

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Destçe'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

1

OCAK | JANUARY
ŞUBAT | FEBRUARY
2025 | 2025
CİLT 34 | VOLUME 34
SAYI 1 | ISSUE 1



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Füsün Sayek, Dr.

Şükrü Hatun, Prof. Dr.

Editör/ Editor

Orhan Odabaşı, Prof. Dr.

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Aylin Sena Beliner, Dr. (MSc, PhD)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Alican Bahadır, Uzm. Dr.

Alpaslan Türkkın, Prof. Dr.

Alper Büyükkakuş, Dr.

Ayşegül Ateş Tarla, Uzm. Dr.

Burcu Tokuç, Prof. Dr.

Emrah Kırımlı, Uzm. Dr.

Güzide Elitez, Dr.

İlkem Duman, Uzm Dr.

Mehmet Şerif Demir, Dr.

Murat Erkan, Uzm. Dr.

Onur Naci Karahancı, Dr. Öğr. Üyesi

Rana Savlu, Dr.

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

Adile Öniz Özgören, Prof. Dr.

Alis Özçakır, Prof. Dr.

Alp Ergör, Prof. Dr.

Alper İskit, Prof. Dr.

Arif Onan, Doç. Dr.

Bahar Gökler, Prof. Dr.

Berna Arda , Prof. Dr.

Cem Terzi , Prof. Dr.

Çetin Turgan , Prof. Dr.

Deniz Çalışkan , Prof. Dr.

Dilek Aslan , Prof. Dr.

Erdal Akalın , Prof. Dr.

Fatih Şua Tapar, Dr.

Figen Şahin , Prof. Dr.

Hakan Şen, Dr.

Hülya Çakmur, Prof. Dr.

Hüsniye Çalışır, Prof. Dr.

İrem Yıldız, Dr. Öğr. Üyesi

İskender Sayek, Prof. Dr.

Mehmet Özen, Doç. Dr.

Mehmet Raşit Tükel, Prof. Dr.

Mehmet Zencir, Prof. Dr.

Mustafa Güler, Av.

Mustafa Sülkü, Dr.

Murat Akova, Prof. Dr.

Muzaffer Eskiocak, Prof. Dr.

Müge Demir, Dr. Öğr. Üyesi

Münevver Kaynak Türkmen, Prof. Dr.

Nalan Çelebi, Prof. Dr.

Naki Bulut, Uzm. Dr.

Nüket Örnek Büken, Prof. Dr.

Orhan Yılmaz, Prof. Dr.

Özen Aşut, Prof. Dr.

Özden Şener, Prof. Dr.

Özlem Sarıkaya, Prof. Dr.

Pınar Okyay, Prof. Dr.

Remzi Karşı, Dr. Öğr. Üyesi

S. Songül Yalçın, Prof. Dr.

Semih Başkan, Prof. Dr.

Serdar Kula, Prof. Dr.

Serhat Ünal, Prof. Dr.

Sibel Sakarya, Prof. Dr.

Sinan Adıyaman, Prof. Dr.

Süleyman Ayhan Çalışkan, Doç. Dr.

Şevkat Bahar Özvarış, Prof. Dr.

Şükrü Hatun, Prof. Dr.

Ufuk Beyazova, Prof. Dr.

Yeşim Gökçe Kutsal, Prof. Dr.

Yeşim Uncu, Prof. Dr.

Yılmaz Yıldız, Doç. Dr.

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Alpay Azap, Prof. Dr.

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Mert S. Kaplan

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database. *İvasdam nonera nostium te publina, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius*

İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx)
Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
Web: <http://www.ttb.org.tr/STED/>
E-posta: sted@ttb.org.tr



Merhaba,

Cansu Karadeniz Benli ve arkadaşları, "**Postpartum Dönem Annelerin Öz Şefkat Düzeylerinin Emzirme Öz Yeterlilik Algılarına Etkisi**" isimli çalışmalarında postpartum dönemdeki annelerin öz şefkat düzeyleri arttıkça emzirme öz yeterliliklerinin olumlu etkilendiğini saptamışlar. Yazarlar sağlık profesyonellerinin gebelik döneminden itibaren annelerin öz şefkatlerini ve emzirme öz yeterliliklerini desteklemelerini önermektedirler.

Sude Merve Yener ve Nur Başer Baykal, "**Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Çalışanlarının Deneyimlerinin ve Stresle Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma**" isimli çalışmalarında sekizi fiziksel şiddete, ikisi sözel şiddete maruz kalan on sağlık çalışanı ile görüşme yapmışlar. Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarında yaşamış oldukları şiddet olayı sonrasında yaşamlarında hem sosyal hem de mesleki anlamda olumsuz etkiler görülmüş. Yazarlar sağlıkta şiddeti önleme konusunda sağlık çalışanlarından öneriler almış ve bu öneriler çalışmada sunmuşlardır.

Şeyma Zeyrek Kurtuluş ve arkadaşları, "**Çocuk Gelişimi Öğrencilerine Verilen Çocukta Yabancı Cisim Aspirasyonuna Bağlı Solunum Yolu Tıkanıklığında İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**" isimli çalışmalarında yabancı cisim aspirasyonuna bağlı hava yolu tıkanıklığına yönelik ilk yardım bilgi düzeylerinin, verilen eğitim sonrasında öğrenciler arasında belirgin bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, eğitim sonrasında öğrencilerin yabancı cisim aspirasyonu yaşayan bir kazazedeye müdahale etme motivasyonlarında da anlamlı bir artış saptanmıştır.

Merve Şen ve arkadaşları, "**Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine Yönelik Deneyim ve Düşünceleri: Nitel Bir Çalışma**" isimli çalışmalarında öğrenciler, flört şiddetini fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet olarak algılamakta ve bunun aile, sosyal çevre veya bireysel nedenlere bağlı olduğunu düşünmektedir. Çoğu öğrenci, flört şiddeti yaşadığı partneriyle evlenmeyi düşünmemekte ve farkındalık düzeyleri yüksektir. Bu çalışma, flört şiddeti konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Hatice Tetik Metin ve arkadaşları, "**Üniversite Öğrencilerine Verilen Eğitimin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgisi Üzerine Etkisi**" isimli çalışmalarında sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin verilen eğitimle birlikte bu düzeyin arttığı belirlenmiştir.

Pınar Daylan Koçkaya ve arkadaşları, "**Ulusal Çapta Simülasyon Temelli Eğitim Modeli Geliştirme Örneği**" isimli çalışmalarında ülke çapında program tasarımı öncü bir çaba olarak, bu girişim yalnızca personelin yetkinliklerini artırmakla kalmamış, aynı zamanda gelecekteki geniş ölçekli eğitim girişimleri için bir çerçeve oluşturmuştur denilmektedir.

İrem Şevik ve Meltem Çiçeklioğlu, "**Kadınlarda Kronik Ağrı ve Ruh Sağlığı: Toplumsal Cinsiyet Duyarlı Sağlık Hizmeti Nasıl Olmalı?**" isimli çalışmalarında kadınların kronik ağrı deneyimlerinin ve bu deneyimlerin kadın ruh sağlığıyla ilişkisinin sağlık hizmetine erişim bağlamında toplumsal cinsiyet duyarlı bir biçimde değerlendirilmesi ve sağlık hizmetine erişimde karşılaşılan sorunlara yönelik toplumsal cinsiyet dönüştürücü çözüm önerilerine dair örnekler verilmesi amaçlanmaktadır. Yazarlar sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklere karşı farkındalığın artırılmasını, doktor-hasta ilişkilerinde adil bir tutum benimsenmesini ve tedavi süreçlerinde duyarlılık gösterilmesini önermektedirler.

Kübra Ecem Turgutkaya ve Emine Didem Evcı Kiraz, "**Çevresel Etki Değerlendirmesi veya Stratejik Çevresel Değerlendirme Yerine Sağlık Etki Değerlendirmesi mi Yapılmalı?**" isimli çalışmalarında çevresel etki değerlendirme (ÇED), stratejik çevresel değerlendirme (SÇD) ile sağlık etki değerlendirme (SED) arasındaki farklılıklar incelenerek, neden bazı durumlarda sağlık etkilerinin öncelikli olduğu ve SED'in çevresel politika oluşturma ve karar alma süreçlerinde nasıl daha etkili bir rol oynayabileceğini tartışmak amaçlanmıştır.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Postpartum Dönem Annelerin Öz Şefkat Düzeylerinin Emzirme Öz Yeterlilik Algılarına Etkisi
Examining the Relationship Between Postpartum Mothers' Self-Compassion Levels and Breastfeeding Self-Efficacy Perceptions 1
Cansu Karadeniz Benli, Şükran Başgöl, Nedime Gül Doğan Özdemir
- Şiddete Maruz Kalmış Sağlık Çalışanlarının Deneyimlerinin ve Stresle Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi:
Nitel Bir Çalışma 13
Examining The Experiences of Healthcare Professionals Exposed to Violence and Their Strategies for Coping with Stress:
A Qualitative Study
Sude Merve Yener, Nur Başer Baykal
- Evaluation of the Effectiveness of First Aid Training in Respiratory Tract Obstruction Due to Aspiration of Foreign Body in Children Given to Child Development Students 22
Çocuk Gelişimi Öğrencilerine Verilen Çocukta Yabancı Cisim Aspirasyonuna Bağlı Solunum Yolu Tıkanıklığında İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
Şeyma Zeyrek Kurtoğlu, Melike Pehlivan, Filiz Levent, Eda Erdal, Hümeysra Gürçay
- Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddetine Yönelik Deneyim ve Düşünceleri: Nitel Bir Çalışma 33
University Students' Experiences and Thoughts on Dating Violence: A Qualitative Study
Merve Şen, Tuba Özyaydın, Ümmühan Okur
- The Effect of Education Given to University Students on Knowledge of Sexually Transmitted Diseases 46
Üniversite Öğrencilerine Verilen Eğitimin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgisi Üzerine Etkisi
Hatice Tetik Metin, Hasret Narin Balsak, Şerivan Demirtaş

Olgu Sunumu / Case Report

- An Example of Developing Simulation-Based Training Model at National Scale 56
Ulusal Çapta Simülasyon Temelli Eğitim Modeli Geliştirme Örneği
Pınar Daylan Koçkaya, Yavuz Üçkuyu, Osman Keysan, İlker Gurcuoglu, Ebru Şener Araz, Hatice Gülbaş, Sevilay Ayas

Derleme / Review Article

- Kadınlarda Kronik Ağrı ve Ruh Sağlığı: Toplumsal Cinsiyet Duyarlı Sağlık Hizmeti Nasıl Olmalı? 61
Chronic Pain and Mental Health in Women: What Should Gender-Sensitive Healthcare Look Like?
İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu
- Çevresel Etki Değerlendirmesi veya Stratejik Çevresel Değerlendirme Yerine Sağlık Etki Değerlendirmesi mi Yapılmalı? 69
Should a Health Impact Assessment be Conducted Instead of an Environmental Impact Assessment or Strategic Environmental Assessment?
Kübra Ecem Turgutkaya, Emine Didem Evcı Kiraz
- Sağlık Araştırmalarında Tedavi Sadakati 78
Treatment Fidelity in Health Research
Pınar Soylar, Fatma Özlem Öztürk, Mahsa Tamaddon

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



STED
Fotoğraf Yarışması
albümünden

Postpartum Dönem Annelerin Öz Şefkat Düzeylerinin Emzirme Öz Yeterlilik Algılarına Etkisi

Examining the Relationship Between Postpartum Mothers' Self-Compassion Levels and Breastfeeding Self-Efficacy Perceptions



Cansu Karadeniz Benli¹, Şükran Başgöl², Nedime Gül Doğan Özdemir³

DOI: 10.17942/sted.1457077

Geliş/Received: 22.03.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2024

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, postpartum dönem annelerin öz şefkat düzeylerinin emzirme öz yeterlilik algılarına etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte dizayn edilmiştir. Çalışma Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde yer alan büyük bir ilin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırmaya doğum sonu 0-6 aylık sağlıklı bebeği olan 272 anne dahil edildi. Veriler annelerden kişisel bilgi formu, Emzirme Öz Yeterlilik (BSES-SF) ve Öz Şefkat (SCS) Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Emzirmede kendini yeterli hissetme, emzirmede deneyimine sahip olma, sadece anne sütü ile besleme, bebeğin cinsiyeti ve maternal özşefkatin varlığı annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ile Öz Şefkat Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf derecede ilişki elde edilmiştir ($p < 0,05$). Yapılan regresyon analizi sonucunda; öz şefkat düzeyinin emzirme öz yeterliliğinin yordayıcısı olduğu; öz şefkat puanı bir birim arttığında emzirme öz yeterlilik puanının 0,150 birim arttığı saptanmıştır ($p = 0,002$). Emzirme öz yeterlilik ile toplam çocuk sayısı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanırken, annenin yaşı ve bebeğin yaşı (haftalık) arasında ise ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Postpartum dönemdeki annelerin öz şefkat düzeyleri arttıkça emzirme öz yeterlilikleri olumlu etkilenmektedir. Sağlık profesyonelleri gebelik döneminden itibaren annelerin öz şefkatlerini ve emzirme öz yeterliliklerini desteklemelidirler.

Anahtar Sözcükler: emzirme; öz şefkat; öz yeterlilik; postpartum dönem

Abstract

Aim: The aim of this study is to examine the effect mothers' self-compassion levels on breastfeeding self-efficacy perceptions.

Methods: The research was designed as descriptive and relationship-seeking. The study was carried out at the Gynecology and Pediatrics Hospital of a large city in the Black Sea region of Turkey. 272 mothers with healthy postpartum babies aged 0-6 months were included in the study. Data were collected using the mothers' personal information form, The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), and Self Compassion Scale (SCS).

Results: Feeling self-sufficient in breastfeeding, having experience in breastfeeding, exclusive breastfeeding, gender of the infant and presence of maternal self-compassion were found to be significant associated risk factors affecting mothers' breastfeeding self-efficacy ($p < 0.05$). A weak positive correlation was found between breastfeeding self-efficacy scale and self-compassion scale ($p < 0.05$). As a result of the regression analysis, it was found that self-compassion level was a predictor of breastfeeding self-efficacy; when self-compassion score increased by one unit, breastfeeding self-efficacy score increased by 0.150 units ($p = 0.002$). A weak positive correlation was found between breastfeeding self-efficacy and total number of children, while no correlation was found between the age of the mother and the age of the baby (weeks) ($p > 0.05$).

Conclusion: As the self-compassion levels of mothers in the postpartum period increase, their breastfeeding self-efficacy is positively affected. Health professionals should support mothers' self-compassion and breastfeeding self-efficacy starting from the pregnancy period.

Keywords: breastfeeding; postpartum period; self-compassion; self efficacy

¹ Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-9944-2233)

² Dr. Öğretim Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-9451-4544)

³ Araş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-5617-6900)

Giriş

Meek ve Noble'nin (2022) aktardığına göre Amerikan Pediatri Akademisi, bebeklerin ilk altı ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslenmesini ve katı gıdalara başlanana kadar bebeklerin en az 12 ay boyunca emzirmesini önermektedir (1). Emzirme; bebekte obezite ve diyabet riskini azaltma, annede hipertansiyon, jinekolojik kanserlerden koruma gibi çok çeşitli hastalıkların görülme sıklığını ve şiddetini azalttığına ilişkin güçlü yararları bulunmaktadır (1-3). Dünyada pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de pek çok anne emzirmeyi istemelerine karşın emzirme süreleri önerilen sürelerin altında seyretmektedir (4). Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre 6 aydan küçük çocukların %41'i yalnızca anne sütü almakta ve 2 yaş altı çocukların %53'ü yaşa uygun emzirmemektedir (5). Buna ek olarak ilk 1 ay %59 olan yalnızca anne sütü ile beslenme, 4-5. aylarda %14'e gerilemektedir (6). Annenin emzirmeye karşı duyduğu güven ve emzirme öz yeterliliği emzirme başarısını ve emzirme sonuçlarını iyileştiren faktörler arasında yer almaktadır (7-9).

Emzirme öz yeterliliği, bir annenin bebeğini emzirebilme becerisine olan güven duygusu ve inancı olarak tanımlanmaktadır (10). Emzirme öz yeterliliği annenin emzirmeye başlayıp başlamama durumu, emzirmek için çaba harcama durumu, kendini geliştiren veya kendini engelleyen düşünce kalıplarına sahip olma durumu ve bu süreçte karşılaşılan zorluklara duygusal olarak tepkileri gibi dört temel faktörden etkilenmektedir (7,10,11). Başkalarının emzirmede başarılı veya başarısız olduğunu görme, kişinin kendi becerileri ve yetenekleri hakkında olumsuz inançlar oluşturma, bedenlerinin işlevsiz olduğunu düşünme gibi durumlar emzirmeye karşı olumsuz düşünce kalıpları oluşturmaktadır (12). Bunlar emzirme öz yeterliliğinin olumsuz etkilenmesine ve emzirme deneyiminin engellenmesine neden olabilmektedir. Emzirmeyi zorlaştıran ve engelleyen düşünce kalıpları kişinin kendine karşı duyduğu şefkat duygusu yani öz şefkat ile hafifletilebilmektedir.

Öz şefkat, acı ya da başarısızlık zamanında kendine karşı nazik ve anlayışlı olmak, kişinin kendi acısını bütün insanlık deneyiminin bir parçası olarak algılamak ve acı verici duygu ve düşüncelere karşı bilinçli farkındalığın olması

olarak tanımlanmaktadır (13,14). Öz şefkat, kişinin vücudunu ve emzirme sürecini takdir etmesiyle birlikte emzirme deneyimine ilişkin yetersizlik konusunda koruyucu bir müdahale olarak değerlendirilmektedir. Uluslararası literatürde postpartum dönemde annelerin öz şefkat düzeyleri ve emzirme öz yeterliliği değişkenlerine ilişkin çalışmalar olmakla birlikte; ülkemizde henüz bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır (14,15). Bu nedenle araştırma, postpartum dönem annelerin öz şefkat düzeylerinin emzirme öz yeterlilik algılarına etkisini incelemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

1. Doğum sonu dönemdeki annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen faktörler nelerdir?
2. Doğum sonu dönemdeki annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve öz şefkat düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın tipi

Çalışmada kesitsel tanımlayıcı araştırma deseni kullanılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Karadeniz Bölgesi'ndeki büyük bir ilin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Polikliniğine Mayıs- Ekim 2022 tarihleri arasında doğum sonu izlem için gelen ve 0-12 aylık bebeği olan 780 anne oluşturdu. Evreni bilinen örneklem formülüne göre %5 sapma, %95 güven düzeyinde en az örneklem büyüklüğü 258 anne olarak hesaplandı. Buna göre, araştırmanın yapıldığı tarihlerde çocuk polikliniğine başvuran ve araştırma kriterlerine uyan 272 anne ile çalışma tamamlandı. Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; Türkçe konuşabilen ve yazabilen, iletişim problemi olmayan, 18 yaş ve üzerinde olan, postpartum 0-6 ay içerisinde olan, miadında doğum yapan (37. haftadan sonra), 2.500 gr ve üzerinde sağlıklı tekil bebeğe sahip olan, bebeğin emmesini etkileyebilecek bir sağlık problemi olmayan, tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ve psikiyatrik ilaç kullanmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınları kapsamaktadır. Çalışmadan dışlanma kriterleri ise; 18 yaş altı, iletişim problemi olan, postpartum 7 ay ve üzeri olan (ek gıdaya

başlandığı için), prematüre doğum yapan, 2.500 gr altında bebeğe sahip olan, bebeğin emmesini etkileyen bir sağlık problemi olan, tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığı olan ve psikiyatrik ilaç kullananlar araştırmaya alınmamıştır.

Verilerin toplanması

Veriler, Mayıs - Ekim 2022 tarihleri arasında, polikliniğe başvuran ve alınma kriterlerine uyan annelerin öz bildirimine dayalı olarak yüz yüze görüşme tekniği toplandı. Her formun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü. Verilerin toplanmasından önce araştırmaya katılan her kadına araştırmacının amacı ve yöntemi hakkında açıklama yapıldı. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği kullanıldı.

Veri toplama araçları

Kişisel Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile emzirme öz yeterliliklerini ve öz şefkatlerini etkileyebilecek faktörleri belirlemeyi amaçlayan toplam 18 sorudan oluşmaktadır (16,17).

Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (Kısa-form): Dennis ve Faux (1999)'un annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini değerlendirmek üzere geliştirdiği 33 maddelik ölçektir (18). Ölçeğin kısa formu ise 2003 yılında geliştirilmiş olup 14 maddeden oluşmaktadır (19). Alus-Tokat, Okumus, ve Dennis (2010) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmıştır (11). Ölçekten alınabilecek en düşük puan ise 14, en yüksek puan ise 70'tir. Puanın yüksek olması yüksek emzirme öz-yeterliliği olarak yorumlanır. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,86 bildirilmiştir (11). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri; 0,87 bulunmuştur.

Öz Şefkat Ölçeği: Neff (2003) (20) tarafından geliştirilen Öz Şefkat Ölçeğinin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından yapılmıştır (21). Türkçe Öz Anlayış Ölçeği tek boyutlu ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan ise 24, en yüksek puan 120'dir. Puanın yüksek olması öz anlayışın yüksek olması olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda 0,89 olan Cronbach's alfa değeri, bu çalışmada 0,74 bulunmuştur (21).

