Audiology and Neurotology*, 2015. 19(Suppl. 1): p. 6-9.
18. Fortunato S, Forli F, Guglielmi V, De Corso E, Paludetti G, Berrettini S, et al. A review of new insights on the association between hearing loss and cognitive decline in ageing. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 2016. 36(3): p. 155.
19. Martini A, Castiglione A, Bovo R, Vallesi A, Gabelli C. Aging, cognitive load, dementia and hearing loss. *Audiology and Neurotology*, 2015. 19(Suppl. 1):p. 2-5.
20. TOKUÇ EÖ, SEYYAR SA. Göz Sağlığı Hakkında Bilgi Kaynağı Olarak YouTube. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2022. 11(1):p. 26-34.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KESİCİ-DELİCİ ALET YARALANMALARINI VE KAN-VÜCUT SIVILARIYLA TEMASTAKİ 4 YILLIK DENEYİM - PANDEMİNİN ETKİLERİ

Gülçin BÖLÜK^{a,*} | Nurhan KÖKSAL^b | Demet BÜYÜK AKBAŞ^b | Serap BAYRAKDAR^b | Hayrettin GÖÇMEN^c

^a İnegöl Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Bursa, Türkiye

^b İnegöl Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği, Bursa, Türkiye

^c İnegöl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Bursa, Türkiye

*Sorumlu Yazar; Gülçin BÖLÜK, E-Posta: drgulcin79@gmail.com

ÖZET

Anahtar Kelimeler

- Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas,
- Kesici Yaralanma
- Pandemi.

Makale Hakkında

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi

21.04.2024

Kabul Tarihi

24.09.2024

Amaç: Çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında kesici delici alet yaralanmalarının nedenlerini ve oranlarını belirlemek, çalışanların kesici delici alet yaralanmalarına yönelik tutumlarını değerlendirmek ve pandemi sürecinin kesici delici alet yaralanmaları üzerindeki etkisine bakmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Verilerin toplanmasında, demografik verileri ve yaralanmaya maruz kalma nedenlerini değerlendirmek için 11 soruluk bir anket ve 20 soruluk Kesici Delici Araç Yaralanmalarının Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği kullanıldı. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdelik dağılım, ortalamalar, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi, Spearman korelasyon analizi, grup karşılaştırmalarında ise Ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 320 kişi katılmış olup, 53 (29,3%) kişinin 2022 yılında daha fazla yaralandığı tespit edildi. Yaralananlardan %62,0' sinin enjektör iğnesinden, %23,8' ünün ise Hazne ucunu kapağına takmaya çalışırken yaralanmaya maruz kaldığı bulundu. Yaralanmalarla demografik veriler karşılaştırıldığında öğrenci hemşirelerin anlamlı düzeyde daha fazla yaralandığı, Ameliyathane-Doğumhane de çalışanların ve 6-10 arası çalışanların daha az yaralandığı ortaya çıktı ($p<0,005$). Katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalaması $87,9\pm 6,3$ (75-130) olarak bulundu.

Sonuç: Yaralanmaların daha fazla görüldüğü grup olan öğrenci hemşire grubunda staja başlamadan önce simülasyon laboratuvarı kurularak öğrencilerin klinik yeterlilikleri artırılmalıdır. Ayrıca hastanelerde kesici-delici alet yaralanması ile ilgili eğitimlerin birim bazlı şekilde kök-neden analizi ile yapılmalıdır.

CUTTING-SHARP INSTRUMENT INJURIES IN HEALTHCARE WORKERS AND 4-YEAR EXPERIENCE IN CONTACT WITH BLOOD-BODY FLUIDS - THE PANDEMIC'S IMPLICATIONS

Gülçin BÖLÜK^{a,*} | Nurhan KÖKSAL^b | Demet BÜYÜK AKBAŞ^b | Serap BAYRAKDAR^b | Hayrettin GÖÇMEN^c

^a İnegöl State Hospital, Infectious Diseases and Clinical Microbiology Specialist, Bursa, Türkiye

^b İnegöl State Hospital, Infection Control Nurses, Bursa, Türkiye

^c İnegöl State Hospital, Chest Diseases and Tuberculosis Specialist, Bursa, Türkiye

*Corresponding Author; Gülçin BÖLÜK, E-mail: drgulcin79@gmail.com

Keywords

- Contact with Blood-Body Civilians,
- Sharps Injury,
- Pandemic.

Article Info

Research Article

Received

21.04.2024

Accepted

24.09.2024

ABSTRACT

Objective: The aim of study was to determine the causes and rates of sharp injuries in hospital staff, to evaluate the attitudes of workers towards sharps injuries, and to look at the effect of the pandemic process on sharps injuries.

Materials and Methods: In data collection, an 11-question survey and a 20-question Attitude Scale towards the Safe Use of Sharps Injuries were used to evaluate demographic data and reasons for exposure to injury. In evaluating the data obtained in the study, numbers, percentage distribution, averages, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis test, Spearman correlation analysis were used, and Chi-square test was used for group comparisons.

Results: 320 people participated in the study, and 53 (29.3%) people were found to be injured more in 2022. It was found that 62.0% of those injured were injured by the syringe needle, and 23.8% were injured while trying to attach the chamber tip to the cap. When the injuries and demographic data were compared, it was revealed that student nurses were injured significantly more, while those working in the Operating Room-Delivery Room and those working between 6 and 10 were injured less ($p<0.005$). The average score of the participants from the scale was found to be 87.9 ± 6.3 (75-130).

Conclusion: In the student nurse group, which is the group where injuries are more common, the clinical competencies of the students should be increased by establishing a simulation laboratory before starting their internship. In addition, training on sharps injuries in hospitals should be carried out on a unit basis with root-cause analysis.

INTRODUCTION

Healthcare personnel face many risks that threaten their health in the working environment and despite protective measures, infections caused by occupational contact can be observed. The most important of these is the risk of infection caused by sharps injuries and skin-mucous membrane contact (1,2). Hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV) and human immunodeficiency virus (HIV) are the most commonly transmitted viruses (3). Sharps that can cause penetrating injury to the skin when handled include syringe needles, intravenous access materials, lancets, scalpels and broken glass ampoules. Mucosal transmission may occur as a result of blood splashes on the mucous membranes of the eyes, mouth or nose (4). It is thought that each year in healthcare workers worldwide, sharps injuries cause approximately 66.000 HBV, 16.000 HCV and 200-5000 HIV infections (5). In our country, 12,000 nurses have contracted infectious diseases such as HIV, HCV and HBV as a result of diseases acquired due to injuries caused by sharp and piercing instruments (6).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has published a guideline on what to do to protect all healthcare workers from exposure to infected blood and body fluids to prevent HIV transmission. According to this guideline, body fluids of all individuals served are considered infected and precautions must be taken before procedures. In addition to using gloves, aprons, masks and goggles should be used to prevent contamination of the skin and mucous membranes (7).

33

COVID-19, which started in Wuhan, China in 2019 and affected more than 200 countries, was declared a pandemic in January 2020. Although the use of PPE protects healthcare personnel against COVID-19, it has also caused some injury risks since it causes problems such as limited movement, narrowing of the field of vision, and communication problems (8). Another study reported a decrease in the number of needlestick and sharps injuries among healthcare workers during the COVID-19 pandemic (9). In this context, this study aimed to evaluate the causes and injury rates of sharps injuries in healthcare workers, their attitudes towards sharps injuries, and to look at the effect of the pandemic process on sharps injuries.

METHOD

The study is a descriptive, cross-sectional prospective survey study conducted between 2019-2022 with 320 healthcare professionals working at İnegöl State Hospital who volunteered to participate in the study.

Universe sample

The study included 1002 hospital personnel working at XXX between 2019-2022; Physician, Nurse, Midwife, Cleaning staff, Student, Clinical support (nurse assistant) and other professional groups (Driver, Technician, Security) and constituted the universe of the study. The universe of the study was determined as a minimum of 278 people with the Raosoft Sample Size Calculation program using the unknown sample size formula ($\alpha=0.05$, $1-\beta=0.95$). The sample consisted of 320 people who participated in the survey.

A survey was applied to 181 hospital employees exposed to sharp-piercing injuries and contact with blood-body fluids and 139 hospital employees who were not exposed to injuries between

the specified years (over a 4-year period). In addition, injury data of 181 individuals were obtained from the hospital's employee health unit and evaluated.

Inclusion criteria for the study

Individuals who were employees of İnegöl State Hospital during the specified years, accepted to participate in the study voluntarily, had access to the internet, and answered the survey form and scale completely were included in the study.

Data collection tools

A 7-question survey (gender, age, marital status, education level, profession, unit of employment, total length of service in the profession) was used to assess the demographic data of healthcare professionals, a 4-question survey (year of injury, type of injury, object of injury, procedure of injury) was used to question the causes of injury of those injured, and the 20-question Attitude Scale towards the Safe Use of Sharp Medical Instruments was used to measure attitudes towards sharp instruments. In the study, data were collected electronically via an e-survey created over the internet and Google Form between 01.05.2023 and 01.07.2023. The Google Form included an information page explaining the study, assuring that the participants were volunteers, and included the study permission document and a link directing the person to the online survey. Reminder messages were sent from social media accounts during the data collection process. The application period for the survey, consisting of a total of 31 questions, took an average of 15 minutes, and a two-month period was determined to collect the sample.

34

Healthcare Workers' Attitude Scale Towards the Safe Use of Sharp Medical Instruments:

It is a 5-point Likert (1=I completely disagree - 5=I completely agree) scale, the validity and reliability of which was made by Nilüfer Uzunbayır (2009). There are 20 items in total and the scale is one-dimensional. The minimum score that can be obtained from the scale is 20, while the maximum score is 100. A low score from the scale indicates that the healthcare worker does not use sharp medical instruments safely, while a high score from the scale indicates that the healthcare worker uses sharp medical instruments safely.

The first half of this scale applied to healthcare workers has a Cronbach's alpha value of 0.72 and the second half has a Cronbach's alpha value of 0.66, providing internal consistency reliability. The Spearman - Brown Prophecy" value (internal consistency coefficient) calculated for the internal consistency reliability of this applied scale was 0.74 (10). (Cronbach's alpha = 0.80). In this study, the total scale Cronbach's alpha value was found to be 0.81.