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler araştırmacılar tarafından hata kontrolleri yapıldıktan sonra analiz

için SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0) programı kullanıldı. Verilerin normal dağılımı Skewness-Kurtosis testleri ile incelendi. İkili gruplarda normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan ölçek puanları ile sürekli parametrelerin ilişkisinin analizinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Emzirme öz yeterlilik puanına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde Lineer Regresyon kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmacının Etik Yönu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul'undan etik onay (Karar no: 2022/294) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (E-26521195-604.02.02). Çalışmaya katılan annelerden bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onam formu alındı. Araştırma, 1964 Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne ve sonraki değişikliklerinde belirtilen etik standartlara uygun olarak gerçekleştirildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan anneler 28,3 (SD 5,3) yaş ortalamasına sahip olup; gebelik haftası ortalaması 5,3 (SD 3,4)'dür. Kadınların %98,1'i evli olup, çocuk sayısı ortalaması 1,9 (SD 1,0)'dir. Katılımcıların %64,7'si orta gelire sahip, %76,9'u herhangi bir işte çalışmamakta ve %80,2'si çekirdek aileye sahiptir. Kadınların yarısından fazlasının gebeliği planlı/isteyerek (%76,9) olup, sezaryen doğum (%79,3) ile gerçekleşmiştir. Kadınların %52,7'si geçmişte emzirme deneyimi olduğunu belirtmiş ve katılımcıların sadece %31,3'ü emzirme eğitimi almıştır. Kadınların %55,7'si bebeklerini sadece anne sütü ile beslediklerini, emzirmede kendilerini yeterli hissettiklerini (%76,1), en fazla desteği annelerinden (%60,0) gördüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Emzirme deneyimine sahip olma durumuna göre emzirme öz yeterlilik puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p < 0,001$). Buna göre, emzirme deneyimine sahip annelerin emzirme öz yeterlilikleri daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$, Tablo1). Bebek beslenmesi gruplarına göre emzirme öz yeterlilik puanı ortanca değerleri

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p<0,001$). Bu farklılık, sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin emzirme öz yeterlilik puanı ortanca değerlerinin, anne sütü ve formül mama grubunun emzirme öz yeterlilik puanı ortanca değerlerinden yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Emzirmede yeterli hissetme durumuna göre emzirme öz yeterlilik puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($p<0,001$). Buna göre, emzirmede yeterli hissedenenlerin emzirme öz yeterlilikleri yeterli hissetmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip annelerin emzirme öz yeterliliklerinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer parametrelere göre emzirme öz yeterlilik puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin tanımlayıcı özellikleri ile emzirme öz yeterliliklerinin karşılaştırılması					
Değişkenler	n (%)	Emzirme Öz Yeterlilik		Test İst.	p
		Ortalama \pm S. Sapma	Ortanca (Min-Maks)		
Medeni durum					
Evli	361 (98,1)	57,2 \pm 8,5	58,0 (18-70)	1,066	0,478*
Bekar	7 (1,9)	54,7 \pm 10,4	55,0 (41-69)		
Eğitim					
İlkokul	46 (12,5)	59,1 \pm 8,6	61,0 (39-70)	6,861	0,076**
Ortaokul	94 (25,5)	57,8 \pm 8,1	58,5 (38-70)		
Lise	120 (32,6)	57,4 \pm 8,1	58,0 (33-70)		
Üniversite ve üzeri	108 (29,3)	55,4 \pm 9,1	57,0 (18-70)		
Gelir durumu					
Gelir Giderden Az	81 (22,0)	57,0 \pm 7,8	58,0 (39-70)	1,739	0,419**
Gelir Gidere Eşit	238 (64,7)	57,6 \pm 8,2	59,0 (30-70)		
Gelir Giderden Fazla	49 (13,3)	55,3 \pm 10,8	57,0 (18-70)		
Çalışma durumu					
Çalışıyorum	42 (11,4)	57,3 \pm 8,6	58,5 (34-70)	0,474	0,789**
Çalışmıyorum	283 (76,9)	57,4 \pm 8,1	58,0 (33-70)		
Doğum izninde	43 (11,7)	55,5 \pm 10,7	57,0 (18-69)		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	295 (80,2)	56,8 \pm 8,7	58,0 (18-70)	11951	0,146*
Geniş aile	73 (19,8)	58,5 \pm 7,8	59,0 (41-70)		
Gebelik Planı					
Planlı, isteyerek	283 (76,9)	57,2 \pm 8,3	58,0 (30-70)	0,028	0,986**
Plansız, kaza ile hiç istemeyerek	20 (5,4)	57,0 \pm 8,9	58,5 (39-70)		
Plansız, kaza ile sonradan isteyerek	65 (17,7)	57,0 \pm 9,4	58,0 (18-70)		
Doğum Şekli					
Normal doğum	76 (20,7)	56,67 \pm 8,13	58,0 (39-70)	11807	0,389*
Sezaryen doğum	292 (79,3)	57,31 \pm 8,68	58,0 (18-70)		
Bebek Cinsiyeti					
Kız	178 (48,4)	56,96 \pm 8,36	57,0 (18-70)	17690,5	0,444*
Erkek	190 (51,6)	57,38 \pm 8,77	59,0 (30-70)		

Emzirme Deneyimi					
Evet	194 (52,7)	59,07±8,06	60,0 (33-70)	12212,5	<0,001*
Hayır	174 (47,3)	55,06±8,64	56,0 (18-70)		
Emzirme Eğitimi					
Evet	115 (31,3)	57,86±8,88	59,0 (18-70)	13327	0,197*
Hayır	253 (68,8)	56,87±8,42	58,0 (30-70)		
Bebek Beslenmesi					
Sadece anne sütü	205 (55,7)	59,39±7,95	60,0 (18-70) ^b	32,697	<0,001**
Formül mama	14 (3,8)	54,00±8,88	54,5 (38-67) ^{ab}		
Anne sütü ve formül mama	149 (40,5)	54,44±8,52	55,0 (30-70) ^a		
Yeterli Destek					
Evet	204 (55,4)	57,20±8,24	58,0 (33-70)	16997,5	0,790*
Hayır	164 (44,6)	57,15±8,98	58,0 (18-70)		
Yeterli Desteği Veren					
Eş	30 (8,2)	56,20±8,77	58,0 (39-69)	1064	0,786**
Anne	134 (36,4)	57,46±8,08	57,5 (36-70)		
Arkadaş-Komşu	24 (6,5)	56,79±7,43	58,5 (43-70)		
Kayınvalide	15 (4,1)	58,27±9,93	57,0 (33-70)		
Emzirmede Yeterli Hissetme					
Evet	280 (76,1)	58,96±7,37	60,0 (33-70)	6809	<0,001*
Hayır	88 (23,9)	51,50±9,61	54,0 (18-68)		

*Mann Whitney U testi; **Kruskal Wallis H testi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 2. Postpartum Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ile Öz Anlayış Ölçeği, yaş, toplam çocuk sayısı ve gebelik haftası ortalamaları arasındaki korelasyon

Değişken	Emzirme Öz Yeterlilik	
	r*	p
Öz Anlayış Ölçeği	0,164	0,002
Yaş	0,052	0,316
Toplam çocuk sayısı	0,244	<0,001
Gebelik haftası	-0,005	0,930

*Spearman's rho korelasyon katsayısı

Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 57,18 (SD 8,56) ve Öz-Anlayış ölçeği toplam puan ortalaması 70,08 (SD 11,14) olarak bulunmuştur.

Tablo 2'de annelerin emzirme öz yeterlilikleri ile öz anlayış, yaş, toplam çocuk sayısı ve gebelik haftası korelasyon katsayıları sunulmaktadır.

Emzirme öz yeterlilik ölçeği ile öz şefkat ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf derecede ilişki elde edilmiştir

($r=0,164$; $p=0,002$). Toplam çocuk sayısı ile emzirme öz yeterlilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf derecede bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,244$; $p<0,001$). Yaş ve gebelik haftası ile emzirme öz yeterlilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p<0,05$) (Tablo 2).

Annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyebilecek risk faktörlerinin linear regresyon analizi Tablo 3'te gösterilmiştir. Emzirme öz

Tablo 3. Emzirme Öz Yeterlilik Puanına etki eden bağımsız değişkenlerin Lineer Regresyon Stepwise Yöntemi ile incelenmesi

Model	β_0 (%95 CI)	S. Hata	β_1	t	p	r1	r2	VIF	F	p	R ²	Düzeltilmiş R ²					
1	Sabit	51,404 (49,226-53,582)	1,104	46,541	<0,001				36,530	<0,001	0,154	0,150					
	Emzirmede Yeterli Hissetme																
	Hayır	Referans															
	Evet	7,615 (5,131-10,099)	1,260	0,392	6,044	<0,001	0,392	0,392					1,000				
2	Sabit	50,167 (47,868-52,466)	1,166	43,033	<0,001				8,839	0,004	0,188	0,180					
	Emzirmede Yeterli Hissetme																
	Hayır	Referans															
	Evet	7,106 (4,642-9,571)	1,250	0,366	5,686	<0,001	0,392	0,373					1,020				
3	Emzirme Deneyimi																
	Hayır	Referans															
	Evet	3,060 (0,977-5,143)	1,057	0,186	2,896	0,004	0,238	0,201	1,020								
	Sabit	39,416 (32,132-46,7)	3,694		10,671	<0,001			9,367	0,003	0,224	0,213					
Emzirmede Yeterli Hissetme																	
Hayır	Referans																
Evet	6,576 (4,137-9,015)	1,237	0,339	5,318	<0,001	0,392	0,353	1,041									
3	Emzirme Deneyimi																
	Hayır	Referans															
	Evet	3,666 (1,588-5,744)	1,054	0,223	3,478	0,001	0,238	0,239	1,057								
	Öz Şefkat Ölçek Puanı	0,152 (0,054-0,250)	0,050	0,196	3,061	0,003	0,196	0,212	1,050								

Sabit	40,763 (33,451-48,076)	3,708	10,993	<0,001				
Emzirmede Yeterli Hissetme								
Hayır	Referans							
Evet	5,990 (3,520-8,461)	1,253	0,308	4,781	<0,001	0,392	0,322	1,089
Emzirme Deneyimi								
Hayır	Referans							
Evet	3,779 (1,718-5,839)	1,045	0,230	3,616	<0,001	0,238	0,249	1,060
Öz Şefkat Ölçek Puanı	0,152 (0,055-0,249)	0,049	0,195	3,079	0,002	0,196	0,214	1,050
Bebek Beslenmesi								
Sadece anne sütü	Referans							
Anne sütü ve formül mama	-2,358 (-4,455--0,261)	1,063	-0,140	-2,217	0,028	-0,208	-0,156	1,048
Sabit	41,836 (34,499-49,172)	3,720		11,246	<0,001			
Emzirmede Yeterli Hissetme								
Hayır	Referans							
Evet	5,991 (3,539-8,444)	1,244	0,309	4,818	<0,001	0,392	0,325	1,089
Emzirme Deneyimi								
Hayır	Referans							
Evet	4,015 (1,956-6,074)	1,044	0,245	3,846	<0,001	0,238	0,264	1,074
Öz Şefkat Ölçek Puanı	0,150 (0,054-0,246)	0,049	0,193	3,066	0,002	0,196	0,213	1,050
Bebek Beslenmesi								
Sadece anne sütü	Referans							
Anne sütü ve formül mama	-2,391 (-4,472--0,309)	1,056	-0,142	-2,265	0,025	-0,208	-0,159	1,048
Bebek Cinsiyeti								
Erkek	Referans							
Kız	-2,015 (-4,016--0,015)	1,014	-0,123	-1,987	0,048	-0,093	-0,140	1,015
4								
5								
Durbin Watson= 1,942; β_0 = Standartlaştırılmamış beta katsayı; β_1 = Standartlaştırılmış beta katsayı; r^1 = Zero-order korelasyon; r^2 = Partial korelasyon								

yeterlilik puanına etki eden bağımsız değişkenleri incelemek için lineer regresyon analizi kullanılmış olup bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde stepwise yöntemi kullanılmıştır. İlk modelde emzirme yeterli hissetme bağımsız değişkeni yer almakta olup kurulan model 1 istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($F=36,530$; $p<0,001$). Emzirmede yeterli hissedenlerde emzirme öz yeterlilik puanının yeterli hissetmeyenlere göre 7,615 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Model 2'ye emzirme deneyimi eklendiğinde emzirme öz yeterlilik ölçek puanına etki eden bağımsız değişkenleri incelemek için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=8,839$; $p=0,004$). Emzirmede yeterli hissedenlerde emzirme öz yeterlilik puanının yeterli hissetmeyenlere göre 7,106 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Emzirmede deneyimi olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının deneyimi olmayanlara göre 3,060 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,004$).

Model 3'e öz şefkat ölçek puanı eklendiğinde emzirme öz yeterlilik ölçek puanına etki eden bağımsız değişkenleri incelemek için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=9,367$; $p=0,003$). Emzirmede yeterli hissedenlerde emzirme öz yeterlilik puanının yeterli hissetmeyenlere göre 6,576 birim daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Emzirmede deneyimi olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının deneyimi olmayanlara göre 3,666 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Öz şefkat puanı bir birim arttığında emzirme öz yeterlilik puanı 0,152 birim arttığı tespit edilmiştir ($p=0,003$).

Model 4'e bebek beslenmesi eklendiğinde emzirme öz yeterlilik ölçek puanına etki eden bağımsız değişkenleri incelemek için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=4,916$; $p=0,028$). Emzirmede yeterli hissedenlerde emzirme öz yeterlilik puanının yeterli hissetmeyenlere göre 5,990 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Emzirmede deneyimi olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının deneyimi olmayanlara göre 3,779 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Öz şefkat puanı bir birim arttığında emzirme öz yeterlilik puanı

0,152 birim arttığı tespit edilmiştir ($p=0,003$). Bebek beslenmesi anne sütü ve formül mama olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının sadece anne sütü olanlara göre 2,358 birim daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,028$).

Model 5'e bebek cinsiyeti eklendiğinde emzirme öz yeterlilik ölçek puanına etki eden bağımsız değişkenleri incelemek için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,946$; $p=0,048$). Emzirmede yeterli hissedenlerde emzirme öz yeterlilik puanının yeterli hissetmeyenlere göre 5,991 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Emzirmede deneyimi olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının deneyimi olmayanlara göre 4,015 birim daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Öz şefkat puanı bir birim arttığında emzirme öz yeterlilik puanı 0,150 birim arttığı saptanmıştır ($p=0,002$). Bebek beslenmesi anne sütü ve formül mama olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının sadece anne sütü olanlara göre 2,391 birim daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,025$). Bebeğin cinsiyeti kız olanlarda emzirme öz yeterlilik puanının erkek olanlara göre 2,015 birim daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,048$).

Tartışma

Postpartum dönem annelerin öz şefkat düzeylerinin emzirme öz yeterlilik algılarına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda annelerin öz şefkat düzeyleri arttıkça emzirme öz yeterliliklerinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır. Diğer yandan, öz şefkatin varlığı, emzirmede deneyimine sahip olma, sadece anne sütü ile besleme, bebeğin cinsiyeti annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen önemli ilişkili risk faktörleri olduğu bulunmuştur. Ayrıca emzirme öz yeterlilik ile toplam çocuk sayısı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanırken, annenin yaşı ve bebeğin yaşı (haftalık) arasında ise ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması $57,18 \pm 8,56$ olarak elde edilmiştir. Buradan elde edilen ölçek puanı orta değerde bir puan olup ölçek puanı yükseldikçe annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterlilik de artmaktadır. Dolayısıyla araştırmamızın sonucu doğum sonu dönemdeki kadınların emzirmede kendilerini orta düzeyde yeterli hissettiklerini göstermektedir. Literatürde aynı

ölçeğin kullanıldığı çalışmalardan olan Amini ve arkadaşlarının (2019) İran'da 379 anne ile yapmış oldukları çalışmada puan ortalaması $50,80 \pm 8,91$, Yenil ve arkadaşlarının (2017) 220 anne ile yapmış oldukları çalışmada $59,49 \pm 8,46$ ve Mercan ve Selçuk'un (2021) 398 kadınla yapmış oldukları çalışmada $55,13 \pm 8,39$ olarak saptanmıştır (17,22,23). Buna göre, çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekte olup kadınların emzirme öz yeterlilikleri orta düzeydedir. Dolayısıyla, emzirme öz yeterlilik düzeyini artırmak için etkileyen faktörlerin öncelikle belirlenmesi oldukça önemlidir.

Bu çalışmada emzirmede yeterli hissetme annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen ilişkili risk faktörlerindedir. Emzirme kuramlarında da emzirme öz yeterliliğinin yüksek olması için yeterli hissetmenin olması gerektiği vurgulanmaktadır (24,25). Emzirme konusunda kendini yeterli hisseden annelerin, emzirme öz yeterliliğinin emzirme başarısı için önemli olduğu bildirilmiştir (26). Bir alanda kendini yeterli hissetmek pozitif bir deneyimdir ve kendini yeterli hisseden bireyler içsel bir motivasyona sahiptir. Dolayısıyla emzirmede kendini yeterli hisseden annelerin motivasyonları yüksek olacak ve emzirmeye pozitif bir bakış açısıyla bakacaklardır.

Kadınların emzirme öz yeterliliklerini etkileyen diğer ilişkili risk faktörlerinden biri de annelerin emzirme deneyimlerinin olması olarak saptanmıştır. Annelerin daha önceden emzirme konusunda deneyim sahibi olmaları emzirme öz yeterliliklerini olumlu yönde etkilemiştir. Literatürde, Cantürk ve Kostak (2020), İnce ve arkadaşları (2017) ve Küçüköğlü ve Çelebioğlu'nun (2014) yapmış oldukları çalışmalarda da emzirme öz yeterliliğinin emzirme deneyiminden olumlu etkilendiği gösterilmiştir (8,27,28). Buradan hareketle öz yeterlilik deneyimle gelişen bir inanç olup özellikle de olumlu deneyimlerin kişileri herhangi bir işi yapmada motive edeceği düşünülmektedir.

Bebek beslenmesinin anne sütüyle yapılması, bu çalışmada annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen diğer risk faktörlerindedir. Benzer şekilde İnce ve arkadaşları (2017) annelerin emzirme öz yeterliliklerinin bebeğin yalnızca anne sütü ile beslenmesinden etkilendiğini bildirmiştir (8). Dennis'in (2006) yapmış olduğu çalışmada bebek beslenmesinin emzirme öz yeterliliğini

etkileyen önemli bir faktör olduğu açıklanmıştır (29). Emzirme konusunda kendini yeterli gören ve motivasyonu yüksek olan annelerin emzirme öz yeterlilikleri de yüksek olduğu vurgulanmıştır.

Bu çalışmada bebeğin cinsiyeti annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen ilişkili risk faktörlerindedir. Akkoyun ve Arslan'ın (2016) yapmış oldukları çalışmada ise annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve bebeğin cinsiyeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (30). Benzer şekilde İnce ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada bebeğin cinsiyeti annelerin emzirme öz yeterlilik puanlarını etkilememiştir (8). Yapılan bu çalışmada ise erkek bebeğe sahip olan kadınların emzirme öz yeterlilik puanları daha yüksek olarak elde edilmiştir. Çalışma sonucuna benzer olarak Ahmadvand ve arkadaşlarının (2023) İran'da annelerle yapmış oldukları çalışmada bebeğin cinsiyetinin annelerin emzirme öz yeterlilik puanlarını etkilediği bulunmuştur (31). Bu sonuçtan hareketle kültürel olarak erkek bebeğe sahip olmayı isteme arzusunun emzirme öz yeterlilik puanını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Öz şefkat uygulamaları annelerin psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönden etkileyeceğinden emzirme öz yeterliliklerinde de anlamlı artışlar sağlayacaktır. Bu açıdan çalışmalar postpartum ruhsal iyiliğin emzirme öz yeterliliği ile ilişkili olduğunu göstermiştir (32,33). Guo ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları çalışmada gebelerde bilinçli öz-şefkat müdahalesinin doğum sonrası depresyonun önlenmesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmış olup bilinçli öz-şefkat müdahalesinin doğum sonrası depresyonun önlenmesinde ve anne ile bebeğin refahının artırılmasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (34). Benzer şekilde Mahurin-Smith ve Beck'in (2022) emzirme problemi yaşayan kadınlarla yapmış oldukları çalışmada öz şefkatin, kadınları doğum sonrası depresyon ve anksiyeteye karşı koruyabileceği sonucu elde edilmiştir (35). Monteiro ve arkadaşlarının (2019) yapmış oldukları çalışmada ise depresif ve anksiyete belirtileri göstermeyen kadınlar, depresif ve anksiyete belirtileri gösteren kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek düzeyde psikolojik esneklik ve öz-şefkat bildirmişlerdir (36). Çalışma sonuçlarından hareketle anne olmuş kadınların öz şefkat becerilerinin yükseltilmesi anneleri postpartum depresyon açısından koruyucu olacaktır.

Postpartum depresyon oranları düşen annelerin ise emzirme öz yeterlilikleri olumlu bir şekilde etkilenecektir. Bu doğrultuda bu çalışmadan elde edilecek olan sonuçlar literatüre faydalı olacak ve gelecek çalışmalara kaynak oluşturacaktır.

Bu çalışmada Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği ile Öz Şefkat Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf derecede ilişki elde edilmiştir. Buna göre öz şefkat düzeyi yüksek olan annelerin emzirme öz yeterliliklerinin de yüksek olması beklenmektedir. Rosenbaum ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları çalışmada doğum sonrası dönemde öz şefkatin emzirmeyi olumlu şekilde etkileyeceği bulunmuştur (37). Benzer şekilde Whittingham ve Mitchell (2021)'in yapmış oldukları çalışmada emzirmede öz şefkatin anne-bebek uyumu üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmış olup bu uyumun annelerin bebeklerinin emzirmeden duyduğu memnuniyeti ve kısıtlanmışlık hissi yaşamadan emzirebilmeyi sağladığı belirtilmiştir (38). Çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere, öz şefkat düzeyinin artması emzirmeyi olumlu yönde etkileyecektir.

Sonuç

Çalışmaya katılan annelerin emzirme öz yeterlilik ve öz şefkat puanlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Öz şefkat puanı yüksek olan annelerin emzirme öz yeterliliklerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Nitekim, öz şefkat düzeyinin emzirme öz yeterliliğin yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla, gebelik öncesi, gebelik süreci ve sonrasında kadınların öz şefkat düzeylerini yükseltecek aktivitelerde bulunması oldukça önemlidir. Emzirmede kendini yeterli hissetme, emzirmede deneyimine sahip olma, sadece anne sütü ile besleme, bebeğin cinsiyeti ve öz şefkatin varlığının annelerin emzirme öz yeterliliklerini etkileyen risk faktörleri olup, kadınlara bakım sunan sağlık profesyonellerinin bu risk faktörlerini bilmeleri ve değerlendirmeleri önemlidir. Sağlık profesyonellerinin kendilerini öz şefkat becerilerini geliştirebilmesi için eğitim ve kurslara katılması önerilmektedir. Ayrıca, gelecekte yapılacak olan araştırmalar için emzirme öz yeterliliği ve öz şefkat becerilerini içeren ve onları geliştirmeyi hedefleyen deneysel olan ve olmayan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Teşekkür

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara teşekkür ederiz.

İletişim: Cansu Karadeniz Benli

E-Posta: cansu.karadeniz@omu.edu.tr

Kaynaklar

1. Meek JY, Noble L. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. Section on Breastfeeding - Pediatrics. 2022;150(1):e2022057988. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2022-057988/188347>.
2. Sokou R, Parastatidou S, Iliodromiti Z, Lampropoulou K, Vrachnis D, Boutsikou T, Iacovidou N. Knowledge gaps and current evidence regarding breastfeeding issues in mothers with chronic diseases. *Nutrients*. 2023;15(13):2822.
3. Centers for Disease Control and Prevention. About breastfeeding: Why it matters. Retrieved from. 2024. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/php/about/>.
4. Yahşi A, Şaylı T. Anne sütünü etkileyen faktörler ve emzik kullanımının emzirme üzerine etkileri. *Pamukkale Medical Journal*. 2022;15(4):788-95.
5. Çavlin A, Seçkiner P. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018.
6. Çaylan N, Yalçın SS. Türkiye'de ve Dünya'da emzirmenin durumu: Emzirmenin desteklenmesi için öneriler. *Çocuk Beslenmesi*. 2020;2(1):4-11.
7. Öztürk B, Demirgöz Bal M. Doğum sonu dönemde primipar kadınlara verilen online emzirme danışmanlığının emzirme öz yeterliliği ve ek gıdaya başlama zamanı üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;13(3):1242-51
8. Ergezen Y, Efe E, Çalışkan F, Dikmen Ş. Doğum sonu dönemde annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2021;14(3):217-23.
9. Fan HSL, Fong DYT, Lok KYW, Tarrant M. The association between breastfeeding self-efficacy and mode of infant feeding. *Breastfeeding Medicine*. 2022;17(8):687-97.
10. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*. 1999;15(3):195-201.
11. Alus-Tokat M, Okumus H, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of

- the Breast-Feeding Self Efficacy Scale Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery* 2010;26(1):101-8.
12. Li L, Wu Y, Wang Q, Du Y, Friesen D, Guo Y, et al. Determinants of breastfeeding self-efficacy among postpartum women in rural China: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2022;17(4):e0266273. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266273>
 13. Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-compassion and coping: A meta-analysis. *Mindfulness*. 2021;12(1):1063-77.
 14. Neff KD, Knox MC. Self-compassion. In *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer International Publishing. 2020;4663-4670.
 15. Whittingham K, Mitchell AE. Birth, breastfeeding, psychological flexibility and self-compassion as predictors of mother-infant emotional availability in a cross-sectional study. *Infant Mental Health Journal*. 2021;42(5):718-30.
 16. Ngo LTH, Chou HF, Gau ML, Liu CY. Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women. *Midwifery*. 2019;70(2):84-91.
 17. Mercan Y, Tari Selcuk K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PloS one*. 2021;16(4):e0249538.
 18. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;2(2):399-409.
 19. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(32):734-44. <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
 20. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223-50.
 21. Deniz ME, Kesici Ş, Sümer AS. The validity and reliability study of the Turkish version of Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality*. 2008;36(9):1151-60.
 22. Amini P, Omani-Samani R, Sepidarkish M, Almasi-Hashiani A, Hosseini M, Maroufizadeh S. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): A validation study in Iranian mothers. *BMC Research Notes*. 2019;12(5):1-6.
 23. Yenal K, Tokat MA, Ozan YD, Çeçe Ö, Abalın FB. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013;10(2):14-9.
 24. Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Factors influencing full breastfeeding in a southwestern Ontario community: Assessments at 1 week and at 6 months postpartum. *Journal of Human Lactation*. 2006;22(3):292-304.
 25. Aluş Tokat M, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2008;10(3):51-8.
 26. Avery A, Zimmermann K, Underwood PW, Magnus JH. Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2009;36(2):141-8.
 27. Cantürk D, Kostak MA. Vajinal doğum yapan ve sezaryen operasyonu geçiren annelerin ilk emzirme davranışları, emzirme öz-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;13(3):382-94.
 28. Küçüköğlü S, Çelebioğlu A. Hasta yenidoğanların annelerinin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ve emzirme başarılarının incelenmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014;2(1):1-11.
 29. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*. 2006;29(4):256-68.
 30. Akkoyun S, Arslan FT. İlk altı ay boyunca emziren annelerin emzirme öz-yeterlilikleri. *Journal of Pediatric Research*, 2016;3(4):191-5.
 31. Ahmadvand M, Abdoli S, Jenabi E, Talebi-Ghane E, Eghbalian F. Predictors of breastfeeding self-efficacy in primiparous women: A cross-sectional study in the West of Iran. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. 2023;5(1):213-25.
 32. Aslan Y, Ege E. Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*. 2016;13(2):3160-72.
 33. Vieira EDS, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MMD, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: A cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26(2):28-39.
 34. Guo L, Zhang J, Mu L, Ye Z. Preventing

- postpartum depression with mindful self-compassion intervention: A randomized control study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020;208(2):101-7.
35. Mahurin-Smith J, Beck AR. Self-compassion may protect against postpartum depression and anxiety. *Breastfeeding Review*. 2022;30(2):27-34.
36. Monteiro F, Fonseca A, Pereira M, Alves S, Canavarro MC. What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of Affective Disorders*. 2019;24(6):522-9.
37. Rosenbaum DL, Gillen MM, Markey CH. Feeling let down: An investigation of breastfeeding expectations, appreciation of body functionality, self-compassion, and depression symptoms. *Appetite*. 2020;15(4):104756.
38. Whittingham K, Mitchell AE. Birth, breastfeeding, psychological flexibility and self-compassion as predictors of mother–infant emotional availability in a cross-sectional study. *Infant Mental Health Journal*. 2021;42(5):718-30.

Sude Merve Yener¹, Nur Başer Baykal²

DOI: 10.17942/sted.1545068

Geliş/Received: 09.09.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2025

Özet

Amaç: Bu çalışma şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının deneyimlerini ve stresle baş etme yöntemlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden biri olan yorumlayıcı fenomenolojik yöntem kullanılmış olup veri toplamak için yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme soruları aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada sekizi fiziksel şiddete, ikisi sözel şiddete maruz kalan on sağlık çalışanı ile görüşme yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda üç ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar şiddet deneyimleri, şiddet sonrası etkiler ve baş etme yöntemleri olarak üçe ayrılmıştır. Şiddet sonrası etkiler, psikolojik etkiler ve mesleki etkiler şeklinde alt tema şeklinde ortaya çıkmıştır. Baş etme yöntemleri teması ise sosyal destek ve psikolojik destek olarak alt temalara ayrılmıştır.

Sonuç: Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarında yaşamış oldukları şiddet olayı sonrasında yaşamlarında hem sosyal hem de mesleki anlamda olumsuz etkiler görülmüştür. Sağlık çalışanları bu durumun olumsuz etkileri ile baş etmek adına çeşitli yöntemlere başvurmuştur. Sağlıkta şiddeti önleme konusunda sağlık çalışanlarından öneriler alınmış ve bu öneriler çalışmada verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: sağlık çalışanları; şiddet; şiddete maruz kalma

Abstract

Aim: This study was conducted to examine the experiences of healthcare professionals who have been exposed to violence and understand how they have coped with stress.

Materials and Methods: In the study, the interpretive phenomenological method, one of the qualitative data research methods, and the semi-structured interview technique were used to collect data. Research data was collected through interview questions prepared by the researcher.

Results: In the study, interviews were held with ten healthcare professionals, eight of whom were subjected to physical violence and two to verbal violence. As a result of the interviews, three main themes emerged. These themes are divided into three: experiences of violence, after-effects of violence and coping methods. Post-violence effects emerged as sub-themes such as psychological effects and professional effects. The theme of coping strategies is divided into sub-basics: social support and psychological support.

Conclusion: It has been revealed that healthcare workers who have been exposed to violence had adverse effects on their lives, both socially and professionally, after the violent incident they experienced. Healthcare professionals have resorted to various methods to cope with the negative effects of this situation. Suggestions were received from healthcare professionals about preventing violence in healthcare and these suggestions were included in the study.

Keywords: healthcare workers; violence; exposure to violence

¹ Psk. (Orcid no: 0009-0001-4707-4088)

² Dr. Öğr. Üyesi, Bartın Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü (Orcid no: 0000-0002-9737-3473)

Giriş

Şiddet, geçmişten günümüze süregelen ve araştırılan kavramlardan biridir. Şiddete maruz kalan kişilerde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan birçok olumsuz etki görülmektedir. Şiddet eylemi, herhangi bir kişinin kendisine veya bir başkasına karşı göstermiş olduğu ölümlü sonuçlandırma, fiziksel yaralama ya da psikolojik olarak hasar verme durumu olarak tanımlanmıştır (1). Şiddet türleri; fiziksel şiddet, sözel şiddet, psikolojik şiddet ve daha birçok tür olarak alt maddelere ayrılmıştır (2). Bir kişinin bir başkasına verdiği fiziksel zarar bir şiddet örneğidir. Aynı zamanda bir işverenin çalışanını aşağılaması veya mobbinge maruz bırakması da psikolojik ve sözel şiddete örnektir. Bu şiddet türleri küresel bir hareket olup toplumun her kesiminde görülmektedir. Özellikle şiddet davranışlarının iş yerlerinde artış gösterdiği görülmektedir (3). Şiddetten en çok etkilenen iş yeri ortamlarından biri de sağlık kurumlarıdır. Sağlık alanında hizmet veren kurumlarda hastanın kendisinden veya hasta yakınından gelen sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel saldırı, sözel saldırı veya psikolojik tehditte bulunulan durum sağlık kurumlarında şiddet olarak tanımlanır (4). Sağlık çalışanları şiddete sürekli maruz kalmaktadırlar. Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının (doktor ve hemşire) en az beşinden üçünün şiddet olayı ile mağdur olduğunu ve son bir yıl içinde %39,3'ünün şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (5). Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddet olayları ülkemizde yaygın bir şekilde görülmektedir. Örneğin 2020 yılında Ankara Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yanlış tedavi uyguladığı gerekçesiyle bir doktor hasta tarafından göğsünden bıçaklanarak hayatını kaybetmiştir (6). Sağlık çalışanlarına yönelik gösterilen olumsuz bir diğer tutum ise sözel şiddettir. Bu şiddet türü diğer şiddet türlerine göre daha sık görülmektedir. Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %64,4 oran ile en fazla sözel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (2). Sağlık çalışanlarına gösterilen bir diğer şiddet türü psikolojik şiddettir. Psikolojik şiddet kavramı, bir kişiyi aşağılayıcı, incitici ve kötü eylemlerde bulunarak sistemli ve planlı zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır (7). Sağlık çalışanlarının sürekli bir şekilde mobbing unsuruna maruz bırakılması da psikolojik şiddet kapsamında kabul edilmektedir (8).

Sağlık sektöründe görülen şiddet olayları günümüzde oldukça sık karşılaşılan bir sorun haline

gelmiştir. Hizmet verilen kurumlarda, insanlarla ilişki içinde olduğundan bu tür yerlerde çalışanlar daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (9). Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türkiye'de çalışan sağlık çalışanlarının şiddete uğrama oranı %49 ve %91 arasında olduğunu belirtmiştir (10). Sağlık çalışanlarının %45,9'u fiziksel şiddete maruz kalırken %50,5'i sözel şiddete uğramıştır (10).

Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının yaşadıkları bu durum, onlarda bazı olumsuz sonuçların oluşmasına sebep olmaktadır. Görülen bu olumsuz sonuçlardan biri sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal olarak zarar görmesidir. Yaşanılan bu fiziksel ve psikolojik sıkıntılar sağlık çalışanlarının iş veriminin düşmesine, endişe yaşamalarını ve işi bırakma eğiliminde olmalarına neden olmaktadır (11). Görmüş oldukları bu zararın etkileri kısa sürede geçecekmiş gibi gözükse de uzun dönemde ciddi etkilerin görüldüğü belirtilmiştir. Uzun dönemdeki etkileri çoğunlukla ruhsal bir problem olarak karşımıza çıkıp travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), majör depresyon gibi rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır (12).

Stresli bir durumla karşılaşıldığında baş etme süreçleri ve yöntemleri iki şekilde meydana gelmektedir. İlki problem merkezli, ikincisi duygu merkezli olarak belirtilmiştir (13). Problem merkezli yöntem, kişide gerginlik yaratan olayı çözüme kavuşturmak ve akılcı yöntemler kullanarak bu olayın üstesinden gelmeyi kapsarken, duygu merkezli yöntem ise yaşanılan olay sonrası kişide meydana gelen gergin duyguyla baş etmek için bazı yöntemlere başvurur (13). Bu araştırmanın amacı son dönemde sağlık kurumlarında sıklaşan şiddet olaylarının araştırılması ve bu şiddet eylemine maruz kalan sağlık çalışanlarının deneyimlerinin incelenmesidir. Şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalmış sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu bu stresli durumla başa çıkma yöntemlerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

1. Araştırmanın Türü ve Yapıldığı Yer

Bu araştırmada şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının deneyimlerini ve baş etme yöntemleri hakkında detaylı bir bilgi edinmek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden biri olan "yorumlayıcı fenomenoloji" yöntemi kullanılmıştır. Yorumlayıcı fenomenolojik

analiz (YFA); bireylerin tecrübelerini nasıl yorumladıklarını ve ne şekilde attettiklerini ayrıntılı bir şekilde incelenmesine denilir (14). Medyaya yansıyan sağlıkta şiddet haberlerinden yola çıkılarak katılımcılara (e-posta, sosyal medya vb.) ulaşılmış olup çevrimiçi görüşmeler ve yüz yüze görüşmeler şeklinde veriler toplanmıştır.

2. Çalışma Grubu

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden biri olan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, Türkiye’de mesleklerini icra ederken şiddete maruz kalmış on sağlık çalışanı oluşturmuştur. Bu on kişiden beşi doktor, ikisi radyoloji teknikeri, üçü ise hemşiredir. Katılımcıların meslekleri ve çalıştıkları birimler (Tablo1) araştırmada yer almaktadır.

3. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup görüşme soruları sorularak toplanmıştır. Kapsam geçerliliğinin sağlanması açısından soruların içeriği, ifadelerin doğruluğu göz önüne alınarak bir sağlık çalışanı ile pilot görüşme gerçekleştirilmiştir. Geri dönüşler sonrasında sorular düzenlenerek son şekline getirilmiş olup görüşmeler yaklaşık 20-25 dakika arası sürmüştür.

4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemi basamakları uygulanmıştır. Çoklu okumalar yapma, notlar alma, temalar oluşturma

ve gruplandırma şeklinde çalışmalar yapılmıştır. Görüşmelerde toplanılan verilerin analizinde nitel çalışmalarda sıklıkla tercih edilen veri analiz programlarından biri olan MAXQDA-24 kullanılmıştır.

5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde etik kurul çalışma izni (2023-SBB-0823) Bartın Üniversitesi Etik Kurul’undan alınmıştır. Etik Kurul izni alındıktan sonra katılımcılara görüşme öncesinde çalışmanın amacını, elde edilecek olan verilerin ne için kullanılacağı ve çalışmanın nasıl yapılacağı hakkında bilgilere yer veren Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Demografik Bilgi Formu verilmiştir.

Bulgular

Şiddete uğramış sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler sonrasında elde edilen veri analizi sonucunda üç ana tema ortaya çıkmıştır. Bu ana temalar alt temalar ile birlikte verilmiştir (Tablo 2). Sağlıkta şiddet temaları üç ana tema olarak bulunmuştur. Bu ana temaların altında ise iki tane alt tema ortaya çıkmıştır. Bu bölümde elde edilen temaların daha iyi anlaşılması için her alt temadan birkaç örnek verilecek olup görüşmelerden alıntılar yapılacaktır.

1. Şiddet Deneyimleri

Fiziksel Şiddet ve Sözel Şiddet

Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde sekiz katılımcı fiziksel şiddetin

Katılımcı	Meslek
Katılımcı 1	Doktor- Acil Servis
Katılımcı 2	Doktor- Acil Servis
Katılımcı 3	Radyoloji teknikeri-Röntgen
Katılımcı 4	Radyoloji teknikeri-Röntgen
Katılımcı 5	Doktor- Poliklinik
Katılımcı 6	Hemşire- Solunum Fonksiyon Testi (Sft)
Katılımcı 7	Hemşire- Solunum Fonksiyon Testi (Sft)
Katılımcı 8	Doktor- Acil Servis
Katılımcı 9	Hemşire- Acil Servis
Katılımcı 10	Doktor- Acil Servis

Sağlıkta Şiddet Temaları		
Şiddet Deneyimleri	Şiddet Sonrası Etkiler	Baş Etme Yöntemleri
Fiziksel Şiddet	Psikolojik Etkiler	Sosyal Destek
Sözel Şiddet	Mesleki Etkiler	Psikolojik Destek

yanında sözel şiddete de maruz kalmıştır. İki katılımcının uğramış olduğu şiddet olayı sonrasında hayati tehlike atlattıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcı beş, fiziksel şiddetin yanında sözel şiddete de maruz kaldığını şu sözleri ile aktarmıştır:

“...5-10 dk sonra babası geri gelip küfür etmeye başlıyor. Bana neden küfrettin dememe kalmadan boynuma sarılıyor, nefesimi kesmeye çalışıyor, beni yere düşürüp ondan sonra tekmeleyip yumruklamaya başlıyor. Bir sürü şey daha. Bu kadar. Küfürlerde vardı doğru...”

Katılımcı üç yaşamış olduğu fiziksel şiddetin ciddiyetini şu sözleri ile vurgulamıştır:

“...Sadece bizim olayda bıçaklı saldırı olduğu için bir cm değiştiriyor olayı. Bıçağın bir ya da iki cm daha içeri girmesi senin hayatını tamamen değiştirebiliyordu. Biz biraz şanslıydık bu konuda. Bıçağın fazla ilerleyememesinden dolayı...”

Katılımcı üç ve dört, içeride hasta varken başka bir hastanın kendisine öncelik verilmesini istemesi nedeniyle şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Hastanın tedaviyi beğenmeyip müdahale etmesiyle birlikte katılımcı bir fiziksel şiddete maruz kalırken, katılımcı sekiz ise sözel şiddete maruz kalmıştır.

2. Şiddet Sonrası Etkiler

Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet sonrasında oluşan etkileri iki alt tema olarak belirlenmiştir. Bu temalar psikolojik etkiler ve mesleki etkiler olarak ortaya çıkmıştır.

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde duygusal olarak (üzgün, korku, tedirginlik, öfke vb. gibi duygular) etkilendikleri gözlemlenmiştir. Katılımcı bir, katılımcı üç ve katılımcı onun yaşamış oldukları şiddet olayı sonrasında öfke duygusunu yoğun yaşadıklarını ve karşı tarafa zarar verme düşüncesinin oluştuğunu ifade etmişlerdir. Olaydan sonra üç katılımcıda depresif duygular hissetme, dışarıya çıkmakta güçlük çekme ve sosyal hayatında geri çekilmelerin meydana geldiğini söylemiştir. Katılımcı dört yaşamış olduğu şiddet olayı nı hak etmediğini ve bu durumun onu üzdüğünü belirtmiştir Katılımcı on ise şiddet olayının üstünden belli bir zaman geçmesine

rağmen yaşamış olduğu şiddet olayının aklına geldiğini ve hala üzgün olduğunu ifade etmiştir. Katılımcı altı şiddet olayından sonra belli bir süre evde vakit geçirdiğini bir başkası olmadan dışarı çıkamadığını ve o dönemler psikiyatrik ilaçlar kullandığını belirtmiştir.

Katılımcı dokuz yaşadığı fiziksel şiddet sonrası tedirginliğini şu şekilde dile getirmiştir:

“Mesela artık alkollü olan hastalara, psikiyatri hastalarına yaklaşıyorum acil serviste. Arkadaşlarımda bunu iyi karşılıyorlar, çok problem etmiyorlar. Ben artık geri planda kalıyorum çünkü tedirginim... Ve bu benim için çok büyük bir şeydi. Bu yaşma kadar ailemden bile bir fiske yemedim. Çok özgür çok rahat büyüdüm. Akşam saatleri bile sokağa çıkardım hiçbir şeyden tedirgin olmazdım. Ama bu olaydan sonra ben haftalarca sokağa çıkamadım tek başıma...”

Yapılan görüşmelerde şiddet olayından sonra mesleki anlamda bazı olumsuz etkilenmelerin olduğu ortaya çıkmıştır. Yapmış oldukları mesleğe bakış açısında değişiklikler, işteki motivasyonunun düşmesi gibi durumlar söz konusu olmuştur. Katılımcılardan altı kişi bu tarz durumlarının olduğunu söylemiştir. İşe gitme durumunda isteksizlik hali, mesleklerine karşı bakış açısında değişiklik olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcı on mesleğine ilk zamanlar idealist olarak baktığını fakat yaşamış olduğu bu şiddet olayından sonra bu düşüncesinin değiştiğini ve özel hastanede çalışmak gibi düşüncelerinin olduğunu şu sözleri ile ifade etmiştir:

“... Ben o zamana kadar işimi layıkıyla yapacağım, parası için değil insanlara yardımcı olacağım mantığı vardı. Ama o yaşamış olduğum fiziksel şiddet ve bu insanların ceza almaması bu durumu değiştirdi. Şu an özele geçmeyi düşünüyorum öyle söyleyeyim ki ben hiçbir şekilde özel hastaneye geçmeyi istemeyen biriydim. Şu an sadece daha az hasta yoğunluğu, güvenliğin yeterli olması vs. gibi etmenlerden dolayı şu an öyle şeyleri düşünüyorum... Artık eskisi kadar idealist değilim... Yine işimi profesyonel yapıyorum, normal olması gerekeni yapıyorum...”

Katılımcı iki ise yaşadığı şiddet olayından sonra mesleğini yaparken isteksizlik duygusunun olduğunu ve buna bağlı motivasyonunun

düştüğünü söylemiştir. Mesleğini seçtiği zamana yönelik pişmanlıklarının olduğunu ve mesleğinin günümüzdeki konumunun, saygınlığının eskiye oranla azaldığını ifade etmiştir. Aynı zamanda mesleğini farklı bir ülkede yapma gibi bir düşüncesinin oluştuğunu yaşamış olduğu şiddet olayından sonra şekillendiğini dile getirmiştir.

Katılımcı bir mesleğine bakış açısında değişikliğin yanında şiddete maruz kaldığı şehri terk etmekle çözüm bulduğunu söylemiştir. Şiddet gördüğü şehirdeki hasta profilini değiştirip başka bir şehre taşındığını, başka tarz hasta profiline hizmet etmek istediğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“...Bütün Güneydoğuya hizmet etmekten vazgeçtim... Sadece dediğim gibi değişen tek şey hizmet verdiğim insanlar değişti. Şu an doğudan ayrıldım. Kendimde doğuluyum. İzmir’e geldim. İzmir’de çalışacağım bu sefer. Bir de burayı deneyeceğiz. Bende ki değişiklik bu oldu. Baktığım hasta profilini değiştirmek istedim... Ben de çözüm yolu olarak kendi memleketimi terk ederek buldum. Yeni insanlara daha farklı hasta profillerine tedavi hizmetleri vermek istedim.”

3. Baş Etme Yöntemleri

Yapılan çalışmada katılımcıların baş etme yöntemleri sosyal destek ve psikolojik destek olarak iki alt temadan oluşmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaşamış oldukları şiddetin yarattığı etkilerle baş etmede aile desteği, olaydan sonra izin alma, hastane yönetiminin desteği (hukuki sürece başvurma), çalışma arkadaşlarının desteği şeklinde dört alt temaya ayrılmıştır. Beş katılımcı yaşadığı şiddet olayının etkilerini atlatabilmek adına ailesinin desteğini aldığını ve onlarla vakit geçirdiğini dile getirmiştir. Yapılan görüşmelerde şiddet olayı sonrasında dört katılımcı izne ayrıldığını ifade etmiştir. Çalıştığı kurumdan bir süre uzaklaşmak istediklerini ve bu sürede kafasını toplamak için izin aldıklarını dile getirmişlerdir. Çalışmadaki katılımcıların şiddete maruz kaldıktan sonraki süreçte bu stresli durumla başa etmek adına çalışma arkadaşlarının desteğinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmadaki sekiz katılımcı tümü çalışma arkadaşlarının destek olduğunu ve bu stresli süreci atlatabilmek adına yanında durduklarını ifade etmiştir. Katılımcı bir ailesinin ve arkadaşlarının desteğini şu sözleri ile ifade etmiştir:

“...Psikolojik boyutu bizim kendi kendimizle verdiğimiz bir süreç. Bu süreçte bizim yanımızda olacak kişiler ailemiz, ailelerimizdir. Ailelerimizle konuştuk, arkadaşlarımızla konuştuk. Rahatlayabilmek adına neler yapabilmek adına. Çünkü aşırı öfkeliyim yanlış bir şey yapmamdan korkan insanlar sürekli yanımda durdular...”