Data Analysis

The data obtained with the Google Forms survey method was taken from the Excel program and the licensed SPSS IBM 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) program was used for statistical processing. Number, percentage, mean and standard deviation were used as descriptive statistical methods. The Kolmogrow-Smirnov test was used to evaluate the conformity of the data to normal distribution and since the Sig. value was 0.000, it was determined that the data were not normally distributed. In the evaluation, the non-parametric tests Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and the Bonferroni test from the post-hoc test statistics were used to

determine the source of the significant difference between the groups as a result of the analysis and the continuous Spearman correlation analysis was used to examine the relationship between variables, and Chi-square test was used for group comparisons. A $p < 0.05$ level was considered statistically significant.

Data collection

Informed consent was obtained from the participants and approval from the ethics committee for this study. The study was conducted in accordance with the principles of the 2008 Helsinki Declaration. This study was approved by the Bursa Yüksek İhtisas Education and Research Hospital Ethics Committee with the protocol number (2011-KAEK-25 2023/03-03) (Date: 22.03.2023). In addition, permission for the use of the scale was obtained via e-mail from Assoc. Prof. Nilüfer UZUNBAYIR.

RESULTS

For the study, a survey was sent to 750 hospital staff who were actively working in the hospital. 332 of them agreed to participate in the study and filled out the survey, but 12 participants were excluded from the study because they answered the survey incorrectly.

Table 1 shows the demographic data of the hospital staff participating in the study and the comparison of these data with the injury exposure status. The mean age of the participants was determined as 33.3 ± 8.8 (17-55). It was found that 62.2% of the participants were female, 55.6% were married, and 63.8% had a bachelor's degree. 169 (53.6%) of the workers were nurses-health officers, which was the occupational group most exposed to injuries ($n=97$). It was determined that 28.8% of the workers were in the internal medicine branch and 48.1% had worked in the profession for 0-5 years. 79.1% of the participants said, 'I do not squeeze the injured area, I wash it with soap and water and go to a healthcare institution'.

A significant difference was found in terms of female gender, intern students and postgraduate graduates being more exposed to injury. In addition, a significant difference was found in terms of less exposure to injury in those who worked in the operating room- delivery room and those who worked between 6-10 years ($p < 0.05$). No significant difference was observed in terms of marital status, age factor and exposure to injury ($p > 0.05$)

Table 2 shows the data of the people included in the study and exposed to injury. It was determined that 169 (93.4%) of 181 hospital staff were exposed to sharp-piercing instrument injuries, 112 (62.0%) were exposed to injury from the syringe needle, and 43 (23.8%) were exposed to injury due to the process of trying to attach the reservoir tip to the cap. It was also found that 53 (29.3%) people were injured in 2022.

Table 1. Comparison of demographic data of the study participants and their exposure to injury.

Demographic data	Exposed n:181 (56.6%)	Not exposed n:139 (43.4%)	Totally n:320 (100%)	p
Gender				
Female	129 (64.8%)	70 (35.2%)	199 (62.2%)	0.000
Male	52 (43.0%)	69 (57.0%)	121 (37.8%)	Z:-3.82
**Age	30.0 (17-55)	34.0 (18-51)	30.0 (17-55)	0.807
Median (min-mak)				
Marital status				
Married	101 (56.7%)	77 (43.3%)	178 (55.6%)	0.942
Single	80 (56.3%)	62 (43.7%)	142 (44.4%)	Z:-0.72
Education				
Secondary school	17 (54.8%)	14(45.2%)	31 (9.7%)	0.003
High school	32 (55.2%)	26 (44.8%)	58 (18.1%)	Z:-0.38
Associate degree	12 (92.3%)	1 (7.7%)	13 (4.1%)	
Licence	107 (52.5%)	97 (47.5%)	204 (63.8%)	
Graduate	13 (92.9%)	1 (7.1%)	14 (4.4%)	
Occupation				
Physician	12 (6.6%)	10 (7.2%)	22 (6.6%)	0.000
Nurse	97 (53.6%)	72 (51.8%)	169 (53.6%)	Z:-1.19
Midwifery	8 (4.4%)	14 (10.1%)	22 (4.4%)	
Cleaning staff	36 (19.9%)	25 (18.0%)	61 (19.9%)	
Student nurse	20 (11.1%)	6 (4.3%)	26 (11.1%)	
Clinical support (nurse assistant)	2 (1.1%)	2 (1.4%)	4 (1.1%)	
*Others	6 (3.3%)	10 (7.2%)	16 (3.3%)	
Department				
Internal medicine	46 (50.0%)	46 (50.0%)	92 (28.8%)	0.000
Surgery	19 (79.2%)	5 (20.8%)	24 (7.5%)	Z:-1.29
Emergency room	39 (72.2%)	15 (27.8%)	54 (16.9%)	
Operating room-Delivery room	13 (21.7%)	47 (78.3%)	60 (18.8%)	
Blood collection department-laboratory	10 (90.9%)	1 (9.1%)	11 (3.4%)	
Intensive care unit	37 (62.7%)	22 (37.3%)	59 (18.4%)	
Dialysis	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (2.2%)	
Polyclinic	12 (92.3%)	1 (7.7%)	13 (4.0%)	
Total working time in the profession				
0-5 year	88 (57.1%)	66 (42.9%)	154 (48.1%)	0.000
6-10 year	33 (37.5%)	55 (62.5%)	88 (27.5%)	Z:-1.84
11-15 year	31 (67.4%)	15 (32.6%)	46 (14.4%)	
16-20 year	12 (80.0%)	3 (20.0%)	15 (4.7%)	
Over than 20 year	17 (100.0%)	0 (0.0%)	17 (5.3%)	

*Other: Driver, Technician, Security p: Ki-kare testi Z: Man Whitney U

Table 2. Injury data of those who sustained injuries.

Data of injury	n:181 (100%)
Year of injury	
2019 (Before the pandemic period))	43 (23.7%)
2020 (Pandemic Period)	36 (19.9%)
2021 (Pandemic Period)	49 (27.1%)
2022 (Post-pandemic period)	53 (29.3%)
Type of injury	
Sharp injury	169 (93,4%)
Blood and fluid sample	12 (6,6%)
*Object subjected to injury	
Syringe needle	112 (62.0%)
Needle of the serum set	12 (6.6%)
Anjiyoket- branule	25 (13.8%)
Suture needle	14 (7.7%)
Lanset	18 (9.9%)
*Created process	
Separating the reservoir tip from the syringe	20 (11.0%)
Trying to attach the hopper tip to the lid	43 (23.8%)
Taking a blood sample	7 (4.0%)
Draining blood from syringe into tube	20 (11.0%)
Vascular access	7 (4.0%)
Pharmaceutical applications	12 (6.6%)
Suturing	20 (11.0%)
Contact with someone carrying a cutting tool	10 (5.5%)
Throwing it in the waste bin	8 (4.4%)
While collecting garbage	14 (7.7%)
While cleaning up	20 (11.0%)

The average score of the participants on the attitude scale towards the safe use of cutting-piercing medical tools was 87.9±6.3 (75-130). Comparison of the participants' scale scores and individual characteristics is given in Table 3. According to this; It was determined that males, high school graduates, those who were injured by sharp objects, those who were injured by the serum set needle, and those who tried to cover the tip of the chamber with its lid, received the highest score from the attitude scale towards the safe use of sharp medical instruments.

A significant difference was detected between the scale scores and the gender variable in favor of men. A statistically significant difference was found between the scale score and educational status, unit of employment, exposure to injury, injured object and procedure. The significance determined as a result of the Bonferroni test is due to secondary education and high school ($\chi^2 = 16.75$, $p = 0.002$), in the unit variable they work in, it originates from those working in operating rooms, delivery rooms and internal units ($\chi^2 = 15.59$, $p = 0.049$), and in the injured object variable, the significance is due to exposure to serum set needle. It was determined that it was caused by residue ($\chi^2=26.339$, $p=0.000$) and while trying to attach the chamber tip to the lid ($\chi^2=30.626$, $p=0.049$). When the relationship between the scale scores and marital status, length of employment in the profession, and the application to be made when exposed to sharp object injury was examined, no statistically significant difference was detected ($p>0.05$) (Table 3).

Table 3. The relationship between the participants' individual characteristics and the Attitudes Towards Safe Use of Sharps Scale score.

	Scale Score Ortanca (min-max)	p
Gender		
Female	87.5 (75.00-109.00)	Z=-2.189
Male	88.7 (77.00-130.00)	p=0.029
Marital Status		
Marriage	87.5 (75.00-105.00)	Z=-0.074
Single	88.7 (77.00-130.00)	p=0.941
Education		
Secondary school	85.5 (77.00-100.00)	$\chi^2 = 16.75$ p=0.002
High school	90.5 (76.00-130.00)	
Associate degree	85.3 (79.00-92.00)	
Licence	87.9 (75.00-109.00)	
Graduate	86.4 (75.00-94.00)	
Department		
Internal medicine	88.5 (77.00-101.00)	$\chi^2 = 15.59$ p=0.049
Surgery	89.3 (75.00-130.00)	
Emergency room	87.8 (78.00-105.00)	
Operating room-Delivery room	86.0 (75.00-93.00)	
Blood collection department-laboratory	86.5 (78.00-93.00)	
Intensive care unit	88.3 (76.00-109.00)	
Dialysis	87.3 (84.00-95.00)	
Polyclinic	89.0 (82.00-100.00)	
*Other	95.5 (82.00-104.00)	
Total working time in the profession		
0-5 year	88.7 (78.00-130.00)	$\chi^2 = 2.571$ p=0.632
6-10 year	87.7 (77.00-104.00)	
11-15 year	87.0 (75.00-105.00)	
16-20 year	87.4 (79.00-100.00)	
Over than 20 year	85.6 (75.00-98.00)	
Exposure to injury		
Sharp injury	87.5 (77.00-130.00)	$\chi^2 = 23.456$ p=0.000
Blood and body fluids	83.8 (79.00-94.00)	
Both of them	86.5 (75.00-100.00)	
Object subjected injury		
Syringe needle	86.6 (75.00-109.00)	$\chi^2 = 26.339$ p=0.000
Needle of the serum set	95.5 (85.00-130.00)	
Anjiyoket- branule	87.1 (80.00-105.00)	
Suture needle	86.7 (79.00-91.00)	
Lanset	85.5 (75.00-97.00)	
Created process		
Separating the reservoir tip from the syringe	87.8 (75.00-109.00)	$\chi^2 = 30.626$ p=0.002
Trying to attach the hopper tip to the lid	89.3 (79.00-130.00)	
Taking a blood sample	85.3 (78.00-92.00)	
Draining blood from syringe into tube	85.4 (79.00-95.00)	
Vascular access	89.0 (80.00-105.00)	
Pharmaceutical applications	89.0 (80.00-105.00)	
Suturing	87.2 (83.00-100.00)	
Contact with someone carrying a cutting tool	85.0 (81.00-90.00)	
Throwing it in the waste bin	87.4 (78.00-100.00)	
While collecting garbage	84.7 (77.00-98.00)	
While cleaning up	88.3 (83.00-97.00)	

Z: Mann-Whitney U; χ^2 : Kruskal Wallis *Other: Driver, Technician, Security

DISCUSSION

Healthcare workers are faced with important risks due to the working environment. One of these risks and the most frequently observed one is sharps injuries and contact with blood and body fluids. Each year, approximately 385.000 needlestick and other sharps-related injuries occur in hospitalized healthcare workers (11). Looking at the studies on sharps injuries in healthcare workers, it was found that injuries were more common in the female gender. (13, 14, 15). Kurt et al. (2015) found that 50.7% of the participants were female and the mean age was 34.7 ± 6.6 years (16). Yelgin et al. (2018) found that the age of those exposed to injury was <30 years (12). In our study, 64.8% of the participants who were exposed to injury were women and the mean age was found to be 30.0 ± 9.0 . It is thought that the uneasiness due to inexperience, especially in the younger age group, may increase the exposure to injury.

In previous studies on sharps injuries, it was found that those with more years of employment were more exposed to injury (4, 15, 17). This study was in accordance with the literature and it was found that injuries increased with increasing years of employment and significantly less injuries were observed in those working between 6-10 years. In addition, Cui et al. found a significantly higher incidence of sharps injuries (35.3%) in health care workers with associate degree (18). In our study, in the same direction, it was also found that those with associate's and postgraduate degrees were exposed to significantly more injuries ($p < 0.05$). The reason for this may be the increase in carelessness due to self-confidence as the level of education and years of employment increase.

Many studies have found that nurses are more exposed to sharp object injuries than other occupational groups (2, 17, 18, 19). In our study, although there were more injuries in nurses with 53.6% and in cleaning personnel with 19.9%, it was observed that nursing students constituted the most significant ($p < 0.05$). More injuries may be observed in nurses due to reasons such as increased invasive procedures, workload, lack of attention and lack of compliance with standard protective safety measures. Xu et al. found that 35% of nursing students were exposed to sharp object injuries worldwide (20). This is thought to be due to nursing students being more vulnerable than health professionals due to insufficient knowledge and experience.

Sun et al. (2021) in general wards and operating rooms, Ceylan and Çelik (2022) in emergency departments (21.2%) and blood collection units (17.5%), Huank et al. (2017) in general wards, Yoshikawa et al. (2017) in general wards, Yoshikawa et al. in patient rooms (clinics) and operating rooms, Satılmış and Şahin (2019) found that injuries were more common in operating rooms (37.5%), wards and outpatient clinics (19.5%) and that they were injured while trying to close the cap of the used needle (14, 19, 21, 22). The results of our study were consistent with the literature and it was found that the cause of injury was during 'trying to attach the reservoir tip to the lid' (23.8%) and more injuries were seen in clinics and outpatient clinics. However, unlike other studies, it was found that the significance was due to the fact that those working in the operating room- delivery room units were less exposed to injury. It can be thought that injuries may be less due to more attention to the use of PPE in the operating room-natal unit. The fact that the object causing injury was an injector needle in 62% of the cases and the high rate of injuries due to trying to attach the tip of the container to the cap suggests a lack of knowledge about the use of the sharps bucket.

When looking at the KDAY data during the COVID-19 pandemic, Çalikoğlu et al. (2019) reported this rate as 21.6% in his study (23), while Dağcı and Sayın, who examined KDAY in operating room nurses, reported the injury rate as 68.9% (24). Although coronavirus is a factor that increases the risk of KDAY, which can be transmitted through blood and body fluids, the increase in injury rates during and after the pandemic seems to threaten the health of healthcare personnel (23). As a result of our study, it was determined that KDAY was the least common period in 2020, which was the most intense period of the pandemic, with a rate of 19.9%, and it was determined that injuries decreased as the pandemic decreased.

When comparing the data with the Attitude Scale towards the Safe Use of Sharp Medical Instruments, when the literature is examined; Soylu et al. (2021) found that the mean behavioral subscale scores of women were higher than men in their study on student nurses (25). In their study, Özberk and Kutlu (2021) found that the scale score was significantly higher in people with a working period of <5 years and in nurses-health officers (4). In the study of Bozdemir and Bahar (2023), it was observed that the attitude levels of sharp instruments were higher in people aged 35-39 and in men (6). In his study, Yıldızlı (2020) found that the scale scores of nurses aged 20-29 were higher than those aged over 40 and those with a postgraduate degree were higher than those with an associate degree, that those aged 20-29 used sharp medical instruments more safely in terms of cognition than those aged over 40, and that women used sharp medical instruments more safely in terms of behavior than men (26). As a result of the study by Akça and Aydın (2016), they found that the total score average of the “Attitude Scale of Healthcare Workers Towards the Safe Use of Sharp Medical Instruments” of people with a bachelor's degree was higher than those with a master's degree and associate degree (27). Our study shows results compatible with the literature; it was found that there were fewer injuries in males, injuries decreased with increasing educational status, and the scale score of those exposed to sharps injuries decreased.

Limitations of the Study

In our study, it is important to compare and evaluate the attitude scale of healthcare workers towards the safe use of sharp medical instruments with KDAY for healthcare workers working in hospitals, but multi-center studies are needed. In addition, injury notification rates consist of only those who apply. The possibility of under-reporting should be taken into account, in line with the literature.

CONCLUSION

Injuries were highest in 2022 and lowest in 2020, the most active period of the pandemic. It was determined that sharps injuries were more common than exposure to body fluids and hospital staff were most commonly injured while trying to close the cap of the syringe needle. In the study, the low number of injuries and high scale scores in those working in the operating room-natal room, the high number of injuries in nurses-health officers, but the significance in the number of injuries of intern students was the striking point of the study. The number of injuries was higher in units with a high number of patients (clinics, emergency).

Recommendations

Frequent training of healthcare workers on the use of PPE during the peak of the pandemic, increased accessibility of PPE, and more careful use by healthcare personnel have shown that it is important to prevent sharp-edge injuries. In order to protect intern students from sharp-edge injuries; a simulation laboratory should be established before starting the internship and the clinical competence of the students should be increased. In addition, training on sharp-edge injuries in hospitals should be provided according to the results of root-cause analysis on a unit and occupation basis.

REFERENCES

1. Kepenek E, Şahin-Eker HB. An Assessment of Sharp Injuries to Workers in a State Hospital. *Klimik Journal*. 2017;30(2):78-82. DOI: 10.5152/kd.2017.19.
2. Karadam SY, Çoban B, Yılmaz M. Evaluation of Sharp Injuries and Skin-Mucococcal Contacts of Healthcare Professionals in a Private Hospital. *J Occup Health and Saf*. 2023; 7(1): 47-54. DOI:10.33720/kisgd.1222872.
3. Mengistu DA, Tolera ST. Prevalence of occupational exposure to needle-stick injury and associated factors among healthcare workers of developing countries: Systematic review. *J Occup Health*. 2020; 62(1): 2179-2020. DOI:10.1002/1348-9585.12179
4. Özberk DI, Kutlu R. Evaluation of Healthcare Workers to Safe Use of Sharp-Penetrating Medical Devices and Prevention from Infectious Diseases Attitudes. *J Prim Care Spec*. 2021; 15(2): 261-268. DOI:10.21763/tjfmpe.840085
5. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin, Yvan. Sharps injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers, 2003 [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO). [available 3 June 2021]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42743>
6. Bozdemir M, Bahar Z. The Effect Of Some Features Of Nurses On Sharp Injuries. *J Health*. 2023; 9(2): 80-101. DOI: 10.17932/IAU. ASD. 2015.007/asd→v09i2005
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR Suppl*. 1987;36(2):1S-18S. [available 3 June 2021]. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00023587.htm>
8. Stojic J, Grabovac V, Lucijanac M. Needlestick and sharp injuries among healthcare workers prior to and during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2021; 115(7–8), 1966–1968. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1960762>
9. Diktas H, Oncul A, Tahtasakal C.A, Sevgi D.Y, Kaya O, Cimenci N, Uzun N, Dokmetas I. What were the changes during the COVID- 19 pandemic era concerning occupational risks among health care workers? *Journal of Infection and Public Health*. 2021; 14(10), 1334–1339. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.06.006>
10. Uzunbayır N. Health Care Workers Attitude Scale Towards to Safe Use of Sharp Medical Instruments. Master's thesis. Ege University Institute of Health Sciences, İzmir 2020.
11. Published by Centers for Disease Control and Prevention (CDC) . Sharps safety for healthcare settings | CDC. (2021). Available at: <https://www.cdc.gov/sharpsafety/index.html>
12. Dizili-Yelgin C, Çıkman A, Karakeçili F, Gülhan B, Aydın M. Evaluation of Sharps Injuries in a Training and Research Hospital. *Klimik Journal*. 2018; 31(3): 200-205. DOI: 10.5152/kd.2018.49.
13. Bouya S, Balouchi A, Rafiemanesh H, et al. Global prevalence and device related causes of