Yapılan görüşmelerde beş katılımcı yaşadığı şiddet olayı sonrası hastane yönetiminin destek olduğunu ve olay sonrasında hukuki süreci takip ettiklerini belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcılardan biri hariç, diğerlerinin tamamı beyaz kod vermiş ve hukuki sürece başvurduğunu söylemiştir. Baş etme yöntemleri temasının bir diğer alt teması ise psikolojik destektir. Sağlık çalışanlarından bazılarının bu süreçle baş edebilmek adına psikolojik destek aldıklarını ve antidepresan kullandıklarını dile getirmişlerdir.

Çalışmada şiddete maruz kalmış iki katılımcının olay üzerinden bir süre geçtikten sonra psikolojik destek aldıklarını ifade etmiştir. Katılımcı dokuz yaşadığı fiziksel şiddet sonrasında ağır depresif durum yaşadığını, 3,5 ay işe gidemediğini, bir başkası olmadan dışarı çıkamadığını belirtmiştir. Yaşamış olduğu bu olumsuz etkilerin aile yaşamında sorunlara neden olduğundan, kızıyla iletişiminin azaldığından ve sosyal ilişkilerine zarar verdiğinden dolayı psikolojik destek aldığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

“...Ben zaten o süreçte çalışmadım. 3 ay kadar raporluydum. Psikiyatriden destek aldım, psikologdan destek aldım. Önce hafif dozda antidepresanlar verildi bana. Uyuyamıyordum, uyku ilaçları verildi. Fakat ben haberim olmadan uykumda bağıryormuşum, elimi kolumu kaldırıp hareketler yapıyormuşum. Eşimin söylediği şeyler. Bir sonraki görüşmelere eşimle birlikte gittik beraber... Yani zor bir dönemdi. Hastaneye gidebilmem, işe başlayabilmem uzun zaman aldı 3,5 ay gibi bir zaman aldı... Hem psikiyatri hem psikolog desteği alıyordum. Her gidişimle psikolog ile de görüşüyordum. O da genç bir bayandı. Benim aslında hayat dolu, neşeli, sosyal bir insan olduğumun farkına vardı. Akşama kadar gezip tozan, akşam evine geldiğinde de sorumluluklarını yerine getiren bir insandım. Ama artık hiçbir şey yapmak istemiyordum. Bana hep şey diyordu. Böyle yapma bak senin

için daha zor olacak üstüne gitmen gerekiyor, üstüne gitmen gerekiyor diyordu...”

Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının baş etme yöntemleri incelendiğinde şiddet olayı sonrasında stresini azaltmak ve rahatlamak adına dört katılımcı antidepresan kullandığını ifade etmiştir. Katılımcı altı ise yaşamış olduğu fiziksel şiddet sonrası ağır bir şekilde depresif duygular hissettiğini, o dönemler intihar etmeyi düşündüğünü, uzun süre bu durumu atlamadığını ifade etmiştir. Şiddet olayı sonrası psikolojik olarak kendini iyi hissetmediğini ve bu durumu kendi başına atlatamadığını bu yüzden psikiyatrik ilaçlar kullandığını söylemiştir.

Tartışma

Bu çalışma şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının deneyimlerini ve stresle baş etme yöntemlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada sekiz fiziksel, iki sözel şiddete maruz kalmış sağlık çalışanları bulunmaktadır. Sağlık sektöründeki şiddeti araştıran bir çalışmada sözel şiddet olaylarını oranı %86,9 olarak belirtilmiştir (15). Öztaş'ın yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %94,4'ünün görevi başındayken sözel şiddete uğradıkları bulgulanmıştır (16). Bu çalışmada fiziksel şiddete maruz kalmış sağlık çalışanları aynı zamanda sözel şiddete (küfür, hakaret, aşağılayıcı sözler vb.) de maruz kalmıştır. Katılımcı yedi ve katılımcı sekiz sadece sözel şiddete maruz kalmış fiziksel şiddetten son anda kurtulduğunu ifade etmişlerdir. Ürdün'de yapılan bir araştırmada şiddete uğramış acil servis çalışanlarının sözlü şiddet olaylarını fiziksel şiddet olaylarına göre daha olağan bir durum olarak kabul ettikleri bulgulanmıştır. (17). Katılımcı iki, katılımcı üç, katılımcı dört, katılımcı beş, katılımcı dokuz ve katılımcı on mesleklerini icra ederken sözel şiddet olaylarına alışkın olduklarını ve fiziksel şiddete göre olağan bir durum olduğunu ifade etmişlerdir. Bu katılımcılar neredeyse her gün sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu verilerin beş katılımcının söyledikleri ile uyuştuğunu ve sözel şiddet olayının her geçen gün arttığını göstermektedir.

Sağlık sektöründe şiddet olaylarının artış göstermesinin birçok nedeni olabilmektedir. Sağlık kurumlarının yoğunluğundan ötürü hastanın beklemesi, hastalığından dolayı acı çektiğinden kendisine öncelik verilmesinin istenmesi gibi durumlar sağlıkta şiddet olaylarına

sebeptir (18). Yapılan görüşmelerde katılımcı üç ve katılımcı dört içeride hasta varken başka hastanın içeriye girmek istemesi nedeniyle fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Acil servisler, şiddet vakalarının en fazla yaşandığı yer olarak tespit edilmiştir (19). Acil servislerde şiddet olaylarının sık görülmesinin başlıca sebebi yoğunluk olarak söylenebilir. Bu çalışmada ise beş katılımcı acil serviste görev yaparken şiddete maruz kalmıştır. Bu sonuç, acil servislerde şiddet olaylarının sayıca artmış olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Sağlıkta şiddetin sebeplerinden biri ise hasta ile sağlık çalışanının isteklerinin uyuşmamasıdır. Tedavi görmek için gelen hastanın kişisel istekleri ile sağlık çalışanının tedavi planının uyuşmaması sağlıkta şiddetin oluşmasına sebep olmaktadır (2). Tedavi olmaya gelen hastanın kafasında belli bir plan olması ve bu planın gerçekleşmemesi şiddet eylemini ortaya çıkarabilmektedir (20). Yapılan görüşmelerde katılımcı bir ve katılımcı iki gelen hastanın birtakım tedavi istekleri olduğu için çatışma ortamının yaşandığını belirtmiştir. Katılımcı sekiz ise hastanın yaptığı tedaviyi beğenmeyip başka ilaç uygulamasını söylemesi üzerine sözel şiddetine maruz kaldığını ifade etmiştir.

Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarında birçok olumsuz etki görülebilmektedir. Bu çalışmada ise şiddet sonrası etkiler psikolojik ve mesleki etki olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Psikolojik etkiler olumsuz duygulanım ve yıpranma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarında depresif duygular hissetme, olay sırasında yoğun şekilde korku yaşama ve olay sonrasında tedirginlik durumunun oluşması gibi birçok olumsuz psikolojik etkiler gözlemlenmiştir (12,16). Yapılan tüm görüşmelerde katılımcıların olay anında ve sonrasında üzgün oldukları belirlenmiştir. Katılımcı on yaşamış olduğu şiddetin aklına ara ara geldiğini ve böyle bir olay yaşadığı için üzgün olduğunu belirtmiştir. Katılımcı dört ise mesleği boyunca yaptığı hizmete karşılık şiddete maruz kalmasının onu derinden üzdüğünü ifade etmiştir. Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarında görülen bir başka olumsuz etki ise travma sonrası stres bozukluğu, depresyon gibi uzun süreli psikolojik sorunların görülmesidir (2,21). Katılımcı altı fiziksel şiddet sonrası uzun süre yaşadığı şiddet olayını atlatamadığını ve bir dönem intihara eğiliminin olduğunu belirtmiştir. Bu durumu atlatılmak adına bir dönem psikiyatrik

ilaçlar kullandığını ifade etmiştir. Katılımcı dokuz ise yaşamış olduğu şiddetin psikolojik etkileri (depresif duygular) ile baş etmek adına psikolog desteği aldığını ve antidepresan kullandığını söylemiştir. Sağlıkta şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu bir diğer olumsuz etki ise sosyal geri çekilme ve çevresiyle ilişkilerinin zedelenmesidir. Yaşamış olduğu şiddet olayından dolayı depresif duygular hissetme ve bu yüzden kendini sosyal yaşamından soyutlama gibi davranışlar gösterebilmektedir (2). Şiddete maruz kalmış insanların kendini sosyal hayatından izole etmesi savunma mekanizması olarak görülüp bu durumun çevresiyle ilişkilerini zedelediği bulgulanmıştır (22). Şiddete maruz kalmış hekimler ile yapılan bir araştırmada hekimlerin aile ve sosyal çevre ile ilişkilerin bozulması, öz saygı kaybı, ruhen ve fiziken bozulmalar gibi olumsuzlukların ortaya çıktığı bulgulanmıştır (23). Katılımcı dokuz yaşamış olduğu fiziksel şiddet sonrasında kendini 3,5 ay gibi bir süre eve kapattığını, tek başına dışarı çıkamadığını ve bu durumun sosyal çevresiyle ilişkilerini bozduğunu söylemiştir. Katılımcı altı ise şiddet olayı sonrası bir süre evden dışarı çıkamadığını söylemesi yapılmış olan araştırmaları destekler niteliktedir.

Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının şiddet sonrası etkilerinden biri de mesleki etkidir. Şiddet olayı sonrası sağlık çalışanlarının çalışma motivasyonunun düşmesi, işe gitme durumlarında isteksizlik ve mesleğe karşı bakış açısında değişiklik gibi durumların olduğu bilinmektedir (3). Şiddet sonrası işteki performansında düşüklük yaşanabilmektedir (21). Bu duruma örnek olarak yapılan çalışmada katılımcı bir, kendi mesleğine karşı bakış açısında olumsuz anlamda değişme olduğunu ve çalışma isteğinin azaldığını söylemiştir. Katılımcı iki ise yaşadığı şiddet olayı sonrası nöbete gitmede isteksiz olduğunu ve buna bağlı performansında bir dönem düşüş yaşadığını dile getirmiştir. Katılımcı on ise yaşadığı fiziksel şiddet sonrasında mesleğine karşı bakış açısında değişme olduğunu, eskisi gibi idealist olmadığını sadece işini yaptığını dile getirmiştir. Kore’de şiddete maruz kalmış hemşireler ile yapılan araştırmada hemşirelerin şiddet olayı sonrası duygusal tükenmişlik yaşadıkları ve işten ayrılma düşüncelerinin baskın olduğu bulunmuştur (24). Bu çalışmada ise katılımcı bir, çalıştığı işten ayrılarak başka şehre taşındığını dile getirirken katılımcı iki ise yaşamış olduğu şiddet olayı

sonrası başka ülkede (yurtdışı) çalışma fikirlerinin yoğunlaştığını söylemiştir. Şiddete uğramış sağlık çalışanlarında görülen bir diğer mesleki etki ise şiddete uğramış olduğu hasta profiline benzer hastalardan çekince duymasıdır (25). Yapılan çalışmada katılımcı dokuz yaşamış olduğu fiziksel şiddet sonrası alkollü hastaları görünce geri planda kaldığını, bu tarz hastalar geldiğinde tedavilerini arkadaşlarının yaptığını söylemesi bu duruma örnek olarak gösterilebilir.

Acil servislerde görülen şiddet olaylarına ilişkin yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının şiddet olayı sonrasında mesleki anlamda iş tatmininde düşüş yaşadıkları bulgulanmıştır (26). Bu çalışmada ise katılımcı bir, katılımcı iki ve katılımcı on şiddet olayı sonrasında işe gitmede isteksizlik yaşadıklarını, eskisi gibi işlerinde tatmin olamadıklarını ifade etmişlerdir.

Şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu şiddet sonrasında oluşan olumsuz etkilerle nasıl baş ettikleri bu çalışmanın bir diğer araştırma konusudur. Malezya’da yapılan bir araştırmada acil serviste şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının baş etme stratejileri şu şekilde bulgulanmıştır: olay öncesi baş etme (davranışsal belirtileri anlama) , olay anında baş etme (kendini kontrol altında tutma, dürtüsel davranmama) ve olay sonrasında baş etme (destek alma, hukuki sürece başvurma vb.) (27). Bu araştırmada ise şiddet mağduru olan sağlık çalışanlarının olay sırasında ve olay sonrasında baş etme yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Olay sırasında kendini korumak adına savunma tepkilerinin ortaya çıkması ve çevreden yardım isteme gibi baş etme yöntemleri kullanılmıştır. Olay sonrasında bu durumla baş edebilmek adına hukuki sürece başvurma, izin alma, psikolojik destek alma gibi baş etme stratejilerini kullanmışlardır.

Olumsuz etkilerle baş etmede sosyal destek ve psikolojik destek önemli bir rol oynamaktadır.

Stres yaşatan bir olayla karşılaşıldığında “Duygu odaklı, problem odaklı ve düşünce odaklı” olmak üzere 3 baş etme yöntemi kullanılmaktadır (28). Bu çalışmada ise sağlık çalışanları yaşamış oldukları stresle baş etmek adına duygu odaklı (sosyal destek ve psikolojik destek) ve problem odaklı (hukuki sürece başvurma) baş etme yöntemlerini kullanmışlardır. Şiddete maruz kalmış hemşirelerin baş etme stratejilerinin

araştırıldığı bir çalışmada hemşirelerin olay sonrası % 72,8'inin güvenlik güçlerine başvurduğu, % 65,8'inin ise hukuki süreç yoluna girerek baş etme yöntemlerini kullandığı bulgulanmıştır (16). Bu çalışmada ise katılımcılardan biri hariç diğerlerinin tamamı beyaz kod vermiş ve hukuki sürece başvurduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanları yaşamış olduğu şiddet sonrası olumsuz etkilerle (stres, depresif duygular vb.) baş etmek için sosyal destek ve psikolojik destek adı altında duygu odaklı çözüm yollarına başvurmuşlardır. Sağlık çalışanlarının stresle baş etmede çekirdek ailesiyle vakit geçirmenin onlara iyi geldiği ve bu durumu atlatmada etkili olduğu bulgulanmıştır (29). Yapılan araştırmada ise katılımcıların şiddet olayının etkileriyle baş etmede aile üyelerinin önemli bir faktör olduğunu tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu son dönemlerde artan ve üzerine birçok çalışma yapılan bir konudur.

Bu çalışmada şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının deneyimlerinin ve stresle baş etme yöntemleri incelenmiştir. Şiddet olayı sonrası hangi duyguları hissettikleri, olay sonucunda mesleki anlamda ne gibi değişiklikler olduğu ve bu stresli durumla nasıl baş ettikleri araştırılmıştır. Yapılan görüşmelerin sonucunda katılımcılarda şiddet olayı sonrası fiziksel ve ruhsal anlamda olumsuz etkilenmelerin meydana geldiği görülmüştür. Araştırmada şiddet mağduru olan sağlık çalışanları bu olumsuz etkilenmeler ile baş edebilmek adına sosyal destek ve psikolojik destek adı altında birçok yöntem başvurmuştur. Bu baş etme yöntemleri şu şekilde sıralanabilir: Aile desteği, çalışma arkadaşlarının ve çalıştığı kurumun desteği, izne ayrılma/şehir değişikliği, hukuki yollara başvurma, psikiyatri/psikolog desteği, antidepresan kullanmak vb.

Sağlıkta şiddetin önüne geçebilmek adına araştırmadaki sağlık çalışanlarına "Sağlıkta şiddetin nasıl önüne geçilir?" şeklinde soru sorulduğunda aşağıdaki çözüm önerileri alınmıştır:

- Sağlık kurumlarında güvenlik (güvenlik personeli, x-ray cihazı, kamera sistemi vb.) önlemlerinin artırılması,
- Hukuki anlamda caydırıcı cezaların olmasını ve hukuki sürecin daha kısa sürede çözülmesini talep etme,

- Sağlık Bakanlığı politikalarının sağlıkta şiddeti önleyecek şekilde düzenlenmesi ve artırılması,
- Sağlık kurumlarındaki (özellikle acil servis) yoğunluğun önüne geçilmesi,
- Eğitim sisteminin iyileştirilmesi ve bu yönde değişiklikler (empati eğitimi, etkili iletişim eğitimi vb.) yapılması
- Daha önce sağlık çalışanlarına şiddet eyleminde bulunmuş kişilerin sağlık hizmetini ücretli şekilde alması
- Kamu spotları ile halkın bilinçlendirilmesi şeklinde ifadeler ortaya konulmuştur.

Teşekkür

Bu araştırma 2209-A Tübitak Üniversite Öğrencileri Araştırma projesi (1919B012300386 numaralı başvuru) kapsamında desteklendiğinden dolayı Tübitak'a ve araştırmama gönüllü olarak katılım sağlayan bu makalenin ortaya çıkmasını vesile olan değerli sağlık çalışanlarına içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

İletişim: Sude Merve Yener

E-Posta: merve-yener01@hotmail.com

Kaynaklar

1. WHO. World report on violence and health: Summary. Geneva, 2002. Erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf, Erişim tarihi: Eylül 30, 2023
2. Enişte S. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve nedenleri; Sivas numune hastanesi örneği (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2019.
3. Yasak B. Sağlıkta şiddet ile iş doyumu ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2022
4. Çamcı O, Kutlu Y. Koceli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011;2(1):9-16
5. Er T, Ayoğlu F, Açıkgöz B. Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Turkish Journal Public Health, 2021;19(1):69-78.
6. Hürriyet. Sağlıkçıya şiddet insanlığa şiddettir. 2020, Erişim adresi: <https://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/fulya-soybas/saglikciya-siddet-insanliga-siddettir-41619216>. Erişim

- tarihi: Eylül 30, 2023
7. Bozancır F. Psikolojik şiddetin (mobbing) sağlık çalışanları üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2022.
 8. Kantarcı Ateş N. İçinde: Yağar S. Yağar F, editör. Sağlık Yönetimi Güncel Konular ve Pratik Bilgiler. İstanbul: Eğitim Yayınevi, 2023; s.259-270
 9. Çöl S. İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. Çalışma ve Toplum 2008;4(19):107-34.
 10. Türk Tabipler Birliği. Şiddetle Başa Çıkmak. 4. Baskı. İstanbul; 2019
 11. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet / Healthcare Workers and Workplace Violence. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013;12(3):315-26
 12. Yılmaz K. Adana İlinde Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Sıklığı ve Sağlıkta Şiddet Konusundaki Düşünceleri. (Uzmanlık Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2020
 13. Şahin N, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 1995;10(34):56-73.
 14. Smith J A, Osborn M. Interpretive phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), Qualitative psychology: A practical guide to research methods. London; 2003.p:51-80
 15. Devebakan N. Sağlık Kurumlarında İşyeri Şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Beyaz Kod Başvurularının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2018;23(2):383-99
 16. Öztaş İ. Acil servis hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018
 17. Al Khatib O, Taha H, Al Omari L, Al-Sabbagh MQ, Al-Ani A, Massad F, Berggren V. Workplace Violence against Health Care Providers in Emergency Departments of Public Hospitals in Jordan: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and public health, 2023;20(4):3675.
 18. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010;2(2):161-73
 19. Polat Ö, Çırak M. Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi, 2019;15:393-98
 20. Wei C, Chiou S, Chien L, Huang N. Workplace violence against nurses-prevalence and association with hospital organizational characteristic and health promotion efforts: Cross sectional study. International Journal of Nursing, 2016;56(63):63-70
 21. Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti. Adli Tıp Dergisi, 2011;25(1):71-80
 22. Gillespie G.L, Gates D M, Miller M, Howard P K. Workplace violence in healthcare settings: Risk factors and protective strategies. Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2010;35(5):177-84.
 23. Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, McFarland D, Palagini L, Belvederi Murri, M, Zerbinati L, Grassi L. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. Current Psychiatry Reports. 2022;24(12),911-24.
 24. Choi SH, Lee H. Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. Journal of Nursing Management. 2017;25(7):508-18.
 25. Akin N C, Balcı E, Dursun E, Güner G, Karataş Z, Öndül S, Özcan Ö, Şahin İ Taşkın OA. Hekime Yönelik Şiddet: Fenomenolojik Bir Değerlendirme. Yurt ve Dünya Dergisi, 2013;(6):23-62
 26. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, Cordova F. Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. BioMed Research International 2019;5430870
 27. Noor Hafizah Abdul Salim, Mohd Hisham Isa, Keng Sheng Chew et al. Coping Response to Workplace Violence Among Healthcare Workers in the Emergency Department: A Qualitative Study, 21 January 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square
 28. Moss RH, Billings AG. Conceptualizing And Measuring Coping Resources And Processes. In L.Goldberg, S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (pp.212-230) New York, NY: Free Press
 29. Bingöl K. Sağlık çalışanlarında stres ve stresle baş etme yöntemleri: Nitel bir çalışma (Yüksek Lisans Tezi). Karabük: Karabük Üniversitesi; 2023

Evaluation of the Effectiveness of First Aid Training in Respiratory Tract Obstruction Due to Aspiration of Foreign Body in Children Given to Child Development Students*



Çocuk Gelişimi Öğrencilerine Verilen Çocukta Yabancı Cisim Aspirasyonuna Bağlı Solunum Yolu Tıkanıklığında İlk Yardım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*

Şeyma Zeyrek Kurtoğlu¹, Melike Pehlivan², Filiz Levent³, Eda Erdal⁴, Hümeysra Gürçay⁵

DOI: 10.17942/sted.1543408

Geliş/Received: 04.09.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2025

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the effect of the "First Aid in Respiratory Tract Obstruction Due to Aspiration of Foreign Body in Children" training given to Child Development Program students on their knowledge levels.

Method: In the data collection process, a questionnaire form, which was prepared based on the literature and finalized in line with expert opinions, was used to measure students' sociodemographic information and their knowledge levels of first aid in airway obstructions due to foreign body aspiration in children. The data was analyzed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 software. Before the analysis, the conformity of numerical data to normal distribution was evaluated using Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Skewness, Kurtosis tests, as well as Histogram and Q-Q Plot graphs. In data analysis, the "Independent Sample t-test" was used for comparisons between two independent groups, and the "Paired Sample t-test" was used for intra-group comparisons. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$ in all tests.

Results: Before the training, the students' mean knowledge score was determined to be 7.18 ± 3.25 ; after the training, this score increased to 10.55 ± 4.51 . The mean difference was calculated as 3.37, and this difference was found to be statistically significant. Additionally, among the participants ($n=66$) who stated that they would intervene in cases of foreign body aspiration in children during their professional lives, the pre-test mean score was 7.31 ± 3.32 , while this score increased to 10.78 ± 4.47 in the post-test. The results of the paired t-test showed that this increase was statistically significant.