- needle stick injuries among health care workers: a systematic review and meta-analysis. *Annals Global Health*. 2020;86(1):1-8. 10.5334/aogh.2698
14. Ceylan MR, Çelik M. Sharp and Cutting Tool Injuries in Healthcare Workers: A Second Stage Hospital Experience. *Abant Med J*. 2022;11(1): 37-44.
15. Tonghui W, Ying L, Xiaolu W, Ming H. (2023). A large-scale survey on epidemiology and underreporting of needlestick and sharp injuries among healthcare workers in China. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11. DOI:10.3389/fpubh.2023.1292906.
16. Kurt AÖ, Üçeş Harmanoğulları L, Ekinci Ö, Gülden Ersöz G. Biological risk knowledge, attitudes and behaviors of cleaning staff of a university hospital. *Health Sci J Mersin University*. 2015;8(2):37-47.
17. Weldesamuel E, Gebreyesus H, Beyene B, Teweldemedhin M, Welegebriel Z, Tetemke Desalegn. Assessment of needle stick and sharp injuries among health care workers in central zone of Tigray, northern Ethiopia. *BMC Research Notes*. 2019. 10.1186/s13104-019-4683-4.
18. Cui Z, Zhu J, Zhang X, Wang B, Li X. (2018). Sharp injuries: a cross-sectional study among health care workers in a provincial teaching hospital in China. *Environ Health Prev Med*. 2018;23(1):1-7. DOI:10.1186/s12199-017-0691
19. Sun J, Qin W, Jia L, et al. Investigation and analysis of sharp injuries among health care workers from 36 hospitals in Shandong Province, China. *BioMed Res Int*. 2021; (4):1-7. DOI: 10.1155/2021/5698483.
20. Xu X, Yin Y, Wang H, Wang F. Prevalence of needle-stick injury among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2022; 10(1): 0–7
21. Huang SL, Lu Q, Fan S. et all. Sharp instrument injuries among hospital healthcare workers in mainland China: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2017;7(9). DOI:10.1136/ bmjopen-2017- 017761.
22. Satılmış Ö, Şahin MN. Sharps injuries in a tertiary-care eye hospital between 2006 and 2018. *Klimik Journal*. 2019; 32(2):8-12. DOI: 10.5152/kd.2019.03.
23. Çalıkoğlu E.O, Bedir B, Akçay H.B, Gümüş A. Needlestick And Sharps İnjuries Among Nurses At Atatürk University Research Hospital And Their Practices After İnjury. *The European Research Journal*. 2019; 5(1), 128– 133. <https://doi.org/10.18621/Eurj.404827>
24. Dağcı M, Sayın Y. Needlestick and Sharps İnjuries Among Operating Room Nurses, Reasons and Precautions. *Bezmialem Science*. 2021; 9(3), 317–325. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.4049>.
25. Soylu D, Soylu A, Tanrıverdi Ö, Tanrıverdi S, Aksu E. Öğrenci hemşirelerin kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımına yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 12(2), 370-375.
26. Yıldızlı F. Determination of Nurses' Attitudes Towards the Safe Use of Sharps Equipment. Master's Thesis. Health Sciences Institute. Adana, 2020.
27. Akça ÖS, Aydın Z. Awareness Regarding Safe Use Of Sharp-Edged Medical Instruments Among Nurses In Training And Research Hospital. *J Contemp Med*. 2016; 6(4): 319-326. DOI: 10.16899/gopctd.282900.

NADİR BİR OLGU: KOMBİNE TÜMÖR
YÜKSEK DERECELİ NÖROENDOKRİN KARSİNOM ALANI İÇEREN SKUAMÖZ
HÜCRELİ KARSİNOM

Abdurrahman KOTAN^{a,*} | Neslihan ÖZÇELİK^b | Oğuzhan OKCU^b

^aErzurum Şehir Hastanesi, Erzurum, Türkiye
^bRecep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, Türkiye.

*Sorumlu Yazar; Abdurrahman KOTAN, E-Posta: kotanmd128@gmail.com

ÖZET

Pulmoner Nöroendokrin Tümör (NET) bronş ve bronşial epitelinde dağınık olarak yerleşim gösteren nöroendokrin hücrelerden (kultchisky hücreleri-enterokromaffin hücreleri) köken aldığı düşünülen tümörlerdir. NET sınıflamasında yer alan Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom(BHNEK) adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom, iğsi hücreli karsinom gibi bir başka küçük hücreli dışı karsinom ile birlikte görülecek olursa "Kombine Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom" olarak isimlendirilir. Olgumuzda "Yüksek Dereceli Nöroendokrin Karsinom Alanı İçeren Skuamöz Hücreli Karsinom" vakasını takdim ettik.

Anahtar Kelimeler

- Nöroendokrin tümör,
- Skuamöz hücreli karsinom,
- Kombine akciğer kanseri.

Makale Hakkında

Olgu Sunumu

Gönderim Tarihi

07.02.2024

Kabul Tarihi

11.06.2024

**A RARE CASE: COMBINED TUMOR
SQUAMOUS CELL CARCINOMA WITH A FIELD of HIGH-GRADE
NEUROENDOCRINE CARCINOMA**

Abdurrahman KOTAN^{a,*} | Neslihan ÖZÇELİK^b | Oğuzhan OKCU^b

^aErzurum Şehir Hastanesi, Erzurum, Türkiye
^bRecep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, Türkiye.

* Corresponding Author; Abdurrahman KOTAN, E-Posta: kotanmd128@gmail.com

Keywords

- Neuroendocrine tumor,
- Squamous cell carcinoma,
- Combined lung cancer.

Article Info

Case Report

Received

07.02.2024

Accepted

11.06.2024

ABSTRACT

Pulmonary Neuroendocrine Tumors (NETs) are tumors that are thought to arise from neuroendocrine cells (kultchisky cells-enterochromaffin cells) scattered in the bronchi and bronchial epithelium. Large Cell Neuroendocrine Carcinoma (LCNEC), which is included in the NET classification, is called "Combined Large Cell Neuroendocrine Carcinoma" if it is associated with another non-small cell carcinoma such as adenocarcinoma, squamous cell carcinoma, spindle cell carcinoma. In our case, we presented a case of "squamous cell carcinoma containing a high-grade neuroendocrine carcinoma area".

GİRİŞ

Nöroendokrin tümörler (NET), en sık akciğer ve gastrointestinal sistem olmak üzere tüm vücutta görülebilen heterojen bir grup nadir tümörlerdir ve paylaşılan nöroendokrin özelliklere göre gruplandırılmıştır (1). Bu tümörler geniş bir patolojik alt tür dağılımına sahiptir ve değişken morfolojik ve biyolojik davranışlar gösterirler. Bu tümörler arasında küçük hücreli karsinom, büyük hücreli nöroendokrin karsinom, tipik karsinoid ve atipik karsinoid bulunmaktadır. Ayrıca preinvaziv bir epitelyal lezyon olan diffüz idiyopatik pulmoner nöroendokrin hücre hiperplazisi bu kategoriye dahildir (2). Pulmoner nöroendokrin tümörler grubu içinde, tipik ve atipik karsinoidler bir takım ortak özellikleri paylaşırlar ve diğer bölgelerde ortaya çıkan karsinoid lezyonlara benzer özellikler gösterirler. Küçük hücreli karsinomlar ve büyük hücreli nöroendokrin karsinomlar, pulmoner karsinoidlere kıyasla klinik olarak daha agresif bir seyir ve patolojik olarak çok daha yüksek bir mitoz bölünme karakterindedirler (1)

Büyük hücreli nöroendokrin karsinom, nöroendokrin farklılaşmayı düşündüren bir mimariye sahiptir. Nekroz genellikle belirgindir. Tümoral hücre dağılımı yaygın ve enfarktüs benzeri olabilir. Nöroendokrin farklılaşmanın ispatı çoğunlukla kromogranin ve sinaptofizin için immünoaktivite ile gösterilir. Bu tümörler genellikle yüksek derecelidir, en yaygın olarak periferik akciğerde bulunur ve agresif bir klinik seyir ile ilişkilidir (1)

45

Skuamöz hücreli karsinom (SCC), 1980'lerden önce yapılan çalışmalarda en sık görülen histolojik akciğer tümörü alt tipi olarak tespit edilmekteydi. Şimdilerde kadınlarda adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinomdan daha sık görülmektedir (3) Skuamöz hücreli karsinom tanısı, tümör hücreleri ve/veya hücreler arası dezmozomlar tarafından keratin üretiminin varlığına dayanır. Skuamöz hücreli karsinom yüzde 60 ila 80 oranında trakeobronşiyal ağacın proksimal kısımlarında ortaya çıkar. Ekzofitik endobronşiyal skuamöz hücreli karsinomlu hastaların çoğu, erken evrede tanı alabilmektedir, bu durumun prognoza olumlu etkisi vardır (4)

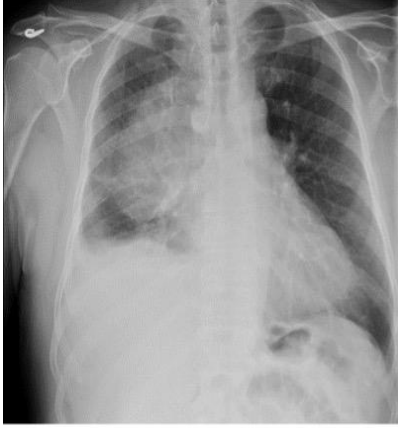
Bu vakada " Yüksek dereceli nöroendokrin karsinom alanı içeren skuamöz hücreli karsinom" olgusunu sunuyoruz. Kombine akciğer tümör histolojisine farkındalık oluşturmak arzusundayız.

OLGU

70 yaşında erkek hasta bel ve sırt ağrısı şikayetiyle ile beyin cerrahisi polikliniğine başvurmuş idi. Çekilen akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk olması nedeni ile tarafımıza yönlendirilmişti (Şekil-1). Klinik öyküsünde 45 paket/yıl sigara mevcut idi. Laboratuvar bulgularında anlamlı bulgu saptanmayan hastaya çekilen kontrastlı akciğer bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lobda 88x84 mm boyutlarında kitle lezyonu tespit edildi (Şekil 2).

Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sağ bronşiyal sistemde raylanma artışı, sağ sekonder karina künt ve mukozalar frajil olarak izlendi. Endobronşiyal lezyon izlenmedi. Sağ sekonder karinadan yapılan punch biyopsi, fırça biyopsi ve lavaj sonuçlarından tanı gelmemesi üzerine hastaya transtorasik akciğer biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu yüksek dereceli nöroendokrin karsinom alanı içeren skuamöz hücreli karsinom (CD56(+)/panCK(+)/TTF-1(-)/sinaptofizin(-)/kromogranin(-)/Ki-67 Proliferasyonu %70-80) olarak raporlandı. Aynı

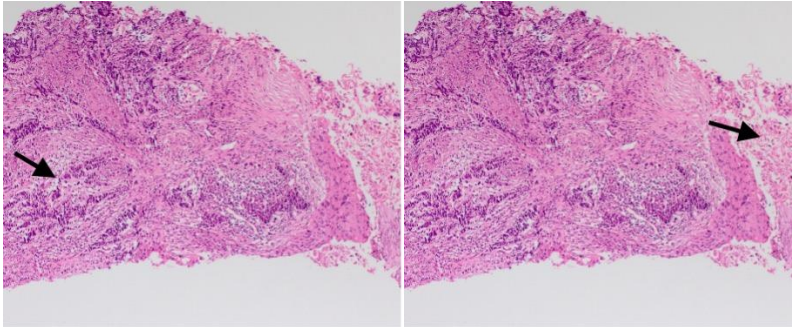
preparat görüntülemesinde nöroendokrin karsinom alanı ve skuamöz hücreli karsinom alanları Şekil-3'de görülmektedir. Hastaya PET-CT ve Beyin-MR görüntülemeleri planlandı. Hastanın takiplerinde Vena Kava Superior Sendromu (VCSS) gelişmesi sebebiyle radyoterapi başlandı. Onkoloji birimince tümörün klinik evresine ve hastanın performansına göre tedavi için sistemik kemoterapi başlandı.



Şekil 1: Sağ hiler opasite



Şekil 2: Sağ üst lob kitle



Şekil 2: Yüksek dereceli nöroendokrin karsinom alanı içeren skuamöz hücreli karsinom

TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) akciğer tümörlerinin 2021 sınıflandırması, akciğer tümörlerinin 2015 WHO sınıflandırmasına çok benzer ve akciğer kanseri sınıflandırmasının temelini oluşturmaktadır (5) Sınıflandırma, doğru tanı için ışık mikroskopuna ek olarak immünohistokimyasal karakterizasyonun kullanımına dayanır ve tedavi stratejisini daha mantıklı bir şekilde yönlendiren ve klinik gidişatı tahmin eden alt tiplendirmeye olanak tanır. Akciğer kanseri tedavisi son 10 yılda olağanüstü ilerleme kaydetti. DNA ve RNA yeni nesil dizilimi (NGS)(6) rehberliğinde metastatik hastalık için hedefe yönelik ilaçların kullanılması hayatta kalma süresini önemli ölçüde uzatmıştır(6) Bütün bu gelişmelere rağmen yüksek dereceli nöroendokrin eşliğinde kombine tümörler tanı ve tedavinin sorun olduğu olgulardır (7)

Sonuç olarak kombine akciğer kanserleri patolojik doku tanısı elde etmenin zor olduğu, tedavi ve yaşam beklentisi bakımından küçük hücreli akciğer kanserine (KHAK) benzerlikler

taşıyan, tedavi protokollerinde kesin bir uzlaşımın olmadığı kanserlerdir. Literatürde az sayıda kombine akciğer kanseri vakası bulunmaktadır (8,9). Özellikle vakamızda olduğu gibi NET-SCC kombine tümörler nadir görülmekte ve daha agresif seyretmektedir. Tanı konulan hasta sayısı giderek artmakla birlikte, küçük hücreli dışı akciğer kanserlerine kıyaslandığında, kombine tümörler ile alakalı daha az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir.

Kombine akciğer tümörlerindeki histopatolojik bulguların dikkatli incelenmesi gerekmektedir. NET ve KHAK dışı tümör bileşenlerinin dikkatlice derecelendirilmesi tedavinin agresif alt tür ve klinik evreye göre yapılması için önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Butnor KJ, Roden AC, Tazelaar, HD WJ. Thoracic Tumours. Thoracic Tumours WHO Classification of Tumours. WHO Classification of Tumours Editorial Board; 2021. 198–199 p.
2. Travis WD. The concept of pulmonary neuroendocrine tumours. In: Pathology & Genetics: Tumours of the Lung, Pleura, Thymus, and Heart, Travis WD, Brambilla E, Muller-Hermelink HK, Harris CC (Eds), IARC Press, Lyon 2004. p.19.
3. Travis WD, Brambilla E, Burke AP, Marx A, Nicholson AG. Introduction to the 2015 World Health Organization Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus, and Heart. Journal of Thoracic Oncology. 2015 Sep 26;10(9):1240–2.
4. Dulmet-Breder E, Jaubert F, Huchon G. Exophytic endobronchial epidermoid carcinoma. Cancer. 1986 Apr 1;57(7):1358–64. doi: 10.1002/1097-0142(19860401)57:7<1358::aid-cncr2820570719>3.0.co;2-b. PMID: 3948117.
5. Publication of the WHO Classification of Tumours, 5th Edition, Volume 5: Thoracic Tumours – IARC.
6. Volckmar AL, Leichenring J, Kirchner M, Christopoulos P, Neumann O, Budczies J, et al. Combined targeted DNA and RNA sequencing of advanced NSCLC in routine molecular diagnostics: Analysis of the first 3,000 Heidelberg cases. Int J Cancer [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2024 May 17];145(3):649–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30653256/>
7. Rekhtman N, Pietanza MC, Hellmann MD, Naidoo J, Arora A, Won H, et al. Next-Generation Sequencing of Pulmonary Large Cell Neuroendocrine Carcinoma Reveals Small Cell Carcinoma-like and Non-Small Cell Carcinoma-like Subsets. Clin Cancer Res [Internet]. 2016 Jul 7 [cited 2024 May 17];22(14):3618. Available from: </pmc/articles/PMC4995776/>
8. Okazaki M, Sano Y, Soga Y, Katayama H, Sakao N, Shikatani Y, et al. Combined atypical carcinoid tumour and squamous cell carcinoma of the lung. Intern Med [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Sep 21];54(11):1385–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26027992/>
9. Owens CL, Fraire AE. Combined carcinoid tumor and squamous cell carcinoma of lung: Expanding the spectrum of combined tumors of lung. Int J Surg Pathol. 2011 Apr;19(2):273–5.

ENÜREZİSTE YÖNETİM

Mehmet Can SEZİŞLİ^{a,*} | Evrim KIZILER^a

^aAnkara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Türkiye.

*Sorumlu Yazar; Mehmet Can SEZİŞLİ, E-Posta: mcansezisl@gmail.com

ÖZET

Enürezis çocuk ve ailesi için sosyal, duygusal, psikolojik riskler oluşturan yaygın bir çocukluk çağı hastalığıdır. Her yaş grubunda görülebilen enürezisin genel prevalansı %2,3 ile %25 arasında değişmektedir. Araştırma sonuçları enürezisli çocukların yaşam kalitesinde, benlik saygısında düşüşler olduğunu; sosyal yaşamlarının kısıtlandığını ve ruh sağlığı sorunlarının diğer çocuklara oranla 2-6 kat daha sık görüldüğünü göstermiştir. Ayrıca ebeveynlerde, stres, endişe ve öfkeye sebep olduğu; bu nedenle çocukların ruhsal travma yaşayabilecekleri vurgulanmıştır. Yapılan diğer kanıt temelli çalışmalar, hemşirelerin multidisipliner olarak uygulayacakları bakım ve tedavinin tüm olumsuzlukları giderebileceğini göstermektedir. Ancak günümüzde çocuklarda enürezis yönetimi ile ilgili birçok yanlış algıya rastlanmaktadır. Etkin bir enürezis yönetimi için öncelikle okul çağı çocuğu olan ailelerin hemşireler ve diğer sağlık personelleri aracılığıyla bilgi eksiklikleri giderilmeli ve enürezisin tedavisine ilişkin farkındalıkları artırılmalıdır. Bu derlemenin amacı enürezisin aile-çocuk üzerine etkisini incelemek, hastalığın yönetimi ve hemşirelik bakımı ile ilgili kapsamlı bir genel bakış sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler

- Enürezis,
- Hemşirelik,
- Çocuk.

Makale Hakkında

Derleme Makale

Gönderim Tarihi

15.01.2023

Kabul Tarihi

02.07.2024

MANAGEMENT of ENURESIS

Mehmet Can SEZİŞLİ^{a,*} | Evrim KIZILER^a

^aAnkara Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Türkiye.

* Corresponding Author; Mehmet Can SEZİŞLİ, E-Posta: mcansezisl@gmail.com

ABSTRACT

Enuresis is a common childhood disease that poses social, emotional and psychological risks for the child and his/her family. The general prevalence of enuresis, which can be seen in all age groups, varies between 2.3% and 25%. Research results have shown that children with enuresis have decreases in their quality of life and self-esteem, their social lives are restricted, and mental health problems are 2-6 times more common than other children. It also causes stress, anxiety and anger in parents; therefore, it was emphasized that children may experience psychological trauma. Other evidence-based studies show that multidisciplinary care and treatment by nurses can eliminate all negativities. However, today there are many misconceptions about the management of enuresis in children. For effective enuresis management, first of all, the knowledge gaps of families with school-age children should be eliminated through nurses and other health staff and their awareness of the treatment of enuresis should be increased. The aim of this review is to examine the impact of enuresis on the family and child and to provide a comprehensive overview of the management of the disease and nursing care.

Keywords

- Enuresis,
- Nursing,
- Child.

Article Info

Review article

Received

15.01.2023

Accepted

02.07.2024

GİRİŞ

İstem dışı idrar kaçırmaya anlamına gelen enürezis günümüzde en sık rastlanan çocukluk çağı hastalıklarından biridir. Fizyolojik bir rahatsızlık olmasının yanı sıra uygun şekilde yönetilmediği takdirde çocuklarda psikososyal problemlere neden olmaktadır. Çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu sosyal problem çocuğun benlik saygısı ve özgüveninde azalmaya, utanç duymasına ve birçok alanda davranışsal ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (1).

Fizyolojik ve psikososyal birçok nedenle ortaya çıkabilen enürezisin tedavisinde amaç çocuğun benlik duygusunun zedelenmeden sorunun çözülmesidir. Bu amaçla sıvı kısıtlama yöntemleri, alarmlı uyarı sistemleri, mesane eğitimi, biofeedback, psikoterapiler, davranışçı yaklaşımlar ve farmakolojik yöntemler gibi çok boyutlu ve aşamalı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Multidisipliner yaklaşım gerektiren enürezisin yönetimi ve tedavisinde en önemli görev ebeveynlere düşmektedir. Ancak ebeveynlerin enürezis ve yönetimine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaması sıklıkla çocuğa suçlayıcı davranmalarına, cezalandırma ve hatta şiddete varan yanlış tutumlar göstermelerine neden olmaktadır. Araştırma sonuçları enürezis durumunda ebeveynlerin yarısından fazlasının çocuğu korkutma, 1/3'ünün ise çocuğu cezalandırma gibi olumsuz tutumlarda bulduklarını göstermektedir (2-8). Bu aşamada çocuğun bakımını yöneten pediatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle, hemşireler enürezisin nedenlerini, tipini ve şiddetini doğru olarak değerlendirebilmeli, çocuk ve ailenin yaşamına etkilerini anlamalı, tedavi yöntemlerini bilmeli ve bu konuda ailelere danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.