Conclusion: Our study determined that first aid knowledge levels regarding airway obstruction due to foreign body aspiration significantly increased among students after the training. Additionally, a significant increase was observed in the students' motivation to intervene in a victim experiencing foreign body aspiration after the training.

Keywords: airway obstruction; first aid; foreign bodies; health education; respiratory aspiration

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Çocuk Gelişimi Programı öğrencilerine verilen "Çocuklarda Yabancı Cisim Aspirasyonuna Bağlı Solunum Yolu Tıkanıklığında İlk Yardım" eğitiminin, öğrencilerin bilgi düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Veri toplama sürecinde, literatüre dayalı olarak hazırlanan ve uzman görüşü doğrultusunda son şekli verilen, öğrencilerin sosyodemografik bilgilerini ve çocuklarda yabancı cisim aspirasyonuna bağlı hava yolu tıkanıklıklarında ilk yardım bilgi düzeylerini ölçen bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizi, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde, sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) testleri ile birlikte Histogram ve Q-Q Plot grafiklerinden faydalanılarak değerlendirilmiştir. Veri analizinde, iki bağımsız grup karşılaştırmalarında "Independent Sample t testi" ve grup içi karşılaştırmalarda "Paired Sample t testi" kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Eğitim öncesinde öğrencilerin ortalama bilgi düzeyi skoru $7,18 \pm 3,25$ olarak belirlenmiştir; eğitim sonrasında ise bu skor $10,55 \pm 4,51$ 'e yükselmiştir. Ortalama farkın 3,37 olduğu hesaplanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca, iş hayatında çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu geliştiğinde müdahale etmek istediğini belirten katılımcıların ($n=66$) ön test ortalama skoru $7,31 \pm 3,32$ iken, son testte bu skurun $10,78 \pm 4,47$ 'ye yükseldiği belirlenmiştir. Paired t-testi sonuçları, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç: Araştırmamızda, yabancı cisim aspirasyonuna bağlı hava yolu tıkanıklığına yönelik ilk yardım bilgi düzeylerinin, verilen eğitim sonrasında öğrenciler arasında belirgin bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, eğitim sonrasında öğrencilerin yabancı cisim aspirasyonu yaşayan bir kazazedeye müdahale etme motivasyonlarında da anlamlı bir artış saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: havayolu tıkanıklığı; ilk yardım; yabancı cisimler; sağlık eğitimi; respiratuar aspirasyon

* Bu araştırma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) 2209-A Araştırma Projeleri Desteği tarafından desteklenmiştir. (Başvuru No: 1919B012315150)

¹ Öğr. Gör., Bursa Uludağ Üniversitesi, İnegöl Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0000-0003-0230-5599)

² Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gediz Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0000-0001-6320-0753)

³ Bursa Uludağ Üniversitesi, İnegöl Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0009-0008-7867-1935)

⁴ Bursa Uludağ Üniversitesi, İnegöl Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0009-0001-7296-3215)

⁵ Bursa Uludağ Üniversitesi, İnegöl Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0009-0001-9276-7238)

Introduction

Foreign body aspiration (FBA) is a pediatric emergency characterized by partial or complete airway obstruction, which can lead to death if not properly managed (1,2). According to the literature, FBA is most commonly observed in children under three. This is explained by the fact that children in this age group explore their surroundings using their mouths, cannot chew food sufficiently, have incomplete swallowing control, have an underdeveloped epiglottis, and tend to talk while eating. Objects that may cause FBA include balloons, small toys, candy, grapes, nuts, and various liquids (3,4).

Families, caregivers, and teachers in close contact with children play a crucial role in preventing FBA and reducing related mortality. Individuals responsible for child care should recognize objects that pose a risk of aspiration and ensure that these objects are kept out of children's reach (5). Additionally, it is essential to assess the child correctly and apply the appropriate intervention without panicking in the case of FBA (6).

Although interventions for complete and partial airway obstruction differ, incorrect application of these interventions can cause a partial obstruction to progress into a complete obstruction, further complicating the situation. In the case of complete obstruction, there is no airflow to the lungs; the child cannot speak or breathe, places their hands on their neck, experiences panic, and exhibits cyanosis. In this situation, the Heimlich maneuver, developed by Dr. Henry Heimlich, should be applied. In partial obstruction, the airway is not completely blocked; the child can cough and speak, and a whistling sound (stridor) may be heard during breathing. In such cases, the cough reflex should be encouraged to expel the foreign body, as hitting the patient on the back may worsen the condition. Therefore, the child should be encouraged to continue coughing and closely monitored to determine whether the partial obstruction progresses into a complete obstruction. If the foreign body cannot be removed after complete obstruction and respiration ceases, Basic Life Support (BLS) should be initiated immediately (7,8).

Due to the risk of disability and death caused by oxygen deprivation, correct intervention in the first few minutes is critically important (9).

Therefore, Basic Life Support (BLS) and related first aid interventions should be performed by trained healthcare professionals or certified first aiders under the supervision of the Ministry of Health to ensure they are applied correctly and appropriately for different age groups, preventing incorrect interventions (10). However, although the first-aid training provided to child development students increase their basic awareness, it is essential to encourage these students to receive professional first-aid training and certification to ensure the correct and effective application of first-aid interventions. In this context, developing educational models aimed at improving not only students' knowledge levels but also their competence in practical applications is of great importance.

In schools and nurseries where children are present, distinguishing between partial and complete obstruction, teaching correct intervention techniques, and enhancing the effectiveness of these training through education provided to child development students are key objectives. Students' willingness and initiative to intervene can be increased through structured educational models.

Materials and Methods

1. Purpose and Design of the Study

This study is a one-group pre-test/post-test design study conducted to determine the effect of the training on "First Aid in Respiratory Tract Obstruction due to Foreign Body Aspiration in Children" given to the students of the Child Development Program on their knowledge level. Within the study's scope, the training's effect on the level of knowledge was evaluated with the tests applied to the same group of students before and after the training.

2. Place of the Study, Population, and Sample

The population of this study consists of 180 students studying in Bursa Uludağ University İnegöl Vocational School Child Development Programme in the 2023-2024 academic year. A power analysis was conducted using the G*Power 3.1 program to determine the required sample size. Since there was no similar study, an average effect size of 0.5 (Cohen's d) was assumed. Based on these parameters, it was determined that at least 64 students were needed to achieve sufficient statistical power (80%).

In the sample selection process, students who had previously received first-aid training were excluded from the study. Since second-year students had already completed a first-aid training course as part of their curriculum, only first-year students were eligible for participation. Those who voluntarily agreed to participate were included in the study among these students. As a result, 83 first-year students who met the inclusion criteria were enrolled in the study. However, the data of 11 students who did not participate in the post-test or withdrew from the study for various reasons were excluded. Consequently, the study was completed with 72 students.

Inclusion Criteria: First-year students who could read and write Turkish, were actively enrolled in the Child Development Programme, had not received first aid training before, and voluntarily agreed to participate in the study were included in the sample.

Exclusion Criteria: Students who had previously received first aid training (i.e., second-year students) and those who could not participate regularly in the training sessions and tests due to health-related reasons were excluded from the study.

3. Data Collection Tools of the Research

In this study, a data collection form was prepared to collect the data. The form includes two descriptive questions to determine the demographic characteristics of the participants, 10 questions to measure attitudes and knowledge levels, and 20 knowledge questions formed as a result of the literature review (11-14). The questions measuring the level of knowledge were organized in a way to be answered with the options "True", "False", and "Don't know". In the pre-test and post-test evaluations, a "1" point was given for each correct answer, a "-1" point for incorrect answers, and a "0" point for the "I don't know" answer. With this method, the highest score obtained from the section measuring the level of knowledge was determined as "20". During the preparation process of the form, the opinions of two experts in the field were consulted.

4. Collection of Research Data

The research data were collected between May

24, 2024, and July 1, 2024. The data were obtained through a pre-prepared information collection form. In the first stage of the research, a pre-test was applied to determine the current knowledge levels of the Child Development Program students. After this test, students were given first-aid training on solid body aspiration in children and infants.

The training was carried out under the following headings:

What is Foreign Body Aspiration?

The definition of foreign body aspiration and the most commonly encountered objects in children.

Symptoms of Respiratory Tract Obstruction:

Symptoms of partial and complete obstruction.

Application Process to the Emergency Department:

The importance of medical intervention after first aid, ambulance calls, and referral processes to the emergency department.

Emergency Intervention Techniques:

Heimlich maneuver for children, back blows, and chest compression techniques for infants; explanation of which interventions should be applied in which situations.

Applied First Aid Training:

The training was based on theoretical knowledge transfer and included skills training. Intervention techniques were demonstrated by instructors, and students were allowed to practice individually. Instructors also provided one-on-one coaching. Students practiced first aid skills on mannequins in an applied manner.

The training lasted a total of 5 hours, with 2 hours of theoretical education and 3 hours of practical application.

After the skills training was completed, it was assessed whether there was any change in students' willingness to intervene in such cases. The willingness of students to intervene before and after the training was compared.

After the training, a post-test was administered to the participants, and the change in their knowledge levels was evaluated six weeks later. All data were collected face-to-face in the classroom environment.

5. Ethical Aspects of the Research

Ethics committee permissions for the research were obtained from Bursa Uludağ University Non-Interventional Ethics Committee (2024-04/08.05.2024) and institutional permission from İnegöl Vocational High School (E-50631952-900-3056/26.04.2024). Ethical rules were followed in the research. No personal information was requested from the students, and they were asked to use a pseudonym instead of their names to keep their identities confidential. The anonymity of the data was preserved by ensuring that they used the same nickname in the post-test. All participants were explained the purpose and scope of the study, that they could participate in the study on a voluntary basis, and that their written consent was obtained.

6. Evaluation of Research Data

The data obtained from the research were transferred to the computer environment, edited with the Microsoft Excel package program, and then analyzed with the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 27.0 Package Program. Before starting the analyses, the suitability of the numerical data to normal distribution was examined by Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk, Skewness and Kurtosis tests, Histogram, and Q-Q Plot graphs. As a result of the analyses, it was concluded that the data were normally distributed. Categorical data were shown with frequency and percentage values, while numerical data were shown with mean and standard deviation values since they met the normality assumption. While analyzing the data, the "Independent Sample t-test" was used for two independent group comparisons, and the "Paired Sample t-test" was used for intra-group comparisons. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$ for all tests.

Results

The average age of the 72 students participating in the study was 19.9 ± 3.1 years, aged 18 to 44 years. Among the participants, 97.2% were female, and 2.8% were male. Regarding their attitudes and knowledge about foreign body aspiration, 15.3% had previously encountered a situation requiring first aid due to solid object aspiration, while 84.7% had not. A significant majority (91.7%) expressed willingness to intervene in a case of foreign body aspiration

in a child during their professional life, whereas 8.3% did not. Additionally, 43.1% of participants indicated they would hesitate to intervene due to a lack of confidence, while 56.9% reported they would not hesitate. Among the participants, 51.4% stated they were familiar with objects that could cause solid object aspiration in children, and 45.8% knew how to perform airway opening maneuvers. However, most students (54.2%) needed to learn how to perform these maneuvers. Only 48.6% of participants knew how to assess consciousness in children, and 27.8% knew how to do so in infants. Similarly, only 33.3% of students knew how to assess breathing in children and infants. Regarding the basic life support algorithm, 51.4% of students knew the algorithm for children, while only 37.5% knew the algorithm for infants (Table 1).

Table 2 presents the correct response rates to scale questions before and after training. Before the training, 51.4% of the participants correctly answered the statement, "Emergency assistance should be sought before intervening in a patient with airway obstruction" which increased to 61.1% after the training. Another question, "Try to communicate with a child with solid object aspiration; if the child can speak, encourage effective coughing" saw a statistically significant increase in correct responses from 30.6% before training to 76.4% afterward. The correct response rate for the statement "If the infant cries during the intervention in the 0-1 age group, it indicates that the object has been expelled, and the intervention should be stopped" increased from 27.8% before training to 63.9% after training. Generally, there was an increase in correct response rates for other questions related to essential life support following the training. For example, the correct response rate for the question "Basic life support in children starts with two rescue breaths" increased from 13.9% to 47.2%.

Table 3 evaluates the students' knowledge levels on foreign body aspiration before and after training. The average knowledge level score was 7.18 ± 3.25 before the training and increased to 10.55 ± 4.51 afterward. The mean difference was calculated as 3.37, which was statistically significant ($t=5.41$, $df=71$ $p < 0.001$). The Cohen's d value was calculated as 0.86,

Table 1. Demographic characteristics of students and variables related to their attitudes and knowledge regarding foreign body aspiration (n=72)

Demographic Variables		Min.	Max.	Median
	+			
Age (years)	19.9±3.1	18	44	19
				n (%)
Gender				
Female				70 (97.2)
Male				2 (2.8)
				n (%)
Variables Related to Attitudes and Knowledge Regarding Foreign Body Aspiration				
Have you ever encountered a situation requiring first aid due to solid object aspiration?				
Yes				11 (15.3)
No				61 (84.7)
Would you want to intervene if a child develops foreign body aspiration in your professional life?				
Yes				66 (91.7)
No				6 (8.3)
If a child develops solid object aspiration, I would hesitate due to a lack of confidence.				
Yes				31 (43.1)
No				41 (56.9)
I am familiar with objects that can cause solid object aspiration in children.				
Yes				37 (51.4)
No				35 (48.6)
I know how to perform airway opening maneuvers.				
Yes				33 (45.8)
No				39 (54.2)
I know how to assess consciousness in children.				
Yes				35 (48.6)
No				37 (51.4)
I know how to assess consciousness in infants.				
Yes				20 (27.8)
No				52 (72.2)
I know how to assess breathing in children and infants.				
Yes				24 (33.3)
No				48 (66.7)
I know the basic life support algorithm for children.				
Yes				37 (51.4)
No				35 (48.6)
I know the basic life support algorithm for infants.				
Yes				27 (37.5)
No				45 (62.5)

indicating that the training significantly improved knowledge levels.

Table 4 analyzes the findings related to students' willingness to intervene in a child's foreign body aspiration during their professional life

and their hesitation due to a lack of confidence in the case of solid object aspiration, based on pre-test and post-test results, both within and between groups. The average pre-test score for participants who expressed willingness to intervene in such cases (n=66) was 7.31±3.32,

Table 2. Correct response rates to scale questions before and after training (n=72)

Scale Questions	Before Training	After Training
	(%)	(%)
1. Emergency assistance should be sought before intervening in a patient with airway obstruction.	51.4	61.1
2. Try to communicate with a child with solid object aspiration; if the child can speak, encourage effective coughing.	30.6	76.4
3. Basic life support should be initiated if consciousness is lost while intervening in a child with airway obstruction.	91.7	87.5
4. The intervention to be performed in airway obstruction differs depending on whether the child is conscious.	73.6	87.5
5. Basic life support should be initiated if consciousness is lost while intervening in a child with airway obstruction.	75.0	81.9
6. In the 0-1 age group, five back blows and five chest compressions should be applied.	22.2	56.9
7. The intervention for airway obstruction in the 0-1 age group differs from that in other age groups.	81.9	87.5
8. Abdominal thrusts are not applied in the 0-1 age group.	37.5	48.6
9. If the infant cries during the intervention in the 0-1 age group, it indicates that the object has been expelled, and the intervention should be stopped.	27.8	63.9
10. For a child (over 1-year-old) with airway obstruction, five back blows, and 5 abdominal thrusts should be continued until the object is expelled or consciousness is lost.	25.0	50.0
11. If no foreign object is visible in an infant's mouth with airway obstruction, a blind finger sweep should not be performed.	72.2	70.8
12. Basic life support in children starts with 2 rescue breaths.	13.9	47.2
13. The chest compression/ventilation ratio during basic life support in children is 30:2.	47.2	58.3
14. Chest compressions in children (over 1 year old) are applied with one hand.	52.8	63.9
15. Chest compressions in infants (0-1 year) are performed with two fingers (middle and ring fingers).	68.1	77.8
16. The point for chest compressions in infants is the middle of the line below the nipples.	41.7	69.5
17. The point for chest compressions in children is the mid-point of the lower half of the sternum.	48.6	68.1
18. Chest compressions should be performed at 100-120 per minute.	45.8	50.0
19. In infants, compressions should depress the chest by 4 cm (approximately one-third of the chest depth when viewed laterally).	25.0	40.3
20. If the child appears adult-like, chest compressions should be performed with both hands.	29.2	36.1

Table 3. Comparison of students' knowledge levels on foreign body aspiration before and after training

	n		Mean Difference	t ^a	Degrees of Freedom (df)	p-value	Effect Size
Pre-Test	72	7.18±3.25	3.37	5.41	71	<0.001*	Cohen's d: 0.86**
Post-Test	72	10.55±4.51					

^aPaired-Samples t test $p < 0.05$ is considered statistically significant. [†] $d \approx 0.8$ values indicate a large effect size.

Table 4. Intra-group and inter-group comparisons of pre-test and post-test results according to certain variables

Variables	Groups	Measurements		Test/Significance (Within-group) ^a		
		Pre-test	Post-test	t	p-value	Cohen's d
Willingness to intervene in a child's foreign body aspiration during professional life	Willing (n=66)	7.31±3.32	10.78±4.47	5.29	<0.001*	0.65**
	Unwilling (n=6)	5.66±1.96	8.00±4.56	1.09	0.322	0.67**
	Test/Significance (Between Groups)	t: 1.19 df: 70 p: 0.237	t: 1.45 df: 70 p: 0.149			
Hesitation due to lack of confidence in case of solid object aspiration	Hesitant (n=31)	6.77±2.98	10.45±4.17	4.06	<0.001*	1.02***
	Not Hesitant (n=41)	7.48±3.45	10.63±4.81	3.65	<0.001*	0.75**
	Test/Significance (Between Groups)	t: 0.920 df: 70 p: 0.361	t: 0.169 df: 70 p: 0.867			

^aPaired-Samples t-test, ^bIndependent-Samples t-test, $p < 0.05$ is considered statistically significant. [†] $d \approx 0.5-0.8$ values indicate a medium effect size. [§] $d \approx 0.8$ values indicate a large effect size.

which increased to 10.78 ± 4.47 in the post-test. The results of the paired t-test show that this increase is statistically significant ($t=5.29$, $p < 0.001$). For participants unwilling to intervene ($n=6$), the average pre-test score increased from 5.66 ± 1.96 to 8.00 ± 4.56 in the post-test, but this increase was not statistically significant ($t=1.09$, $p=0.322$). When comparing the pre-test and post-test results between those willing and unwilling to intervene, no statistically significant difference was found between the groups in either measurement (pre-test $t=1.19$, $p=0.237$; post-test $t=1.45$, $p=0.149$).

For participants who indicated they would hesitate due to a lack of confidence in the case of solid object aspiration ($n=31$), the average

pre-test score was 6.77 ± 2.98 , which increased to 10.45 ± 4.17 in the post-test. This increase was statistically significant ($t=4.06$, $p < 0.001$). Similarly, participants who indicated they would not hesitate ($n=41$) also showed a significant increase in their scores; the average pre-test score increased from 7.48 ± 3.45 to 10.63 ± 4.81 in the post-test ($t=3.65$, $p < 0.001$). When comparing the differences between those who would hesitate and those who would not, no statistically significant difference was found between the groups in either measurement (pre-test $t=0.920$, $p=0.361$; post-test $t=0.169$, $p=0.867$).

Discussion

Foreign body aspiration is a severe pediatric emergency which is frequently encountered

especially in children in the first three years of age and may result in death if not intervened correctly in the early period (15,16). In our study, 15.3% of the participants stated that they had previously encountered a situation requiring first aid due to solid body aspiration. In a study by Maalim Issack et al., 43.3% of the participants stated that they had encountered drowning cases at school, but they were able to administer first aid to the victim in only 42.2% of these cases (17). The fact that the mean age of the participants in our study was low (19.9 ± 3.1) may be a reason why they encountered such cases less frequently.

91.7% of the participants stated that they would like to intervene in case of foreign body aspiration in a child in their professional life. Similarly, in the study by Ojifinni et al., the participants showed a willingness to intervene to a great extent, and the main concerns of those who did not want to intervene included fear of being sued, fear of harming the victim, and risk of infectious disease (18). However, as in our study, it was observed that the participants' willingness to intervene was generally positive.

Correctly recognizing and assessing the state of consciousness of a victim with airway obstruction is critical for the success of the emergency intervention. Correct assessment may be vital since the interventions to be performed differ depending on whether the consciousness is open or closed. Our study found that 51.4% of the participants did not know how to check consciousness in children, while this rate was 72.2% in infants. These high rates are a severe indicator of a lack of education and awareness.

In order to prevent the risk of disability and death due to oxygen deficiency after airway obstruction, it is vital that the person closest to the victim immediately starts essential life support. In a study conducted by Kinoshita et al., it was found that the rapid initiation of chest compressions by the observer was significantly effective in terms of survival in victims who experienced airway obstruction due to a foreign body during a meal and, therefore, lost consciousness (19). These findings reveal that timely correct intervention in emergencies plays a critical role in increasing the chance of survival.

According to the pre-test results of our study, the lowest score was 13.9, which belonged to the question, "If it is necessary to apply basic life support, basic life support is started by giving two rescue breaths." After the training, the score of this question increased to 47.2. The highest score was 91.7, which belongs to the question, "If a child with airway obstruction loses consciousness during the intervention, basic life support should be started." However, the score of this question decreased to 87.5 after the training. This suggests that the transition to essential life support may not have been emphasized sufficiently or that the training methods used may not have sufficiently reinforced the understanding of this issue. Our study was conducted using a training model.

We think that advanced simulation applications can provide a better understanding of the subjects that students have difficulty understanding. In training given by Martínez-Isasi et al. to school-age children on prevention and intervention of airway obstruction using advanced simulation technique, 77.1% of the children recognized the situation and immediately called the emergency medical service when the simulated victim became unconscious; in addition, 81.1% started chest compressions (20). These findings suggest that simulations enriched with real scenarios, rather than simple training mock-ups, may contribute to more effective learning in solid body obstruction intervention.

In a study conducted by Higuchi et al., the highest correct response rate among the participants was related to the information that small objects may cause foreign body aspiration in children. On the other hand, the lowest correct response rate was observed in the question about not giving foods such as nuts and peanuts to children younger than three years of age (21). Similarly, in our study, 48.6% of the students stated that they did not recognize objects that could cause solid body aspiration. In the study by Higuchi et al., although the participants knew the risk of small objects, they did not know that a food such as peanuts could cause solid body aspiration, indicating that the risks related to the subject were not sufficiently recognized. Our study also supports this finding, as almost half of the students stated that they did not recognize such objects.

This demonstrates that lack of awareness about the risks of foreign body aspiration in children is a serious problem. Therefore, it is important to strengthen the training and awareness-raising activities in this field and provide more comprehensive training, especially on the recognition of risky objects.