Enürezis Tanımı ve Sınıflandırılması

Sağlıklı bir gelişme sürecinde çocukların genellikle iki-üç yaşlarında gündüz, dört yaşına kadar da gece idrar kontrolünü kazanmış olması beklenir (6,9). Beş yaşına gelmiş olan çocukların en az üç ay süre ile istemsiz ya da amaçlı olarak, gece ve/veya gündüz idrar kaçırmaya ise enürezis olarak tanımlanmaktadır (1,7,10,11). Altını ıslatma davranışı sadece uykuda meydana geliyorsa enürezis nokturna, sadece gündüz meydana geliyorsa enürezis diurna hem gece hem gündüz meydana geliyorsa karma enürezis adını alır. Ayrıca çocukta doğumdan-beş yaşına kadar hiç idrar kontrolünün sağlanamamış olması primer enürezis, idrar kontrolü sağlandıktan sonra istemsiz ya da amaçlı idrar kaçırmaların tekrar başlaması durumu ise sekonder enürezis olarak adlandırılmaktadır. Toplam vakaların %20'sini oluşturan sekonder enürezis daha çok organik veya psikolojik problemlerle ilişkilidir (5,6). Tanı konulmadan önce sinir sisteminde veya idrar yollarında doğuştan ya da sonradan kazanılmış kusurların dışlanması, enürezis tipinin belirlenmesi önemlidir (4). Enürezisin tanılanmasında Amerikan Psikiyatri Birliğinin tanı ölçütleri (DSM-V) kullanılmaktadır. Bu tanı ölçütleri (3);

- Yatak, giysi vb. üzerine tekrarlayıcı olarak istemli veya istemsiz idrar kaçırmaya,
- En az ardışık üç ay boyunca, haftada iki kez ortaya çıkması,
- İdrar kaçırmaya davranışının okul, ya da diğer sosyal alanlarda sıkıntı yaratması,
- Hastanın kronolojik yaşının en az beş olması,
- Altını ıslatma ya da idrar kaçırmaya davranışının bir madde (ilaç vb.) ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı olmamasıdır.

Epidemiyolojisi

Enürezis genetik, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin bir arada bulunduğu karmaşık bir durumdur. Genel prevalans %2,3 ile %25 arasında değişmekte ve genellikle yaşla birlikte azalmaktadır (10). Erken okul yıllarında erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmektedir. Ülkemizde enürezis prevalansı %10,5-17,5 olarak saptanmıştır (11). Birleşik Devletler’ de toplamda 5-7 milyon enürezisli çocuk olduğu düşünülmekteyken, İran’da %10,2, Suudi Arabistan’da %15 ve Çin’de bölgelere göre değişmekte olup %4,07- %10,3 arasındadır (2,5,12). Avrupa ve Afrika ülkelerindeki yaygınlık oranları ise İtalya %3, Burkina Faso %13, Mısır %10,1, Nijerya %23,2 olarak bildirilmiştir. Bölgeler ve ülkeler arasındaki sonuç farklılıklarında kültür ve coğrafi farklılıkların etkisi olduğu düşünülmektedir (2,5).

Etiyolojisi

Hastalığın etiyolojisi tam olarak bilinmese de birçok çocukta ileri yaşlarda bu durumun ortadan kalkması, idrar kontrol merkezlerinin gelişimindeki gecikmelerin enürezisin sorumlusu olabileceğini düşündürmektedir. Son araştırmalar, çocukluk çağı enürezisinin çoğunlukla beynin mesanenin dolu olduğuna dair sinyaline yanıt vermemesi nedeniyle oluştuğunu göstermiştir. Yatak ıslatmanın, beynin mesaneyi görmezden gelmesini sağlayan tek kullanımlık çocuk bezleriyle yıllarca uyuma alışkanlığından kaynaklanabileceği ve ıslaklık hissini ortadan kaldırarak mesane-beyin bağlantılarını etkileyebileceği düşünülmektedir (10).

Enüretik çocukların anatomik mesane kapasitesinde herhangi bir anormallik olmadığı kabul edilse de hastalığın etiyolojisinde mesane disfonksiyonları rol oynayabilmektedir. Çoğu çocuk enürezise ek olarak davranışsal veya psikiyatrik bir bozukluktan muzdariptir. Hastalığa sıklıkla anksiyete, depresyon ve aşağılık duyguları eşlik eder ve yapılan araştırmalarda nöropsikolojik bozuklukların enürezisin şiddetini artırabildiği ortaya konmuştur (13).

Sınıflara göre ayrıldığında primer enürezisin aşırı idrar üretimi, küçük mesane kapasitesi veya detrusor kasının aşırı aktivitesinden ve tüm uyaranlara rağmen uyanamamaktan kaynaklandığı belirtilmektedir. Sekonder nokturnal enürezis ise obstrüktif uyku apnesi, diabetes insipidus, diabetes mellitus, hipotiroidizm ve böbrek hastalığı gibi yeni bir tıbbi durumun başlamasından ya da yeni bir psikolojik stresten kaynaklanır (1,5).

Son on yılda, çok sayıda çalışma enürezisin etiyolojisinde kalıtsal faktörlerin rolünü araştırmıştır (1,2,5,7,13). Araştırmalar nokturnal enürezisin otozomal dominant kalıtsal olduğunu ve penetrasyon oranının %90 olduğunu göstermiştir. Enürezisin meydana gelmesindeki en büyük etken olarak kalıtsal faktörler düşünülse de somatik ve psikososyal çevresel özellikler de önemli etkiye sahiptir (1,2,5,13). Çocuklarda enürezis görülme sıklığı ebeveynlerden biri çocukluğunda enürezis geçirmişse %44 iken, her iki ebeveynde de geçmişte enürezis öyküsü mevcutsa %77’ye yükselmektedir. Ebeveynlerde enürezis öyküsü bulunmaması halinde insidans %15’e kadar düşmektedir (5).

Risk Faktörleri

Enürezise zemin hazırlayan etmenler arasında genetik faktörler, ADH (Antidiüretik Hormon) salgılama ritmindeki değişiklikler, uyku bozuklukları, gecikmiş mesane gelişimi, yetersiz sinir gelişimi, psikoloji ve çevre sayılabilir (2,14,15). Şekerli içecek tüketimi (idrar söktürücü etki), sade su alımının olmaması ve günlük yaşam alışkanlıkları da enürezis ile yakından ilişkilidir. Enüreziste uyku bozukluklarının rolü tartışmalıdır. Yapılan bir araştırmada enürezisli çocukların %60'ının derin uyku problemi yaşadıkları ve nokturnal enürezisli çocukların %75'inin uyanmakta güçlük çektikleri belirlenmiştir (11). Uyku kalitesi düşük olan çocukların yatmadan önce oyun oynaması, yorgunluklarını şiddetlendirebilir ve uyanmakta güçlük yaşamalarına sebep olabilir (16).

Pek çok çalışmada enüretik çocukların ailelerinde yüksek oranda enürezis öyküsü olduğu saptanmıştır. Aile öyküsünün varlığı, ebeveynlerin soruna alıştıkları ve göz ardı edebildikleri şeklinde yorumlanabilir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarında diğer çocuklara oranla 4,27 kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir (11). Ayrıca annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması veya çocuğun tek ebeveynli olması da enürezis görülme sıklığını artırmaktadır. Bunlara ek olarak araştırmalar sonucunda idrar yolu enfeksiyonu, kabızlık, cerrahi işlem, kronik hastalık, psikolojik bozukluk öyküsü olan veya kendine ait bir odası olmayan çocukların diğer çocuklara kıyasla enürezise daha yatkın olduğu; aynı odada uyuyan kişi sayısı arttıkça enürezis prevalansının da arttığı belirtilmiştir (11,17).

Mesane gelişimi henüz tamamlanmadan veya tamamlandıktan çok sonra tuvalet eğitimine başlanması enürezis için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca tuvalet eğitimi sırasında ailenin çocuğa verdiği desteğin niteliği de alt ıslatma bozukluğuna zemin hazırlayabilir (10). Amerikan Pediatri Akademisi geçtiğimiz yıllarda çocuklarda tuvalet eğitimi için bir rehber yayınlayarak tuvalet eğitimine başlama yaşının 18-24 ay arasında ve çocukların fiziksel ve duygusal olarak hazır olduğu bir dönemde başlatılmasını tavsiye etmiştir (18).

Mesane eğitimi sırasında anne babanın sert davranması, çocuğun korkmasına, öfke duymasına, endişelenmesine ve yetişkinlik döneminde kişiliğini etkileyerek, uyum ve davranış sorunları yaşamasına sebep olabilir. Bazı toplumlarda altını ıslatan çocuğu dövmek, cezalandırmak gibi uygunsuz davranışlar ve zararlı tedavi uygulamalarının günümüzde de devam ettiği bilinmektedir (2,19). Türkiye'de ve Brezilya'da yapılan araştırmalarda, cezanın yaygın olduğu ve bazen de aile içi şiddetin meydana geldiği bildirilmiştir. Türkiye'de 2004 yılında yapılan, annelerin çocuklarının yatak ıslatma davranışlarına karşı tepkilerinin sorulduğu ve 154 annenin katıldığı bir araştırmada 133 (%86,4) çocuğun çeşitli türde istismara uğradığı saptanmıştır (20). Brezilya'da 6-18 yaş arası enürezis tanısı almış 149 çocuk arasında yapılan çalışmada ise 132 çocuğun idrar kaçırma davranışının ardından çeşitli istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (21). Travmatik deneyimlerin enürezis ile olan ilişkisi, çalışmaların azlığı nedeniyle belirsizliğini sürdürse de uzun süredir çocuk istismarı (özellikle cinsel istismar) ile alt ıslatma arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (19).

ÇOCUK VE EBEVEYN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Enürezisin çocuk ve ailesi üzerinde birçok psikolojik ve sosyal etkisi vardır. Ailelerin yaşam kaliteleri ve psikososyal refahları olumsuz etkilenir. Tanının konulmasıyla birlikte aileyi, öncekinden daha büyük, uzun soluklu bir yük beklemektedir (22-24).

Hastalığın patogenezinin karmaşıklığı, uzun/belirsiz seyri, tekrar nüks etme ihtimali, bakım yükü, yarattığı psikolojik baskı, hastalık hakkındaki bilgi eksiklikleri ebeveynlerde yoğun stres ve kaygıya sebep olur. Bu da ebeveynlerin çocukları hakkında olumsuz duygular beslemesine neden olabilmektedir. Genellikle endişeli ve kızgın hisseden ebeveynler, bu bozukluğun farkında olmadıkları için çocukları suçlayabilir, cezalandırabilir, küçük düşürebilir, ciddi ruhsal travmalar oluşturabilirler (15). Enürezisin çocuğun suçu olmadığını anlaşılır biçimde açıklamak ve enüretik çocuğu savunmak, ebeveynlere yüklenebilecek yükü takdir etmek önemlidir (25). Hastalığın seyri ebeveynlerin hastalığa karşı tutumlarıyla yakın ilişkilidir. Ebeveynlerdeki olumlu beklentiler daha iyi sağlık sonuçları yaratacaktır (15).

Yapılan çalışmalarda enüretik çocuklar yatak ıslatma korkusu nedeniyle uyuyamadıklarını; ıslandıkları günlerde arkadaşlarının ya da akrabalarının bunu öğrenmesinin kendilerini “kötü” hissettirdiğini belirtmişlerdir. Bu çocukların yaşam kalitesi azalır, sosyal aktiviteleri kısıtlanır ve benlik saygılarında azalma meydana gelir. Ayrıca diğer çocuklara oranla 2 ila 6 kat daha sık ruh sağlığı sorunları yaşamaktadırlar (2,12,22). Sınıf arkadaşları tarafından alay konusu olabilir ve damgalanabilirler. Bu durum da özgüven eksikliği yaşamalarına, düşük okul performansına ve iletişim becerilerinin kısıtlanmasına neden olur (11, 15).

Kamp yapmak, arkadaşının evinde kalmak gibi sosyal etkinliklere katılamayan çocukların akranları ile ilişkileri etkilenir. Enürezisli çocukların üzüntü, utanma, aşağılanma gibi duygular yaşadığı ve ayrıca hastalığa eşlik eden psikopatolojilerin yaygın olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalığa sahip çocukların sağlıklı çocuklara göre daha yüksek anksiyeteye ve depresyon sıklığına sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak başarılı tedavi yöntemleri veya çeşitli ile bu olumsuzlukların giderilebileceği de belirtilmektedir (26-28). Hastalık ile ilgili çocuklara verilen eğitimlerin ve izletilen mesane eğitim videolarının yaşam kalitesini olumlu etkilediği gözlenmiştir (22).

TANI VE TEDAVİ SÜRECİ

Hastalığın tanı ve tedavi süreci, bir dizi tanısal soru sorularak ayrıntılı öykü alınması ile başlar. Nihai hedef, çocuklarda sosyal-fonksiyonel sonuçları önlemek ve bozukluklarını tedavi ederek özgüvenlerini artırmak, fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarını geliştirmektir. Mesane disfonksiyonunu taramak için alt üriner sistem semptomları (Gündüz idrar kaçırma, idrar sıklığında artış, ani ve acil idrara çıkma ihtiyacı, seyrek idrara çıkma, tutma manevraları, idrar yapmak için itme ihtiyacı ve idrar akışının kesilmesi vb.) sorgulanmalıdır. İdrar yolu enfeksiyonu öyküsü, böbrek ve/veya omurilikte malformasyon, kabızlık, barsak alışkanlıkları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar gözden geçirilmelidir. Diabetes insipidus, diabetes mellitus, nefrotik sendrom ve üriner sistem enfeksiyonu gibi altta yatan bozuklukları dışlamak için idrar tahlili gerekir. Nadir de olsa anatomik veya nörolojik altta yatan nedenleri belirlemek için ilgili bölgelerin fizik muayenesi yapılmalıdır (2,7,9,29).

Hasta muayene edilirken vücut ağırlığı ve boy göz önünde bulundurulmalıdır. Genital bölge muayenesi, rektal muayene, sol alt kadran palpasyonu, nörolojik muayene, lumbosakral omurga muayenesi tanı sürecini kolaylaştıracaktır (9,29,30). Mesane ve böbrek ultrasonografisi, hidronefroz, hidroüreter, üreterosel ve artmış mesane duvar kalınlığı gibi altta yatan nedenleri saptamada yardımcı olabilir. Şiddetli gece enürezisi olan çocuklarda mesane duvar kalınlığının ultrasonla ölçümünün mesane fonksiyonu ile iyi bir korelasyon gösterdiği ve tedavi sonucu için öngörücü bir faktör olabileceği belirtilmiştir. Kabızlık sorunu olan çocuklarda şişmiş rektum mesaneye bası yapabilir ve mesane kapasitesini azaltabilir. Bu durum enürezis için risk faktörü oluşturur (29,30).

Enürezisin önerilen birinci basamak tedavisi, desmopressin veya farmakolojik olmayan enürezis alarm tedavisini içerir. Desmopressin, antidiüretik hormon vazopressinin sentetik bir analogudur. İdrar üretimini azaltarak çalıştığından, gece poliürisi olan çocukların tedaviye yanıt verme olasılığı daha yüksektir (5,7).

Buna karşılık, normal idrar çıkışı olan çocuklar desmopressine dirençli olabilir ve alarm tedavisine daha iyi yanıt verebilir. Bir enürezis alarmı takılır ve gece giysiler ıslandığında bir ses çıkarır. Alarm çaldığında, henüz uyandırılmamışsa çocuğu uyandırmak ve tuvalete götürmek için ebeveyn yardımı gerekebilir. Alarm, tekrarlanan alarm tetiklemelerinin ve uyumun izlenmesinin neden olduğu yük nedeniyle yalnızca motive olmuş ve destekleyici ailelerde kullanılmalıdır. Ebeveynlerin alarm kullanımı konusunda hemşireler veya diğer sağlık hizmeti sunucularından eğitim alması gerekir (5,29,31,32).

Ayrıca 2022 yılında yapılan bir çalışmada enüretik çocuğa her gece bir defa suprapubik, sakral ve yan bölgelere topikal olarak altı damla hindistan cevizi ve parafin yağı uygulamanın semptomları iyileştirmede etkili olduğu bildirilmiştir (33).

YÖNETİM VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Herhangi bir tedavi yöntemini uygulamadan önce, ailenin beklentisini belirlemek, aileyi ve çocuğu eğitmek, enürezisin patofizyolojisini aydınlatmak ve her türlü suçluluk duygusunu ortadan kaldırmak önemlidir (30). Tedavi süresince çocuğun özgüveni ve benlik saygısı korunmalıdır. Sinha ve arkadaşları (2016), hastalığın yönetiminde “suçluluğu azaltmak, umudu teşvik etmek, cezalandırıcı bir tepkiden kaçınmak, çocukta farkındalık yaratmak, gece idrar üretimini azaltmak için çocukla iş birliği içinde olmak” adımlarından oluşan bir yaklaşım önermiştir (34). Başarılı bir yönetim için “çocuk odaklı yaklaşım” önemlidir ve çocuklara tedavi süreçlerinde aktif bir rol verilmelidir (35).

Tanı konulduktan sonra çocuklara ve ailelerine çözüm için gerekli olan temel yaşam tarzı ve bazı davranış değişiklikleri hakkında tavsiyeler sunulmalıdır (29):

- Akşamları sıvı alımı kısıtlanmalı ve kafeinli içecekler tüketilmemelidir.
- Gün içinde düzenli aralıklarla ve yatmadan hemen önce ihtiyacın giderilmesi teşvik edilmelidir.
- Kabızlık sorunu olan çocuklarda kabızlığı tedavi etmek enürezisi ortadan kaldırabilir.

- Kabızlık belirtisi varsa, dışkı yumuşatıcı yiyeceklerin seçilmesi ya da dışkı yumuşatıcı ilaçların kullanılması bağırsakların boşaltılmasını sağlayacaktır.
- Çocuğu ihtiyacını karşılamak için gece uykusundan uyandırmak kalıcı bir çözüm olmayacaktır.
- Çocukların ıslak ve kuru gecelerini birkaç hafta boyunca takip etmek ve kuru geceleri ödüllendirmenin yatak ıslatma sıklığını azalttığı gözlenmiştir.

Bu öneriler toleranslı, destekleyici ebeveynleri olan motive, uyumlu çocuklar için daha somut sonuç verecektir. Davranış değişiklikleri, tedavi türü her ne olursa olsun devam etmelidir (25).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri bakım verici, eğitici, lider, danışman gibi roller üstlenir. Çocuğun ve ailesinin sağlığını korumada kilit rol oynayan hemşireler, enüretik çocuk ve ailesine durumun yaygın olduğu; çocuklarını ya da kendilerini suçlamalarının yanlış olacağı konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Ailenin hastalığı ve uygulanacak tedavi yöntemlerini anlaması sağlanmalı; sert/agresif tepki göstermenin, ceza vermenin, ayıplamanın ya da şiddet uygulamanın enürezisi iyileştirmeyeceği; aksine çocuğu korkutacağı ve küçük düşüreceği açıklanmalıdır. Bunlara ek olarak ebeveynlere hastalığı destekleyici tutumların (bez kullanımı vb.) da yanlış olduğu bilgisi verilmelidir.

Enürezisin doğru kavranmasını sağlamak, bilgi eksikliğini gidermek tedavinin başarı şansını artıracaktır. Yapılan araştırmalarda enüretik çocuklara ve ailelerine verilen eğitimlerin, çocukların tedaviye uyumunu kolaylaştırdığı, hastalığın tekrarlama sıklığını azalttığı saptanmıştır. Başarılı bir eğitim için hemşirelerin hastalarla aynı dili konuşması gerekir. Okul çağındaki çocukların öğrenme ve anlama yeteneği, somut düşünce süreçlerine dayanmaktadır. Eğitimin içeriği, öğretim stratejileri ve materyalleri; çocukların gelişim dönemleri, bilişsel ve psikososyal özellikleri dikkate alınarak planlanmalıdır. Ayrıca hasta eğitiminde akran gruplarının kullanılması ile çocukların ıslanma sorunları yaşayan diğer çocuklarla kaynaşmasının tedavi sürecini olumlu etkilediği gözlenmiştir (22,36).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütün kademelerinde görev alabilen hemşireler, etkin terapötik yöntemler kullanarak çocuk ve ailesinin ihtiyaçlarını belirleyebilmelidir. Derinlemesine bir fizik muayene ve öykü alınmalı, çocuğun normal gelişim dönemine uygunluğu değerlendirilmelidir. Özgeçmiş alırken bazı soruların sorulması ve gözlenmesi, tanı tedavi sürecini hızlandıracaktır:

- Alt ıslatma davranışı ne zamandan beri mevcut?
- Enürezisin tipi nedir? (Nokturna, primer, sekonder, karma..)
- Kuru kalma süresi nedir?
- Günlük tüketilen sıvı türü ve miktarı nedir? (Kafeinli, gazlı içecekler vb.)
- Gece uykusunun süresi ne kadardır?
- Gece uykusundan uyanma durumu nedir?
- Ailede enürezis geçmişi var mı?
- Kabızlık ya da enkoprezis var mevcut mu?
- Eşlik eden hastalıklar var mı?
- Çocuk daha önce enürezis oldu mu?
- Olduysa hangi tedavi yöntemleri uygunlandı? Başarılı/başarısız olan nonfarmakolojik

yöntemler ve tedaviler neler?