While the pre-test score of the participants indicating their willingness to intervene in foreign body aspiration in children was 7.31 ± 3.32 , this score increased to 10.78 ± 4.47 after the training. Similarly, while the pre-test score of the participants who stated they would be timid in intervention due to lack of self-confidence before the training was 6.77 ± 2.98 , this score increased to 10.45 ± 4.17 in the post-test. This increase was found to be statistically significant.

Since there is a risk of disability and death due to oxygen deficiency in airway obstructions, emergency intervention is vital. Therefore, in environments where staff are responsible for the education and care of children, such as schools and nurseries, the ability of staff to respond effectively and quickly is critical. In addition to hands-on training for staff, additional measures such as regular refresher courses, scenario-based simulations, accessible first aid manuals, provision of necessary equipment, and information seminars for parents can strengthen emergency preparedness by increasing initiative and courage in first aid. Such holistic approaches can be critical in increasing survival rates in emergencies such as foreign body aspiration in children.

The total knowledge level of the students about foreign body aspiration was evaluated with the tests performed before and after the education. While the mean knowledge level score of the students was 7.18 ± 3.25 before the training, this score increased to 10.55 ± 4.51 after the training. This difference was found to be statistically significant. In the study of Behbudi et al., it was observed that mobile-based foreign body aspiration training given to mothers improved prevention, intervention, and decision-making processes (22). Similarly, in the study of Camilo et al., a significant increase in the knowledge level of mothers was reported after foreign body aspiration training given to mothers using telesimulation (23).

These findings show that using different techniques can increase the level of education and awareness of parents, teachers, and personnel working in places where children are present. Dursun et al. found that teachers who had not received first aid training had low self-confidence in performing cardiopulmonary resuscitation (CPR). However, 92% of the teachers thought that having a first aid certificate was necessary to become a teacher (24). Based on these findings, it can be said that teachers are willing to improve themselves in this field. Making the training widespread and accessible will be an essential step to support this desire.

Conclusion and Recommendations

Our study observed that the students' first aid knowledge level about airway obstruction due to foreign body aspiration increased significantly after the training. In addition, a significant increase was found in the willingness of students to intervene in victims of foreign body aspiration after the training. To prevent deaths due to foreign body aspiration in children, it is necessary to increase the awareness of carers, teachers, and other personnel responsible for the care of children to take protective measures to reduce possible risks.

Improving the first aid skills of these personnel through training methods such as simulation, practical training, and case reenactment scenarios can significantly prevent injuries and deaths due to foreign body aspiration. Therefore, it is of great importance that such training is made widespread and continuous. In addition, regular updates to training and the integration of innovative teaching methods can increase the effectiveness of training. Expanding the scope of training programs and evaluating them periodically will contribute to improving the quality of teaching.

Acknowledgments

We want to thank all the student volunteers who helped to collect the data.

Declaration of interest statement

The authors report no relationships that could be construed as a conflict of interest.

Funding

This research was supported by the Scientific and Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) 2209-A Research Projects Support (Application No: 1919B012315150)

Contact: Şeyma Zeyrek Kurtoğlu
E-Mail: seymakurtoglu@uludag.edu.tr

References

1. Salih AM, Alfaki M, Alam-Elhuda DM. Airway foreign bodies: A critical review for a common pediatric emergency. *World J Emerg Med.* 2016;7(1):5-12. doi:10.5847/when.j.1920-8642.2016.01.001
2. Brkic F, Umihanic S, Altumbabic H, et al. Death as a consequence of foreign body aspiration in children. *Med Arch.* 2018;72(3):220-3. doi:10.5455/medarch.2018.72.220-223
3. Montana A, Salerno M, Feola A, et al. Risk management and recommendations for the prevention of fatal foreign body aspiration: Four cases aged 1.5 to 3 years and mini-review of the literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4700. doi:10.3390/ijerph17134700
4. Rose D, Dubensky L. Airway foreign bodies. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; August 7, 2023.*
5. Gendeh BS, Gendeh HS, Purnima S, Comoretto RI, Gregori D, Gulati A. Inhaled foreign body impaction: A literature review in Malaysian children. *Indian J Pediatr.* 2019;86(Suppl 1):20-4. doi:10.1007/s12098-018-2824-8
6. Al Gharsan M, Alarfaj I. Knowledge and practice of secondary school teachers about first aid. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(5):1587-93. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_76_19
7. Ojeda Rodriguez JA, Ladd M, Brandis D. Abdominal Thrust Maneuver. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 23, 2023. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531467/. 30.08.2024. Accessed September 2, 2024*
8. Onganlar YH, Şahin M, Pak Onganlar F, Keser Şahin HH. *Pediatric Temel Yaşam Desteği. [Basic Life Support in Pediatrics]. J Health Sci Med /JHSM /jhs. Eylül 2019;2(4):139-45. doi:10.32322/jhs.612400*
9. Madigan-McCown L. Withholding the Heimlich Maneuver: Ethical considerations. *J Clin Ethics.* 2021;32(3):241-6.
10. Republic of Turkey Official Gazette. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
11. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020;142(16_suppl_2):S469-S523. doi:10.1161/CIR.0000000000000901
12. Atkins DL, Berger S, Duff JP, et al. Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (Reprint). *Pediatrics.* 2015;136 Suppl 2:S167-S75. doi:10.1542/peds.2015-3373E
13. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation.* 2021;161:327-87. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.015
14. Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation.* 2021;161:98-114. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.009
15. Torsello M, Sicuranza L, Meucci D, et al. Foreign body aspiration in children: Our pediatric tertiary care experience. *Pediatr Surg Int.* 2024;40(1):93. doi:10.1007/s00383-024-05679-z
16. Mohammad M, Saleem M, Mahseeri M, et al. Foreign body aspiration in children: A study of children who lived or died following aspiration. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017;98:29-31. doi:10.1016/j.ijporl.2017.04.029
17. Maalim Issack A, Jiru T, Wubetie Aniley A. Assessment of knowledge, attitude, and practice on first aid management of choking and associated factors among kindergarten teachers in Addis Ababa Governmental Schools, Addis Ababa, Ethiopia. A cross-sectional institution-based study. *PLoS One.* 2021;16(7):e0255331. doi:10.1371/journal.pone.0255331
18. Ojifinni K, Motara F, Laher AE. Knowledge, attitudes, and perceptions regarding basic life support among teachers in training. *Cureus.* 2019;11(12):e6302. Published 2019 December 6. doi:10.7759/cureus.6302

19. Kinoshita K, Azuhata T, Kawano D, Kawahara Y. Relationships between pre-hospital characteristics and outcome in victims of foreign body airway obstruction during meals. *Resuscitation*. 2015;88:63-7. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.12.018
20. Martínez-Isasi S, Carballo-Fazanes A, Jorge-Soto C, et al. School children brief training to save foreign body airway obstruction. *Eur J Pediatr*. 2023;182(12):5483-91. doi:10.1007/s00431-023-05202-x
21. Higuchi O, Adachi Y, Adachi YS, Taneichi H, Ichimaru T, Kawasaki K. Mothers' knowledge about foreign body aspiration in young children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77(1):41-4. doi:10.1016/j.ijporl.2012.09.026
22. Behboudi F, Pouralizadeh M, Yeganeh MR, Roushan ZA. The effect of education using a mobile application on knowledge and decision of Iranian mothers about prevention of foreign body aspiration and to relieve choking in children: A quasi-experimental study. *J Pediatr Nurs*. 2022;62:e77-e83. doi:10.1016/j.pedn.2021.07.007
23. Camilo BHN, Freitas LB, Okido ACC. Contributions of telesimulation to the knowledge of mothers about foreign body airway obstruction. *Rev Gaucha Enferm*. 2023;44:e20220241. doi:10.1590/1983-1447.2023.20220241.en
24. Dursun A, Özsoylu S, Emeklioğlu B, Akyıldız BN. Evaluating the basic life support knowledge among schoolteachers: A cross-sectional survey in Kayseri, Turkey. *Turk J Pediatr*. 2018;60:702-8. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2018.06.011>

Merve Şen¹, Tuba Özaydın², Ümmühan Okur³

DOI: 10.17942/sted.1550494

Geliş/Received: 17.09.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2025

Özet

Amaç: Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin flört şiddeti konusundaki deneyim ve düşüncelerini kapsamlı bir şekilde analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Fenomenolojik desendeki araştırma, Şubat-Aralık 2023 tarihleri arasında bir üniversitenin hemşirelik öğrencileriyle yürütülmüştür. Araştırmaya 18 öğrenci katılmıştır.

Bulgular: İçerik analizi ile değerlendirilen çalışma sonucunda; öğrencilerin ifadeleri beş tema altında ele alınmıştır. Temalar; (1) Flört şiddetine yönelik algılar, (2) Flört şiddetinin nedenlerine yönelik düşünceler, (3) İlişkide rahatsız edici davranışlara yönelik düşünceler, (4) Flört şiddeti hakkındaki deneyim, düşünce ve duygular ve (5) Flört şiddeti yaşayan bireylerin partnerleri ile evliliğe yönelik düşünceleri olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Öğrenciler, flört şiddetini fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet olarak algılamakta ve bunun aile, sosyal çevre veya bireysel nedenlere bağlı olduğunu düşünmektedir. Çoğu öğrenci, flört şiddeti yaşadığı partneriyle evlenmeyi düşünmemekte ve farkındalık düzeyleri yüksektir. Bu çalışma, flört şiddeti konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Bu konuda hemşireler, bireylerin farkındalığının artmasında ve onları korumaya yönelik çalışmalar yapılmasında son derece önemli bir rol üstlenmektedir.

Anahtar Sözcükler: yakın partner şiddeti; hemşirelik; öğrenciler; toplum sağlığı

Abstract

Objective: This study was conducted to comprehensively analyze nursing students' experiences and thoughts on dating violence.

Method: The phenomenological study was conducted with nursing students at a university between February and December 2023. 18 students participated in the study.

Results: As a result of the study evaluated with content analysis; students' statements were addressed under five themes. The themes were determined as; (1) Perceptions of dating violence, (2) Thoughts on the causes of dating violence, (3) Thoughts on disturbing behaviors in the relationship, (4) Experiences, thoughts and feelings about dating violence, and (5) Thoughts of individuals experiencing dating violence regarding marriage with their partners.

Conclusion: Students perceive dating violence as physical, emotional and sexual violence and think that it is due to family, social environment or individual reasons. Most students do not consider marrying their partner with whom they experienced dating violence and their awareness levels are high. This study emphasizes the need for more education on dating violence. In this regard, nurses play an extremely important role in raising awareness of individuals and carrying out work to protect them.

Keywords: intimate partner violence; nursing; students; public health

¹ Uzm. Hemşire, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği, Doktora Programı (Orcid no: 0000-0003-4468-3897)

² Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-3923-2197)

³ Öğr. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, Eğirdir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0000-0002-9816-3689)

Giriş

Flört şiddeti, gençlerin partnerleri üzerinde üstünlük kurarak psikolojik, fizyolojik ya da cinsel olarak bireye zarar vermeleri olarak tanımlanmaktadır (1). Flört şiddeti ilk olarak bireyin partnerinin kiminle görüştüğü, nereye gittiği, ne giydiği, neler yapacağı gibi durumlar üzerinde kontrol kurması, sonrasında ise bu kontrolü sağlamak için taciz ya da şiddet uygulamalarıyla karşılık vermesi ile ortaya çıkmaktadır (2). Flört ilişkilerinde bireyler kaybetme korkusu ve yetersizlik duygusu ile kıskançlık göstermektedir (3). Fiziksel şiddet: itme, vurma, tekmeleme, dövme ve yaralama; duygusal şiddet: hakaret etme, küçük düşürücü sözler, korkutma, değersizleştirme, baskı uygulama, tehdit etme ve cinsel şiddet: istenmeyen cinsel ilişki, cinsel içerikli konuşma ya da fotoğraf içeren dijital içerikli tacizler, bireyi aşağılayan cinsel eylemlere zorlama olarak ifade edilmektedir (4,5).

Günümüzde giderek artan ve halk sağlığı sorunu haline gelen flört şiddetinin birçok nedeni ve risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörler; sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, şiddet görme, ihmal/istismar edilme, ruhsal bozukluklar, kültür, etnik yapı, sosyal desteğin olmayışı, kötü alışkanlıklar, cinsiyete özel roller, kıskançlık, öfke problemleri, yoksulluk, ataerkil yapı ve yaşanan yer olarak açıklanmıştır (2,6-13). Flört şiddeti yaşayan bireylerin hayatı olumsuz yönde etkilenmekte ve sonrasında birey birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar öfke, şiddet, özgüven eksikliği, depresyon, kaygı, intihar, korunmasız ilişkiler ve zararlı alışkanlıklar edinme olarak ortaya çıkmaktadır (2,14,15).

Flört şiddetinin ortaya çıkmasını etkileyen diğer faktörler flört şiddeti ile ilgili algı, tutum ve deneyimlerdir (13,16). Kızlara göre erkekler flört şiddetini destekleyen algı ve tutumlara daha çok sahiptir (17). Flört şiddetine uğrayan taraf çoğunlukla kızlar olsa da erkekler de flört şiddeti ile karşılaşmaktadır (18). Şiddete karşı tutumların ve algıların incelendiği bazı çalışmalarda erkeklerin şiddeti güç gösterisi olarak düşündüğü, şiddeti bağlanma şekli, sahiplenme olarak algıladığı; kadınların ise flört şiddetini partnerinin karakteri olarak düşündüğü ve çevresi nedeniyle şiddeti normalleştirdiği açıklanmıştır (19). Bireylerin partnerleri üzerinde

doğrudan yetkisinin olduğunu düşünmesi, istenmeyen cinsel birliktelikleri ve saldırganlığı normalleştirmesi, cinsel zorlamanın haklı sebeplerle yapıldığını düşünmesi gibi olumsuz tutumlarının olduğu ifade edilmiştir (20). Flört şiddetinde en sık karşılaşılan şiddetin duygusal şiddet olduğu belirlenmiş olup içe kapanık kişiliklerin duygusal şiddete maruz kalma riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (13,17,21). Geçmişte şiddet yaşayan bireylerin sonradan flört şiddeti yaşama durumunun daha yüksek olduğu ve flört şiddetine uğrayan bazı bireylerin şiddete şiddetle karşılık verdiği açıklanmıştır (17).

Flört şiddeti ile en sık karşılaşan yaş grubu 15-19'dur (United Nations Population Fund 2021). Sosyalleşme açısından da elverişli olan ve bu yaş grubunun ağırlıkta olduğu üniversitelerde, öğrenciler flört şiddeti için risk grubunu oluşturmaktadır (19). İlişkilerin önem kazandığı üniversite döneminde şiddetin farkına varılamamakta ya da şiddet olağan bir şeymiş gibi düşünülmektedir. Bu durum partnerlerinin aşkı, kıskançlığı veya sahiplenmesi olarak gösterilmektedir (2). Türkiye'de bir üniversitede yapılan çalışmada sırasıyla cinsel şiddet oranının %1,0, fiziksel şiddet oranının %4,2 ve takip edilme oranının %3,5 olduğu raporlanmıştır (13). Bir başka çalışmada flört ilişkilerinde fiziksel şiddet %8,5, cinsel şiddet %3,9 ve psikolojik şiddet %39,5 olarak açıklanmıştır (17).

Türkiye'de flört şiddetinin arttığı da göz önüne alındığında (22,23) hem flört şiddeti ile ilgili düşünce ve deneyimlerini öğrenmek hem de ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını önleyebilmek için hemşirelerin koruyucu ve önleyici programlarla ilgili araştırma yapması ve gerekli müdahalelerde bulunması önemlidir (24). Gençlerin ilişkiler ve anlaşmazlıklar konusunda tecrübesiz olması, çevresinde şiddet gören bireylerin bulunması, şiddeti normal algılamasına neden olabilmekte ve bu sorunların çözümlenmesini zorlaştırmaktadır. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin flört şiddeti konusundaki deneyim ve düşüncelerinin derinlemesine incelenmesi amacıyla yapılmış olup, üniversite öğrencilerinin flört şiddeti konusundaki tutum, algı ve deneyimlerinin araştırılmasıyla kanıta dayalı çalışmaların yapılmasına zemin hazırlaması açısından literatüre katkı sağlayacaktır.

Yöntem

Araştırma Tipi

Araştırma betimleyici fenomenolojik araştırma yöntemine sahiptir. Araştırma COREQ kılavuzuna göre planlanarak raporlandırıldı (25).

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversitenin Hemşirelik Fakültesi öğrencileri oluşturdu. Çalışma grubu, güncel bir ilişkisi ya da geçmişinde flört öyküsü olan, 18-25 yaş aralığında olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelik öğrencileri arasından amaçlı örnekleme yöntemi ile seçildi. İşitme ya da konuşma engeli olan ve yabancı uyruklu olan bireyler çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma Şubat-Aralık 2023 tarihleri arasında yürütülmüş olup; veri doyumuna ulaşımın belirlenmesi için "temaların tekrarı" dikkate alındı ve veri doygunluğuna ulaşana kadar öğrencilerle görüşmeler devam etti. Temaların tekrar ettiği noktada veri doygunluğuna ulaşıldığı kabul edilerek 18 öğrenci ile veri toplama aşamasına son verildi.

Veri Toplama Araçları

Katılımcıların flört şiddeti hakkında hassas olabileceği ve deneyim ya da düşüncelerini yalnız daha iyi ifade edeceği düşünüldüğü için derinlemesine görüşme yöntemi seçildi ve çalışmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu kullanıldı. Görüşme formunda 4 sorudan oluşan kişisel bilgi soruları (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, uzun süre yaşanan yer) ve flört şiddetine yönelik düşünce ve deneyimleri sorgulayan 7 açık uçlu soru yer aldı.

Araştırma soruları:

1. Flört şiddetini nasıl tanımlarsınız?
2. İlişkilerde flört şiddetinin nedenleri sizce nelerdir?
3. İlişkinizde sizi ya da partnerinizi rahatsız eden durumlardan bahsedebilir misiniz?
4. İlişkinizde partnerinizden şiddet gördünüz mü ya da partnerinize şiddet uyguladınız mı?
5. Cinsel, fiziksel, psikolojik ya da ekonomik hangi şiddete maruz kaldınız, anlatabilir misiniz?
6. Eğer flört şiddetine maruz kaldıysanız şiddete uğradığınızda neler hissettiniz?
7. Flört ederken şiddet gördüğünüz ya da uyguladığınız biriyle evlenme konusunda ne düşünüyorsunuz?

Katılımcılara araştırmanın amaçları, çalışma sonucunda bireye hiçbir zarar gelmeyeceği, izni doğrultusunda ses kaydı yapılacağı, verilerin yazılı olarak not alınacağı, dokümanlarda isimlerin gizli tutulacağı ve kodlanacağı konusunda bilgilendirme yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle toplantı oturumları planlandı ve görüşmeler ilgili üniversitede sessiz boş bir sınıfta tek tek yapıldı. Görüşmeler doktora eğitim düzeyine sahip iki araştırmacı tarafından ortalama 25 dk sürecek şekilde gerçekleştirildi ve ses kayıt cihazına kaydedildi.

Veri Analizi

Veri analizleri verilerin toplandığı gün içerik analizi kullanılarak, kayıttan dinlenerek el ile analiz edildi. Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktararak yedeklendi ve yazılı doküman haline getirildi. Dokümanlarda katılımcılar numaralandırıldı (W1: Katılımcı Numarası K/E: Kadın/Erkek) ve kimlikleri gizlendi. Veriler üç araştırmacı tarafından ayrı ayrı okunarak kodlandı ve analiz edildi. Araştırmacılarla yapılan görüşmeler doğrultusunda veriler anlam bütünlüğü olacak şekilde sınıflandırıldı, anlam bütünlüğü oluşturan paragraflar belirlendikten sonra ana temalar ve alt temalar oluşturuldu. Oluşturulan tema ve alt temalar benzerlik ve farklılıklar açısından kontrol edilerek düzenlendi ve son hali verildi. Son olarak araştırmacılar ve bir uzman tarafından tüm analizler çalışma amacı doğrultusunda ele alınarak tekrar değerlendirildi ve veri analizi tamamlandı.

Geçerlik ve Güvenirlik

Güvenilirlik, araştırma sonuçlarının açık, tutarlı şekilde verilmesi ve diğer araştırmacılar tarafından doğrulanabilir olmasıdır. İç geçerlilik, inandırıcılık gerçeğe uygunluk olarak ifade edilir ve çalışmanın doğruluk değerini tanımlamaktadır (26). Veriler teorik bir çerçeveye bağlanılarak değerlendirildi ve üç farklı araştırmacı tarafından yorumlandı. Dış geçerlilik ya da uygunluk olarak da ifade edilen aktarılabirlik, elde edilen bulguların önemini ve başka çalışmalarda kullanılıp kullanılmayacağını açıklamaktadır (26). Çalışmada aktarılabirliği sağlamak için katılımcıların özellikleri net şekilde tanımlanarak, flört şiddetine uygun örneklem seçimi yapıldı. Yapılandırılmış görüşme formuna bağlı kalınarak yapılan adımlar ayrıntılı şekilde açıklanmaya

çalışıldı. Geçerlilik için araştırmacılar tarafsız davranarak amaca yönelik çalışma yöntemleri ve COREQ kılavuzunu rehber olarak kullandı. Veri toplama, analiz ve raporlama süreçleri detaylandırılarak, çalışma verilerinin korunması için veriler yedeklendi. Araştırmanın doğrulanabilir ve objektif olması açısından veriler her seferinde görüşme sonrası kaydedildi. Veri toplama aşamasında yönlendirici, yargılayıcı sorulardan kaçınıldı ve araştırmacının konu ile ilgili kişisel izlenimleri katılımcı ile paylaşılmadı. Veri analizi objektifliğini değerlendirmek üzere bir uzmandan destek alındı.

Etik

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan (23.06.2023 tarihinde 2023/54 sayılı

karar numarasıyla) etik kurul izni, araştırmanın gerçekleştirileceği Hemşirelik Fakültesinden kurum izni alındı. Araştırma kapsamında araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak sözlü onam ve yazılı onam alındı. Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirildi.