- Ailenin hastalığa ve çocuğa yönelik düşünceleri nasıl?
- Tuvalet eğitimin ne zaman ve nasıl verildiği, ailenin çocuğa olan desteğinin niteliği sorgulanmalıdır.
- Çocuğun ve ailesinin ruhsal durumu nasıl?
- Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyi nedir?
- Çocukta travmatik yaşam öykülerinin varlığı sorgulanmalıdır.(Kayıp, ameliyat, istismar, ihmal...)
- Hastalığın çocuk ve aile üzerine etkileri nelerdir?

Enüretik çocuğu içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal ortam içerisinde ele almak önemlidir, bu sebeple hemşireler iyi bir gözlem yeteneğine de sahip olabilmeli süreci iyi yönetebilmelidir. Hemşireler çocuğun iş birliğini ve ailenin çocuğa desteğini sağlayabilmek için onlara duygusal destek ve güvence sağlamalı; uygun eğitim materyalleri ile bilinçlendirme çalışmaları yaparak konuyu açıkça tartışmaya cesaretlendirmelidir (22).

Hemşireler tarafından aileye ve topluma aşağıdaki konularda bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir:

- Enürezis nedir, nedenleri ve risk faktörleri nelerdir?
- Hastalığın aile ve çocuk üzerindeki olası etkileri nelerdir?
- Nonfarmakolojik, farmakolojik ve diğer çeşitli tedavi çeşitleri nelerdir?
- Tedavide kullanılacak ilaçların yan etkileri
- Basit yaşam değişiklikleri (Sıvı alımı kısıtlaması, yatmadan önce ihtiyacın giderilmesi vb.)
- Tuvalet eğitimi (Başlanması için uygun yaş, ailenin tutumu vb.)
- Tedavide sürecinde ailenin rolü

SONUÇ

Enürezisin çocuklar arasında yaygın ve tedavi edilebilir bir sağlık sorunu olduğu konusunda çocuklara ve ailelere bilgi verilmesi önemlidir. Tanı konulan çocukların tedaviye erken dönemde başlayabilmesi ve sürece uyumunu hızlandırmak için eğitime erken başlanmalıdır. Pediatri hemşireleri, çocuk taramaları, bilinçlendirme ve farkındalık çalışmaları, çocuklarda görülen ruhsal bozukluklara yönelik çeşitli araştırmalar yaparak literatürü güncel tutmalıdır. Ülkemizde çocukların alt üriner sistem hastalıkları ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Bu bozukluğun oluşumunda çeşitli faktörlerin rol oynadığı düşünüldüğünde, ailelere ve çocuklara danışmanlık hizmeti verilmesi, okullarda çocuklara yönelik psikolojik danışma merkezlerinin kurulması, ebeveynlere çocuklarda görülen ruh sağlığı sorunlarının tanıtılması ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca ebeveynlerin enüretik çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve inkontinansı nasıl çözümleyecekleri konusunda güncel bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Gomez Rincon M, Leslie SW, Lotfollahzadeh S. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Dec 3, 2022. Nocturnal Enuresis.
2. Mohammadi M, VaisiRaiegani AA, Jalali R, Ghobadi A, Salari N. The Prevalence of Nocturnal Enuresis among Iranian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Urol J.* 2019; 16:427-432.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. yay. yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014; 479.
4. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from the standardization Committee of the International Children's continence society. *Neurourol Urodyn.* 2016; 35(4):471-481
5. Walker RA. Nocturnal Enuresis. *Prim Care.* 2019 Jun; 46(2):243-248.
6. Richardson D. Assessment and treatment of nocturnal enuresis in children and young people. *Nurs Child Young People* 2018; 30:40-47.
7. Chan IH, Wong KK. Common urological problems in children: primary nocturnal enuresis. *Hong Kong Med J* 2019; 25:305-311.
8. Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol.* 2018; 33:1145-1154.
9. Nevés T, Fonseca E, Franco I, Kawauchi A, Kovacevic L, Nieuwhof-Leppink A, et al. Management and treatment of nocturnal enuresis-an updated standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol* 2020; 16:10-19.
10. Li X, Wen JG, Shen T, Yang XQ, Peng SX, Wang XZ, et al. Disposable diaper overuse is associated with primary enuresis in children. *Sci Rep.* 2020; 10:14407.
11. Savaser S, Kizilkaya Beji N, Aslan E, Gozen D. The Prevalence of Diurnal Urinary Incontinence and Enuresis and Quality of Life: Sample of School. *Urol J.* 2018; 15:173-179.
12. Huang WJ, Liang YY, Yang Q, Ma X. Nocturnal enuresis in children: Parents' perspectives. *Nursing open.* 2022; 9(5): 2335-2341.
13. Dang J, Tang Z. Pathogenesis and brain functional imaging in nocturnal enuresis: a review. *Exp Biol Med.* 2021; 246:1483-1490.
14. Hamed A, Yousf F, Hussein MM. Prevalence of nocturnal enuresis and related risk factors in school-age children in Egypt: an epidemiological study. *World J Urol.* 2017; 35(3):459-65.
15. Sarici H, Telli O, Ozgur BC, Demirbas A, Ozgur S, Karagoz MA. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. *J Pediatr Urol.* 2016; 12(3):159.e1-6.
16. Huang HM, Wei J, Sharma S, Bao Y, Li F, Song JW, Wu HB, Sun HL, Li ZJ, Liu HN, Wu Q, Jiang HL. Prevalence and risk factors of nocturnal enuresis among children ages 5-12 years in Xi'an, China: a cross-sectional study. *BMC pediatrics.* 2020; 20(1):305.
17. Tokar B, Baskaya M, Celik O, Cemrek F, Acikgoz A. Application of Machine Learning Techniques for Enuresis Prediction in Children. *Eur J Pediatr Surg.* 2021; 31:414-419.
18. American Academy of Pediatrics. How to tell when your child is ready, 2nd edn. In *Guide to Toilet Training, Vol. 1*(ed. Wolraich, M L.) 19-40. (Bantam Dell, Ebook ISBN 9780425285817, 2016)
19. Dayan J, Creveuil C, Bapt-Cazalets N. Enuresis and encopresis: Association with child abuse and neglect. *L'Encephale.* 2022; 48 (1): 30-33.
20. Can G, Topbas M, Okten A, Kizil M. Child abuse as a result of enuresis. *Pediatrics International.* 2004;46(1):64-66.
21. Sapi MC, Vasconcelos JS, Silva FG, Damião R, Silva EA. Assessment of domestic violence against children and adolescents with enuresis. *J Pediatr (Rio J).* 2009;85(5):433-437.

22. Yılmaz EŞ, Büyük ET. Effect of education given to children with enuresis on quality of life. *Journal of pediatric urology*. 2021; 17(5):648.e1–648.e7.
23. Ring IJ, Neveus T, Markström A, Amrup K, Bazargani F. Nocturnal enuresis impaired children's quality of life and friendships. *Acta Paediatrica*. 2017; 106(5):806-811.
24. Iscan B, Ozkayın N. Evaluation of health-related quality of life and affecting factors in child with enuresis. *Journal of pediatric urology*. 2021; 16(2):195.e1–195.e7.
25. Wright AJ. Nocturnal enuresis: a comorbid condition. *Jornal de pediatria*. 2020; 96(3):276-278.
26. Gulisano M, Domini C, Capelli M, Pellico A, Rizzo R. Importance of neuropsychiatric evaluation in children with primary monosymptomatic enuresis. *J Pediatr Urol* 2017;13:36.e1–6
27. Peck B, Peck B, Harvey J, Green A, Svedas K, Whitaker S, et al. Body worn versus bell-and-pad alarm device for the management of monosymptomatic nocturnal enuresis in children a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2020; 47:507-12.
28. Sousa e Silvaa GJ, Sammour SNF, Ferraroa AA, Kalika Koch VH. Study of the profile of behavioral problems and quality of life indexes in a pediatric cohort of monosymptomatic enuresis. *J. An Pediatr*. 2019; 95(2):188-193.
29. Wang TM, Yang SS, Tsai JD, Yu MC, Chiou YH, Chen KL, et al. Management of nocturnal enuresis in Taiwan: Consensus statements of the Taiwan enuresis expert committee. *J Formosan Med Assoc*. 2019; 118:965-972.
30. Bogaert G, Stein R, Undre S, Nijman R, Quadackers J, 't Hoen L, Kocvara R, Silay S, Tekgul S, Radmayr C, Dogan HS. Practical recommendations of the EAU-ESPU guidelines committee for monosymptomatic enuresis-Bedwetting. *Neurourology and urodynamics*. 2020; 39(2):489-497.
31. Larsson J, Borgström M, Karanikas B, Nevéus T. Can enuresis alarm therapy be managed by the families without the support of a nurse? A prospective study of a real-world sample. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2022 Dec.
32. Alqannad EM, Alharbi AS, Almansour RA, Alghamdi MS. Alarm Therapy in the Treatment of Enuresis in Children: Types and Efficacy Review. *Cureus*. 2021; 13(8):e17358.
33. Dehghanpour A, Seyedhashemi M, Zare Bidaki A, Mousavi Z, Emtiazy M, Shakiba M. Coconut oil rubbing as an easy and safe way to improve symptoms in primary nocturnal enuresis: A randomized double-blinded placebo-controlled clinical trial. *Avicenna journal of phytomedicine*. 2022; 12(5), 449-456.
34. Sinha R, Raut S. Management of nocturnal enuresis – myths and facts. *World J Nephrol*. 2016; 5:328-338.
35. Haid B, Tekgül S. Primary and Secondary Enuresis: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Eur Urol Focus*. 2017 Apr;3(2-3):198-206.
36. Saarikoski A, Koppeli R, Salanterä S, et al. Voiding school as a treatment of daytime incontinence or enuresis: Children's experiences of the intervention. *J Pediatr Urol* 2018;14:56.e156.e7