Bulgular

Araştırmaya 18 hemşirelik lisans öğrencisi dahil edilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması $21,3 \pm 1,1$, 14'ü kız (%77,8) ve 4'ü erkek (%22,2) öğrencidir. Katılımcıların %83,3'ünün uzun süre yaşadığı yerin il olduğu, %22,2'sinin ekonomik durumunun iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Veri analizi sonrası 5 ana tema ve 8 alt tema belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler		
	n (%)	
Yaş ($\bar{X} \pm ss$)	21,3 \pm 1,1	
Cinsiyet	Kadın	14 (%77,8)
	Erkek	4 (%22,2)
Uzun süre yaşanılan yer	il	15 (%83,3)
	ilçe	3 (%16,7)
Algılanan ekonomik durum	İyi	4 (%22,2)
	Orta	14 (%77,8)

Tablo 2. Ana Tema ve alt temalar	
Ana Tema	Alt Tema
1. Flört Şiddetine Yönelik Algılar	-
2. Flört Şiddetinin Nedenlerine Yönelik Düşünceler	Alt tema 1: Aile ve sosyal çevreye bağlı nedenler Alt tema 2: Bireysel nedenler
3. İlişkide Rahatsız Edici Davranışlara Yönelik Düşünceler	Alt tema 1: Bireyin partnerinden rahatsız olduğu davranışlar Alt tema 2: Partnerinin bireyden rahatsız olduğu davranışlar
4. Flört Şiddeti Hakkındaki Deneyim, Düşünce ve Duygular	Alt tema 1: Flört şiddetine yönelik deneyimler Alt tema 2: Flört şiddeti yaşayan bireylerin duyguları
5. Flört Şiddeti Yaşayan Bireylerin Partnerleri ile Evliliğe Yönelik Düşünceleri	Alt tema 1: Evliliğe olumlu bakanların düşünceleri Alt tema 2: Evliliğe olumsuz bakanların düşünceleri

Ana Tema 1: Flört Şiddetine Yönelik Algılar
Öğrencilerin flört şiddetine yönelik algılarını karşılayan “Flört şiddetini nasıl tanımlarsınız?” sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde flört şiddeti algısı sırasıyla fiziksel şiddet, duygusal/psikolojik şiddet ve cinsel şiddettir. Öğrencilerin cevapları dikkate alındığında çoğunluğun flört şiddetini fiziksel ve duygusal şiddet olarak algıladığı belirlenmiştir.

“Kadın ya da erkek fark etmeksizin bireyin partnerine uyguladığı fiziksel, psikolojik şiddettir” (W1K).

“Ben psikolojik şiddet olarak düşünüyorum. Örneğin bireyin partnerinin herhangi bir şey yapmasına karışması, bunu yaparsan şöyle olur gibi tehditvari davranması, baskı kurması, kısıtlaması gibi” (W4E).

“Herhangi bir şekilde fiziksel zarar verme ‘fiziksel darbe’ olarak tanımlayabilirim” (W9K).

“Bireye sözlü ya da manipüle eden davranışlarda bulunmasıdır. ‘Bireyin partneri ile tartışma yaşaması, yaşanan anlaşmazlıklar nedeniyle sarf edilen kırıcı sözler ve bireylerin birbirlerine karşı yaptığı haksızlıklar’ şeklinde özetleyebilirim” (W12E).

“Flört şiddeti, cinsel boyutta olabilir ve bazen bir bakış ya da tek bir dokunuşla bile kendini gösterebilir, çünkü partnerin bireye olan yaklaşımı çok önemlidir” (W18K).

Ana Tema 2: Flört Şiddetinin Nedenlerine Yönelik Düşünceler

Öğrencilerden flört şiddetinin altında yatan nedenleri değerlendirmeleri istenmiştir. Bireylerin “İlişkilerde flört şiddetinin nedenleri sizce nelerdir?” sorusuna yönelik cevapları değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda aile-sosyal çevreye bağlı nedenler ve bireysel nedenler (karakter, düşünce yapısı vb) olarak 2 alt tema belirlenmiştir.

Alt tema 1: Aile ve sosyal çevreye bağlı nedenler

“Bireyin yaşantısında aile rol modelidir dolayısıyla aile de iletişimsizlik, şiddet gibi durumlar flört şiddetinin nedenleri arasındadır. Ailede şiddet gören bir kadın varsa ve kadın şiddet gördüğünde tepkisiz kalıyorsa, ailedeki kız çocukları şiddetle karşılaştığında şiddeti normalleştirerek şiddete

karşı tepki göstermeyebilir; baba şiddet uyguluyorsa, ailede yaşayan erkek çocukları ilişki ve evliliklerinde partnerlerine şiddet uygulayabilir” (W1K).

“Aile ve yaşamışlık en önemli faktör, bireyin ailesinde şiddet uygulayan birisini görmesi ya da durumu yaşaması yaşadığı ya da yaşattığı flört şiddetinin nedeni olabilir” (W3K).

“Flört şiddetinin temel sebebi, bireyin aile problemleri ve çocukken sevilmemiş olmasıdır” (W10K).

“Aile değerleri, tecrübelerimiz, yaşantılarımız... Yani insanların çevresinde gördükleri ve yaşadıkları şiddetin sebepleri arasında olabilir” (W16K).

“Eğitim ve ekonomik düzeyi... Bireyin ekonomik olarak desteğinin olmaması karşı tarafın birey üzerinde üstünlük sağlamasını, flört şiddetini kabullenmesini ya da flört şiddetine katlanma mecburiyetini açıklayabilir” (W17K).

Alt tema 2: Bireysel nedenler

“Flört şiddeti, bireyin kendini ya da partnerini daha güzel, yetenekli ya da daha iyi konumda birine layık görmesi ve yetersizlik hissiyle karşı karşıya kalması ile ortaya çıkar” (W5K).

“Çoğu insan, flört şiddetini güvensizlik olarak düşünüyor ama flört şiddeti güvensizlikten değil bireye çok değer verilmesiyle ilgilidir” (W6K).

“Bence kızlar kendilerini erkeklere muhtaç hissediyor ve bu nedenle sevgililerini direkt hayatlarından çıkartamıyorlar... Bundan dolayı da flört şiddeti uyguluyor ya da flört şiddetine karşı sessiz kalıyorlar” (W8K).

“Partnerlerin zamanla ya da en baştan birbirlerine karşı oluşan güvensizliği, bireylerin farklı dünyalardan farklı kültürlerden gelmesi, ilişkide karşılıklı tahammülsüzlük, birey ya da partnerin kendini üstün görmesi veya bireyin sevgilisinin kendi kararları doğrultusunda hareket etmesini istemesi flört şiddetinin sebepleridir” (W12E).

“Kıskançlık bireyin kendinde var olmayan özellikleri karşısındakinde görmek istemesi, bireyin karşı tarafa üstünlük kurma çabası,

bireyin partnerini kontrol altına alma isteği gibi durumlar flört şiddetine neden olabilir” (W14E).

Ana Tema 3: İlişkide Rahatsız Edici Davranışlara Yönelik Düşünceler

Öğrencilerin önceki flört deneyimleri ya da mevcut ilişkilerinde kendisinin ya da partnerinin rahatsız olduğu durumlar sorgulanmıştır. Verilen cevaplar doğrultusunda bireylerin psikolojik baskılardan (kıskançlık, kısıtlanma, suçlu hissettirme...), saygı gösterilmemesinden, kırıcı/hakaret içerikli sözlerden, cinsel isteklerden (izinsiz temas, çıplaklık içeren fotoğraflar, cinsel içerikli konuşmalar...), yalan söylenmesinden, güvensizlik ihmal edilme gibi davranışlardan rahatsız oldukları belirlenmiştir. Bu doğrultuda bireyin partnerinden rahatsız olduğu ve partnerinin bireyden rahatsız olduğu davranışlar olarak 2 alt tema oluşturulmuştur.

Alt tema 1: Bireyin partnerinden rahatsız olduğu davranışlar

“Kendisinin hatalı olduğu bir konuda sanki ben suçluymuşum gibi davranıp, suçlu hissetmeme sebep oluyor. Ayrıca hatalı olduğu konuda onun özür dilemesi gerekirken suçlu hissettirdiği için ben özür dilemiş oluyorum” (W2K).

“Güvensizlik... Sevgilim bana birkaç yanlış şey yaptı bu yüzden ona güvenemiyorum. Konuştuğumuzda benden bir şeyler saklıyor ve yalan konusunda çok hassas olduğumu bildiği halde bana yalan söylüyor” (W3K).

“Sürekli kısıtlanmak, arkadaşlarıma karışılması, sınırlarıma saygı duyulmaması... Mesela ‘ben senin ailenle tanışmak istiyorum’ gibi istemediğim konularda baskı kurması... Ailemle aram çok iyi ve onlarla sorunlarımı paylaşıyorum fakat sevgilim aramızda yaşanan sorunları aileme anlatmamı istemez hatta arkadaşlarımla bile yakınlaşmamı istemezdi...” (W10K).

“Genel olarak ilgisizlik... bana değerli olduğumu hissettirmiyordu ve bu durum beni çok rahatsız ediyordu... Başka insanlarla çok samimiydi... ben erkeklerin az çok kafa yapısını biliyorum ama mesela o bilmiyordu, kız arkadaşım erkeklere çok samimi davranıyordu...” (W11E).

“İlişkilerimde güven vermediğimi düşünüyorlar... Ne bileyim sanki aynı anda 8-10 kişiyle konuşuyormuşum gibi... Kız arkadaşlarım sorun oluyor. Flörtlerim/sevgililerim sosyal medya hesaplarımla şifresini ya da hesabımdaki konuşmaları görmek istiyor...” (W12E).

“Tartıştığımızda çok yükselebiliyor, çok öfkeleniyor ve bana küfrediyordu. Mesajlarıma cevap vermediği ya da beni umursamadığı zamanlar olabiliyordu... Müsait değilim deyip bana 2 dk bile zaman ayırmıyordu...” (W18K).

“Kıskançlık ya da kısıtlanma diyebilirim... Ayrıca olayları duygusallaştırarak beni manipüle ediyor ve istediği şeyi yaptırmaya çalışıyordu. Beni düşündüğünü söyleyip benden gizlediği şeyler oluyordu. Ayrıca bana yalan söylediği çeşitli konular vardı ve bu yüzden ayrıldık” (W14E).

“Yalan söylemesi... Bana ‘sen de yalan söyleyebilirsin problem yok, zaten kimseye güvenmiyorum’ gibi cümleleri bile oldu. Arkadaşlarına karşı daha iyiyken bana karşı daha kötüydü...” (W16K).

Alt tema 2: Partnerinin bireyden rahatsız olduğu davranışlar

“Kıskançlık kesinlikle kıskançlık... Karşı cinsten bir arkadaşımınla görüştüğüm zaman aramızda bir şey olmadığını ve onunla arkadaş olduğumu bilmesine rağmen bu durum problem oluyordu. Sürekli sosyal olmam... Sanki onsuz bir şey yapamazmışım gibi... Fazla dışarı çıkıyorsun sadece benle buluş gibi tartışmalara, baskılara maruz kalıyordum hatta kız arkadaşlarımla bile görüşmemi istemiyordu” (W1K).

“Ben öfkelerini kontrol edebilen biri değilim, sinirlenince hiçbir şeyi gözüm görmüyor sesim yüksek çıkıyor ve kırıcı olabiliyorum...” (W4E).

“Ben çok takıntılıyım mesela sevgilim telefonu açmadığı zaman bir defa ararım belki telefon sessizdedir diye biraz beklerim, 5 dk sonra yine ararım eğer açmazsa bu sefer üst üste aramaya başlarım...” (W6K).

“Hoşlandığım kız arkadaşımın ne yaptığını bilmek zorundayım, kız arkadaşım bir yere gideceği zaman haber etmesini isterim... Kız

arkadaşım bu durumdan hem de çok kıskanç olmamdan çok rahatsızdı. İlgisiz olduğumu söylerdi ama ben ilgisiz davrandığımı düşünmüyorum..." (W11E).

"Benden rahatsız olduğu şeyler erkek arkadaş ortamım, erkeklerle samimi olmamdı" (W15K).

"Ben duygusal olduğumu söylemişim ve duygusallığımı sürekli yüzüme vururdu farklı bir şeymiş ya da yanlış bir şeymiş gibi..." (W16K).

Ana tema 4: Flört Şiddeti Hakkındaki Deneyim, Düşünce ve Duygular

Öğrencilerin flört şiddeti deneyim, düşünce ve duyguları değerlendirildiğinde öğrencilerin çoğunun flört şiddeti yaşadığı belirlenmiş ve bu doğrultuda flört şiddetine yönelik deneyimler ve flört şiddeti yaşayanların duyguları olarak iki alt tema oluşturulmuştur.

Alt tema 1: Flört şiddetine yönelik deneyimler Flört şiddeti yaşayan bireyler değerlendirildiğinde çoğunlukla bireyler duygusal/psikolojik şiddete uğrarken daha azı cinsel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Fiziksel şiddete ise maruz kalmadıklarını ifade etmişlerdir.

"... psikolojik derim. Çok kısıtlayıcı ve olumsuzdu beni kötü etkiliyordu... Ben de sinirini kontrol edemeyen biriyim bu yüzden karşı tarafa ben de zarar vermiş olabilirim..." (W4E).

"Kişiliğimi eleştirerek kendimi sorgulamama neden oluyorlar beni olduğum gibi kabul etmiyorlar. Kıyafetime karışıyor, sarılmaya ve yakınlaşmaya çalışıyorlar. Bazen istemesem de ayıp olur ya da kötü hissederler diye yakınlaşmalarına izin verebiliyorum bu yüzden cinsel ve psikolojik olarak flört şiddetine uğradım fakat flört şiddeti uyguladığımı düşünmüyorum" (W9K).

"Ben kimseye şiddet uygulamadım ama psikolojik şiddete maruz kaldım... Sevgililerimden biri beni vurmakla tehdit etmişti... İşte bir tane çarpsam sana ağzın burnun kırılır gibi ifadeler kullandı. Ben tesettürlüyüm, sevgilim ya da flörtlerim benden çıplak fotoğraf istiyorlardı, izin vermiyordum ama yine de böyle durumlarla karşılaşırıyordum" (W10K).

"Bütün flört ilişkilerimde sosyal çevremi hep kısıtlamam istendi ve ben de sevgililerimden aynısını istedim. Ayrıca ilişkilerimde suçum olsa dahi suçumu kabul etmiyorum haklı olduğumu savunuyorum. Bu yüzden de ilişkilerimde karşılıklı psikolojik şiddet uygulamış olabiliriz" (W15K).

"Ben şiddet uyguladığımı düşünmüyorum ama beni haklı durumdayken haksız duruma düşürüyordu... Ne yapıp edip üste çıkıyordu. Hatası varken üste çıkmak için ağza alınmayacak laflar söylerdi, psikolojik şiddete uğradım" (W17K).

"Psikolojik şiddete uğradım. Beni kıracak sözler söyler, sürekli bağırırdı. Aniden çok yükselebilen biriydi hatta başkasına sinirlendiğinde sinirini benden çıkarırdı ve küfredirdi. Öfkesi çok kötüydü bu yüzden korkardım. Ayrıca beni yokluğuyla tehdit eder, yok sayar ya da ilgisiz bırakırdı" (W18K).

Alt tema 2: Flört şiddeti yaşayan bireylerin duyguları

Katılımcılar flört şiddeti yaşadığında üzgün, öfkeli, mutsuz, kırgın, korku, depresif bunalmış duygular yaşadıkları kendilerini suçladıkları, aşağılandıklarını, öz güvensiz ve değersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir.

"Duygusal olarak etkileniyor, üzülüyordum. Sinirim bozuluyordu niye bana böyle davranıyor diye anlam veremiyordum" (W1K).

"Aşırı kötü hissediyordum, depresyona girdim, sürekli ağlıyordum... Kendimi aşırı suçlu hissediyordum..." (W2K).

"Yorgun yetersiz, insanları sıkın bunaltan biri gibi hissediyordum... İlk sevgilim benden sıkıldım diyerek ayrıldı o yüzden acaba bunu da mı sıkıyorum bu da mı benden ayrılacak diye düşünüyorum ve kendimi çevreden soyutluyordum." (W5K).

"... bana sarılmak istediğinde ve sarıldığında gergin ve korkudan kalbim çıkacak gibi hissettim..." (W9K).

"Tehdit edildiğim oldu dona kaldım. Eski sevgilim takıntılıydı ben onun telefonlarını açmadım diye yaklaşık 25 kere falan aradıktan sonra çalıştığım iş yerine geldi, iş yerimi basar gibi... beni korkuttu tepki veremedim..." (W10K).

“Değersiz hissettim... Öz güvenim eksildi” (W15K).

“Kötü hissettirdi tabii ki... O zaman çok üzuldüm, stres yaptım çok sinirlendim ama şu anda bir problem görmüyorum... İlişkimiz bitince sosyal ilişkilerim arttı, hayatımda olumsuz etki yarattığını o gidince fark ettim” (W16K).

Ana Tema 5: Flört Şiddeti Yaşayan Bireylerin Partnerleri ile Evliliğe Yönelik Düşünceleri Öğrencilerin flört şiddeti gördüğü ya da gösterdiği biriyle evlilik düşüncesi değerlendirildiğinde: evliliğe olumlu bakanların düşünceleri ve evliliğe olumsuz bakanların düşünceleri olarak 2 alt tema oluşturulmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda flört şiddeti yaşadığı biriyle evlenmeyi düşünmeyen öğrenci sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Alt tema 1: Evliliğe olumlu bakanların düşünceleri

Evlilik düşüncesine sahip olan öğrenciler her ilişkide sorunlar yaşanabileceğini, konuşularak atlatılabilen sorunlar olduğu sürece ve partnerinin davranışlarına göre evlilik düşünebileceğini açıklamıştır.

“Evet psikolojik şiddet görüyorum ama bunlar konuşulup halledilebiliyor... bunun ötesinde bir şey olmazsa evlilik düşünebilirim. Fiziksel bir şiddet olmadığı sürece ya da psikolojik şiddet yıpratmadığı sürece sevgilimle evlenebilirim” (W3K).

“Karşılıklı psikolojik şiddet görüyoruz... ancak sonrasında birbirimizin gönlünü alıyoruz, kırgınlıklarımızı kısmen de olsa affettirebiliyoruz... Psikolojik şiddet görebilirim o da görebilir... Büyük ihtimalle evlenmeyi düşünürüm” (W4E).

“Herhalde şiddetin derecesine bağlı yani büyük bir şey olmadığı sürece evlenmeyi düşünürüm... Ama büyük bir şey yaşasam dövme, vurma gibi bu benim hayatımı mahveder hatta sadece benim değil ileride çocuklarımın hayatını bile etkileyebilecek bir durum olur, bu şekilde ciddi bir şey olursa tabii ki de düşünmem” (W8K).

“İhanet gibi durumlar çok büyük bir sorun bunun asla geri dönüşü olmaz. Hem ilişki hem de evlilik için kabullenilecek bir durum değil

ama kırıcı sözler, küçük tartışmalar olursa evlilik düşünülebilir...” (W12E).

Alt tema 2: Evliliğe olumsuz bakanların düşünceleri

Flört şiddeti gördüğü bir partneriyle evlenmeyi düşünmeyen öğrenciler basit bir şiddetin sonraki dönemlerde ilerleyebileceği daha kötü sonuçlar doğuracağını düşünmektedirler.

“Kesinlikle hayır, başlangıçta nasıl başlarsa sonra da o şekilde devam eder... Flört şiddeti yaşayan birinin ileride daha büyük sorunlar yaşayacağına inanıyorum, böyle büyük sorunlarla karşılaşmak istemem...” (W1K)

“Asla evlilik düşünmem. Başlangıçta şiddet uygulayan biri ileride de uygular ayrıca şiddet başlangıçta duygusal olsa bile sonrasında fiziksel şiddete dönüşebilir” (W6K)

“Evlilik düşüncesi benim için imkansız. Flörtken veya sevgiliyken her zaman birlikte değilsin ama evlendiğinde sürekli birliktesin ve geçirilen zaman arttıkça flörtte yaşanan şiddetin oranı evlilikte daha da artacaktır” (W14E).

“Flört şiddetine maruz kalan insanların evliliğinin çok süreceğine veya sağlıklı bir ilişkisinin olacağına inanmıyorum.. Şiddetin var olduğu bir ilişkide saygı, sevgi ve güven azalacaktır” (W15K).

“Evlenmem zaten mevcut ilişki de devam ettirmem. O kişiyle tekrar sevgili de olmam. Ben ilişkimin sağlıklı, evliliğimin de mutlu bir evlilik olmasını isterim. Şiddet, iletişimsizlik varsa sağlıklı bir ilişki olur ve öyle bir ilişkide ben mutlu olabileceğimi düşünmüyorum” (W16K).

Tartışma

Yarı yapılandırılmış görüşme ve içerik analizleri sonucunda beş ana tema ortaya çıkmıştır. İlk temada “flört şiddetine yönelik algılar” değerlendirilmiş ve öğrencilerin flört şiddetini fiziksel zarar verme, psikolojik baskı kurma, tehdit edilme, kırıcı sözler, dokunma ve sarılma gibi istenmediği halde yapılan davranışlar olarak algıladığı saptanmıştır. Benzer şekilde başka bir çalışmada flört şiddeti, cezalandırma, bireyin giyimine karışma, sosyal ilişkileri kısıtlama, hakaret ve küçük düşürücü söz ve davranışlar olarak tanımlanmıştır (27).

Çalışmadaki veriler doğrultusunda flört şiddeti,

fiziksel, psikolojik/duygusal ve cinsel olarak üç boyutta ele alınmış ve katılımcıların flört şiddetini en çok duygusal şiddet olarak algıladığı dikkat çekmiştir. Literatürde de bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (17,28,29). Kadınlar, kıskançlık gibi fiziksel şiddetin olmadığı diğer şiddet türlerini aşkın ve sevginin sonucu olarak açıklarken; erkekler sarsma ve tokat gibi unsurları fiziksel şiddet olarak değil, uyarıcı olarak açıklamaktadır (30). Bu çalışmada ise kadın katılımcılar şiddeti sadece fiziksel değil aynı zamanda duygusal şiddet olarak da tanımlamış; erkek katılımcılar ise fiziksel şiddeti vurma, çarpma gibi durumlar olarak açıklamıştır. Bu durum genel olarak flört şiddeti farkındalığı düşük olsa da katılımcıların flört şiddeti konusunda bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Ayrıca doğru ve yeterli bilgi ihtiyacının karşılanması ile farkındalığın arttırılabileceği düşünülmektedir.

İkinci temada “flört şiddeti nedenlerine yönelik düşünceler” ele alınmıştır. Nedenler, iki alt tema altında toplanmıştır. İlk alt tema, aile ve sosyal çevreye bağlı nedenler olup öğrenciler, flört şiddetini aile ilişkileri, kötü ilişki deneyimleri, arkadaş çevresi ve yaşanan toplumun yapısı ile ilişkilendirmiştir. Ailede öğrenilen davranışların, bireyin ilişkileri için rol model olduğu ve yaşadığı/gözlemlediği şiddetin partnerine yansıyabileceğini açıklamışlardır. Ayrıca öğrenciler, düşük eğitim seviyesinin flört şiddetini normalleştirme ve flört şiddeti farkındalığını etkilediği, bunun yanı sıra değersizlik ve sevgisizlik duygularının flört şiddeti için risk faktörleri oluşturduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar çocukluk döneminde cezalandırma ve kayıtsızlık gibi olumsuz davranışlara maruz kalan bireylerin flört şiddetine başvurma olasılıklarının daha fazla olduğu bildirmiştir (8,12). Aile içi şiddete tanık olan ya da maruz kalan çocukların en çok fiziksel ve duygusal şiddete maruz kaldığı; erkek çocuklarının şiddete daha fazla tanık olduğu ya da maruz kaldığı (31) ve maruziyetin bireyin şiddet görme ya da partnerine şiddet uygulama olasılığını arttırdığı açıklanmıştır (31,32). Bu durum, bireyin ailesi, arkadaşları ya da çevresinde olan ilişkilerdeki davranışlarına dair gözlemleri ve bir ilişkinin nasıl olacağına dair inancıyla açıklanmaktadır (33). Bu çalışmada flört şiddetinin nedenlerinden biri de eğitim düzeyi yetersizliği ve finansal özgürlüğün olmaması olarak belirlenmiştir. Literatürde

düşük eğitim seviyesi flört şiddeti risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (28,34). Finansal özgürlük ise bireyin kendi kararlarını alabilmesi, başkalarına ekonomik açıdan bağımlı olmaması gibi koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıksa da; bireyin çalışması fakat partnerinin çalışmaması durumunun ekonomik eşitsizlikle sonuçlandığı için risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (24). Bu bağlamda, çiftlerin her birinin finansal özgürlüğünün olması ve eğitim düzeylerinin yükseltilmesi önemlidir. İkinci alt tema, kıskançlık, bireyin tecrübelerine bağlı önyargılar, yetersizlik hissi, kendini üstün görme, güvensizlik, başkasına muhtaç olduğunu hissetme ve kontrolcü davranışların yer aldığı “bireysel nedenler” dir. Bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde flört şiddetinin ortaya çıkmasında kıskançlık, sahiplenme duygusu, kontrol sağlama ve hâkimiyet kurma gibi isteklerin öne çıktığı açıklanmış ve bireylerin özel alanlarını karşılıklı olarak ihlal ettiği, bu durumu aşk olarak gördüğü ve başkalarının ilişkisini kendi ilişkisi gibi değerlendirdiği tespit edilmiştir (30). Eğitim düzeyi, ekonomik özgürlük, bireyin karakteri ve davranış biçimi, bireyin ailesi, arkadaş ve sosyal grupların şiddete karşı bakış açısını büyük ölçüde etkilemektedir. Ailelere, adölesanlara ve topluma verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle farkındalık arttırılarak flört şiddeti yaygınlığı azaltılabilir.

Üçüncü ana temada öğrencilerin “ilişkide rahatsız edici davranışlar” ele alınmış; bireyin rahatsız olduğu ve partnerinin bireyden rahatsız olduğu davranışlar olarak 2 alt temada incelenmiştir. Bu davranışlar kıskançlık, kısıtlanma, suçlu hissettirilme, saygı gösterilmemesi, yalan, ihmal ve güvensizlik olarak belirlenmiştir. Katılımcıların en çok kıskançlık, kısıtlanma, güvensizlik, ilgisizlik ve yalandan rahatsız oldukları; partnerlerinin de kısıtlanma, öfke problemleri ve kendisine zaman ayrılmamasından rahatsız olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan bir çalışma da flört şiddeti yaşayan bireylerin sıklıkla karşılaştığı durumları bağırma, azarlanma, sosyal medya kontrolleri, paylaşımlarına karışılması, arkadaşlarına karışılması, sürekli nerede olduğunun sorulması ve kıskançlık olarak bildirmiştir (31). Bireyler ilişki sırasında rahatsızlıklarını bazen dile getirirken bazen de saklayabilmektedir. Bunun nedeni,

flört şiddetine maruz kaldıklarında destek kaynağının bulunmamasıdır (27). Bu durumlar atlatılabildiği gibi düşük benlik saygısı ve özgüven eksikliği gibi sorunlara yol açarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve ilerleyen dönemlerde sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. (29,35-37). Flört şiddetine maruz kalan bireylerin ailelerinden yardım alma oranının düşük ve en önemli destek kaynaklarının arkadaşlar olduğu görülmüştür (27). Bu bulgu, bireylerin sorunlarını paylaşabilmek ve kendilerini ifade edebilmek için güçlü bir sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bu nedenle aile arkadaş çevresinin bireyi destekleyici ve yol gösterici nitelikte olmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle ailelerin çocuklarının ilişki durumları hakkında haberdar olmaları ve onları yargılamamaları gerektiği düşünülmektedir.

Dördüncü ana tema olarak "flört şiddeti deneyim, düşünce ve duyguları" ele alınmıştır. Türkiye'de flört şiddetiyle ilgili yayınlar sınırlıdır; ancak üniversite öğrencileri arasında bu yaygınlığın %18-34 civarında olduğu belirlenmiştir (17). Flört şiddetine uğrayan bireyler %11,4-14,3 arasında değişirken; şiddet uygulayanlar ise %4,7-6,3 arasında değişmektedir (18,38). Dördüncü temanın alt başlıklarından biri, flört şiddeti deneyimleyen öğrencilerin duygularıdır. Flört şiddetine maruz kalan öğrencilerin öfke, korku, kırgınlık, üzüntü, aşağılanma, suçluluk, depresif, özgüvensiz ve değersiz hissettikleri belirlenmiştir. Kadınlar, erkeklere oranla daha fazla şiddete maruz kalmaktadır ve bu durum bireylerin kaygı düzeyinin artmasına neden olmaktadır (39,40). Flört şiddeti, bireylerin refah düzeyini olumsuz etkileyerek yaşam memnuniyetini ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Dolayısıyla bireylerin ilişkileri de olumsuz yönde etkilenmektedir (29). Ayrıca şiddet deneyimleyen bireylerin silah taşıma, fazla kilo, obezite, intihar, alkol ve esrar kullanımı gibi daha riskli sağlık davranışları ve cinsel açıdan riskli davranışlar gösterdiği bildirilmiştir. Bu riskli davranışların yaygınlığı bireylerin yaşadığı şiddet türleriyle doğru orantılı artmaktadır (15,40). Sağlıklı ilişkiler, sağlıklı bir toplumun temel taşıdır (41). Bireylerin flört şiddeti sonucu psikolojik sıkıntılar yaşadığı görülmektedir. Sonuç olarak, bireylerin gerektiğinde psikolojik danışmanlık hizmetlerine

erişiminin sağlanması birey ve toplum sağlığı için kritik bir öneme sahiptir.

Beşinci ana temada flört şiddetine uğradığı ya da flört şiddeti uyguladığı partneriyle evlenme düşüncesi değerlendirilmiştir. Flört şiddeti yaşadığı halde evlenmeyi düşünen öğrenciler sorunları konuşarak halledebileceği, her ilişkide sorunlar olabileceği ve partnerinin davranışlarına göre evlilik düşünebileceği açıklamışlardır. Benzer şekilde bir çalışmada da flört şiddeti yaşayan bireylerin yaklaşık %10,0'ı şiddetin sürekli ve kalıcı olduğunu ifade etmesine rağmen şiddet gören bireylerin %64,7'sinin ilişkisinin devam ettiği bildirilmiştir (28). Çalışmada evlilik düşünmeyen öğrencilerin ise flört şiddetinin basit bir sorun olarak görülmemesi gerektiği, sonraki dönemlerde bu basit gibi sorunların daha büyük sorunlara yol açabileceği düşünüldüğünü ifade etmiştir. Örneğin bir katılımcı "Asla evlilik düşünmem. Başlangıçta şiddet uygulayan biri ileride de uygular ayrıca şiddet başlangıçta duygusal olsa bile sonrasında fiziksel şiddete dönüşebilir" şeklinde ifade etmiştir. Bir başka katılımcı ise "bireyin yaşantısında aile rol modelidir dolayısıyla ailede iletişimsizlik, şiddet gibi durumlar flört şiddetinin nedenleri arasındadır" diyerek aile iletişimsizliği ya da aile içi şiddet deneyiminin bireyin kendi yaşantısında şiddet için bir risk faktörü olduğuna vurgu yapmıştır. Bu durum, sosyal öğrenme teorisiyle açıklanabilir. Sosyal öğrenme, bireylerin şiddete doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalmaları ya da şiddete tanık olmaları sonucunda, şiddeti bir başa çıkma aracı olarak görmelerine neden olabilir (42). Bu nedenle, bireyler ilişkilerindeki sorunları çözmek için şiddeti bir yöntem olarak kullanabilirler. Çocukların şiddeti öğrenmeleri ve uygulamaları, ileride kendi çocuklarının da bu davranışları sergileme olasılığını artırır. Böylece, şiddet bir kuşaktan diğerine aktarılabilir (43). Benzer şekilde bir katılımcı da şu ifadeyle durumu açıklamaya çalışmıştır: "Ailede şiddet gören bir kadın varsa ve şiddet gördüğünde tepkisiz kalıyorsa ailedeki kız çocukları da şiddetle karşılaştığında şiddeti normalleştirerek şiddete karşı tepki göstermeyebilir; baba şiddet uyguluyorsa ailede yaşayan erkek çocukları da ilişki ve evliliklerinde partnerlerine şiddet uygulayabilir". Bu çalışma da genel olarak evliliğin ciddi bir karar olduğu sadece bireyi değil ilerde çocuklarının da hayatını etkileyeceği

düşünülmektedir. Fakat çalışmada flört şiddetine uğradığı halde evlilik düşüncesi olan bireylerde bulunmaktadır. Bu bağlamda ileride oluşabilecek sorunlar açısından bireylerin değerlendirilmesi ve stratejik girişimlerde bulunulması birey, aile ve toplum için önem arz etmektedir.

Sınırlılık

Temel sınırlılık çalışmanın genellenebilirliğinin olmamasıdır. Bir diğer sınırlılık evren ve örneklemin sadece üniversite öğrencilerinden oluşmasıdır. Ayrıca çalışma bulgularımız sadece Hemşirelik Fakültesi öğrenci deneyim ve düşüncelerine dayanmaktadır. Farklı yaş ve çalışma grupları ile çalışılması önerilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin flört şiddeti farkındalığının düşük olduğu, flört şiddeti hakkında bazı bilgilere sahip olsalar da bu bilgilerin tek başına yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla flört şiddeti hakkında daha fazla bilgi ve eğitim gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Planlanacak eğitim, girişimlerde temel hedef, ilişkilerde saygı ve karşılıklı sınırların belirlenmesi, etkili iletişim olmalı ve bu hedef doğrultusunda ilişki deneyimleyebilecek tüm yaş gruplarına danışmanlık hizmeti sunulmalıdır. Bu yaklaşımla hem şiddetin hem de bu şiddetin yol açabileceği sağlık sorunlarının önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca aile ilişkileri, çevre ve toplumun bireyi çocukluktan bu yana etkilediği göz önüne alındığında ilköğretim düzeyinde de çeşitli uygulamaların başlatılması büyük önem taşımaktadır.

Teşekkürler

Katılımcılarımıza değerli zamanlarını bize ayırıp deneyimlerini bizimle paylaştıkları için teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkarı dayalı ilişkisi yoktur.

Araştırma Desteği

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

Beyanlar

Çalışma herhangi bir kongrede sunulmamıştır.

İletişim: Merve Şen

E-Posta: merveen.9568@gmail.com

Kaynaklar

1. Joppa MC. Dating violence in adolescence: Implications for girls' sexual health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2020;33(4):332-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.02.007>
2. Kaukinen C. Dating violence among college students: The risk and protective factors. *Trauma Violence Abuse*. 2014;15(4):283-96. <https://doi.org/10.1177/1524838014521321>
3. İlhan ST. Üniversite öğrencilerinin romantik ilişki inançları ile romantik kıskançlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum. 2021;10(29):447-63.
4. United Nations Population Fund (UNFPA). Prevalence rates, trends and disparities in intimate partner violence: Power of data in the Ipv Geospatial Dashboard. New York: UNFPA; 2021 Available at: <https://www.unfpa.org/resources/prevalence-rates-trends-and-disparities-ipv>. Accessed July 10, 2023
5. Şener G, Abınık N. Türkiye'de Dijital Şiddet Araştırması 2021. Available at: <https://turkiye.unfpa.org/tr/publications/t%C3%BCrkiyede-dijital-%C5%9Fiddet-ara-%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1-2021>. Accessed July 10, 2023
6. Van Ouytsel J, Ponnet K, Walrave M, d'Haenens L. Adolescent sexting from a social learning perspective. *Telematics and Informatics*. 2017;34(1):287-98. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2016.05.009>
7. Leisring PA. Physical and emotional abuse in romantic relationships: Motivation for perpetration among college women. *J Interpers Violence*. 2013;28(7):1437-54. <https://doi.org/10.1177/0886260512468236>
8. Temple JR, Choi HJ, Reuter T, Wolfe D, Taylor CA, Madigan S, et al. Childhood corporal punishment and future perpetration of physical dating violence. *J Pediatr*. 2018;194:233-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.028>
9. Choi HJ, Temple JR. Do gender and exposure to interparental violence moderate the stability of teen dating violence?: Latent transition analysis. *Prev Sci*. 2016;17(3):367-76. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0621-4>
10. Debowska A, Boduszek D, Willmott D. Psychosocial correlates of attitudes toward male sexual violence in a sample of financial crime, property crime, general violent, and homicide offenders. *Sexual*

- Abuse. 2017;30(6):705-27. <https://doi.org/10.1177/1079063217691966>
11. Gressard LA, Swahn MH, Tharp AT. A first look at gender inequality as a societal risk factor for dating violence. *Am J Prev Med.* 2015;49(3):448-57. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.017>
12. Earnest AA, Brady SS. Dating violence victimization among high school students in Minnesota: Associations with family violence, unsafe schools, and resources for support. *J Interpers Violence.* 2016;31(3):383-406. <https://doi.org/10.1177/0886260514555863>
13. Akış N, Korkmaz NH, Taneri PE, Özkaya G, Güney E. Üniversite öğrencilerinde flört şiddeti sıklığı ve etkileyen etmenler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.* 2019;4(3):294-300. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.550913>
14. Baker CK, Helm S, Bifulco K, Chung-Do J. The relationship between self-harm and teen dating violence among youth in Hawaii. *Qual Health Res.* 2015;25(5):652-67. <https://doi.org/10.1177/1049732314553441>
15. Rizzo CJ, Joppa MC, Barker D, Zlotnick C, Warren J, Saint-Eloi Cadely H, et al. Individual and relationship characteristics of adolescent girls with histories of physical dating violence. *J Interpers Violence.* 2020;35(5-6):1389-414. <https://doi.org/10.1177/0886260517696859>
16. Eslek D, Kızıltepe R, Irmak TY. Flört şiddetini anlamak: Nitel bir çalışma. *Türk Psikoloji Yazıları.* 2021;24(48):53-67. <http://dx.doi.org/10.31828/tpy1301996120210505m000039>
17. Selçuk KT, Avcı D, Mercan Y. Üniversite öğrencilerinde flört şiddetine maruziyet: flört şiddetine yönelik tutumların ve toplumsal cinsiyet algısının şiddete maruziyet ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;9(3):302-8.
18. Göz E, Dokuzcan DA. Üniversite öğrencilerinde interaktif online flört şiddeti eğitimi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2022;11(3):495-502. <https://doi.org/10.53424/balikesirsd.1053845>
19. Fidan F, Yeşil Y. Nedenleri ve sonuçları itibarıyla flört şiddeti. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi.* 2018;4(1):16-24.
20. Alleyne E, Gannon TA, ÓChiardha C, and et al. Community males show multiple-perpetrator rape proclivity: Development and preliminary validation of an interest scale. *Sex Abuse.* 2014;26(1):82-104. <https://doi.org/10.1177/1079063213480819>
21. Ertuğrul B, Duran S. Üniversite öğrencilerinin duygusal şiddete maruz kalma düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi.* 2021;3(1):18-29.
22. Toplu-Demirtaş E, Fincham FD. I don't have power, and I want more: Psychological, physical, and sexual dating violence perpetration among college students. *J Interpers Violence.* 2022;37(13-14):NP11490-519. <https://doi.org/10.1177/0886260520951319>
23. Schuster I, Krahé B, Toplu-Demirtaş E. Prevalence of sexual aggression victimization and perpetration in a sample of female and male college students in Turkey. *J Sex Res.* 2016;53(9):1139-52. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1207057>
24. Türk B, Hamzaoğlu N, Yayak A. Flört şiddeti üzerine bir inceleme. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi.* 2020;17(1):73-81.
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
26. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative descriptive methods in health science research. *Herd.* 2016;9(4):16-25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
27. Uğur S, Kılıç A. Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine maruz kalma durumları, yaklaşımları ve sosyal destek kaynakları. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi.* 2021;11:293-304.
28. Evcili F, Dağlar G. Attitudes of students studying in various fields related to health services toward gender roles and intimate partner violence. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(3):1299-304. <https://doi.org/10.1111/ppc.12690>
29. Sánchez-Zafra M, Gómez-López M, Ortega-Ruiz R, Viejo C. The association between dating violence victimization and the well-being of young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Violence.* 2024;14(3):158-73. <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000499>
30. Kaplan B. Şiddetin toplumsal taşıyıcısı olarak flört şiddeti: Ankara örneği. *Kent Akademisi.* 2020;13(3):526-38. <https://doi.org/10.1177/1079063213480819>

- org/10.35674/kent.722338
31. Öztürk M, Bilican Gökkaya V. Çocukluktaki aile içi şiddet öyküsü ile flört şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;19(4):219-40. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.959425>
32. Toplu Demirtaş E, Hatipoğlu Sümer Z. Psikolojik, fiziksel ve cinsel flört şiddetini ölçmek: Beliren yetişkinlerin flört şiddeti yaşantıları. *Humanistic Perspective*. 2022;4(2):408-32. <https://doi.org/10.47793/hp.1079451>
33. Set Z. Flört şiddeti: Bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12(4):444-54. <https://doi.org/10.18863/pgy.674468>
34. Nabaggala MS, Reddy T, Manda S. Effects of rural-urban residence and education on intimate partner violence among women in Sub-Saharan Africa: A meta-analysis of health survey data. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):149. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01286-5>
35. Navarro-Mantas L, de Lemus S, Megías JL. Mental health consequences of intimate partner violence against women in El Salvador. *VAW*. 2021;27(15-16):2927-44. <https://doi.org/10.1177/1077801220978803>
36. Yapp E, Booth T, Davis K, Coleman J, Howard LM, Breen G, et al. Sex differences in experiences of multiple traumas and mental health problems in the UK Biobank cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58(12):1819-31. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02092-y>
37. Mellar BM, Gulliver PJ, Selak V, Hashemi L, McIntosh TKD, Fanslow JL. Association between men's exposure to intimate partner violence and self-reported health outcomes in New Zealand. *JAMA Netw Open*. 2023;6(1):e2252578. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.52578>
38. Beydağ KD, Balcı Devrim S. Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algısının flört şiddeti tutumuna etkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;2(2):413-23. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1094109>
39. Dikmen HA, Özyaydın T, Yılmaz SD. Üniversitedeki kadın öğrencilerde yaşanan flört şiddeti ile anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;2:170-6.
40. David-Ferdon C, Clayton HB, Dahlberg LL, Simon TR, Holland KM, Brener N, et al. Vital signs: Prevalence of multiple forms of violence and increased health risk behaviors and conditions among youths - United States, 2019. *MMWR*. 2021;70(5):167-73. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7005a4>
41. International Association of Forensic Nurses. Violence is a public health and healthcare issue. *Journal of Forensic Nursing*. 2022;18(3):26-7. Available at: <https://www.forensicnurses.org/wp-content/uploads/2022/05/Violence-is-a-Health-Issue-2022.pdf> Accessed July 11, 2023
42. Bandura A. *Social learning theory*. New Jersey: Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977. p.260. Available at: <https://archive.org/details/sociallearningth0000band/page/n259/mode/2up>. Accessed July 10, 2023
43. Kelleci A. Aile içi şiddet ve şiddet döngüsü: Bir alanyazın derlemesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2023;47(1):87-97.

The Effect of Education Given to University Students on Knowledge of Sexually Transmitted Diseases

Üniversite Öğrencilerine Verilen Eğitimin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgisi Üzerine Etkisi



Hatice Tetik Metin¹, Hasret Narin Balsak², Şerivan Demirtaş³

DOI: 10.17942/sted.1540925

Geliş/Received: 30.08.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2025

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate the effect of the education given to the students of a university's vocational school of health services on the knowledge of sexually transmitted diseases.

Method: In the quasi-experimental study, the participants were administered the socio-demographic data form and Sexually Transmitted Diseases (STD) Knowledge Test in the pretest. After the pre-test, the STD Knowledge Test was applied to the participants trained in the post-test and the study was completed with 222 participants.

Results: While the STD knowledge score of the first-grade students included in the study was significantly lower than that of the second-grade students ($p < 0.05$), no significant difference was found between the classes in the STD knowledge score after the training ($p > 0.05$). While there was no significant difference between the marital status and STD knowledge level of the students before the training ($p > 0.05$), the STD knowledge score of married students after the training was statistically significantly higher ($p < 0.05$). While the mean score of the students who received information about STDs from the university before the training was statistically significantly higher before the training ($p < 0.05$), no significant difference was observed after the training ($p > 0.05$). The STD knowledge score of the students included in the study increased significantly after the training compared to before the training ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result, it was determined that the level of knowledge about STDs of the students studying at the vocational school of health services was at an intermediate level (21.0 ± 8.0) at the beginning, and this level increased with the education given (32.4 ± 5.0). This result shows that the education given on STDs is effective.

Keywords: STD; health knowledge; attitudes; practice; health services; student

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir üniversitenin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerine verilen eğitimin cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgisi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Yarı deneysel olan çalışmada katılımcılara ön testte sosyo-demografik veri formu ve Cinsel Yolla Bulaşan hastalıklar (CYBH) Bilgi Testi uygulanmıştır. Ön test sonrası eğitim verilen katılımcılara son testte CYBH Bilgi Testi uygulanarak çalışma 222 katılımcıyla tamamlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen birinci sınıf öğrencilerinin CYBH bilgi puanı ikinci sınıf öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüken ($p < 0,05$), eğitim sonrasında CYBH bilgi puanında sınıflar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim öncesinde öğrencilerin medeni durumları ile CYBH bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), eğitim sonrasında evli öğrencilerin CYBH bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,05$). Eğitimden önce üniversiteden CYBH hakkında bilgi alan öğrencilerin puan ortalaması eğitimden önce istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken ($p < 0,05$), eğitimden sonra anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin CYBH bilgi puanı eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı olarak artmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerin CYBH hakkındaki bilgi düzeylerinin başlangıçta orta düzeyde olduğu ($21,0 \pm 8,0$), verilen eğitimle birlikte bu düzeyin arttığı ($32,4 \pm 5,0$) belirlenmiştir. Bu sonuç CYBH konusunda verilen eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: CYBH; sağlık bilgisi; tutum; uygulama; sağlık hizmetleri; öğrenci

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Orcid no: 0000-0002-5659-7147)

² Batman İl Sağlık Müdürlüğü, Nejat Nasıroğlu Aile Sağlığı Merkezi (Orcid no: 0000-0003-2439-5580)

³ Öğr. Gör., Şırnak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Orcid no: 0000-0002-9816-3689)

Introduction

The term sexually transmitted diseases (STDs) is used to refer to a variety of clinical syndromes and infections caused by pathogens that can be acquired and transmitted through sexual activity (1). According to the WHO, sexually transmitted diseases include 1 million new cases every day and 376 million new chlamydia, gonorrhoea, syphilis, and trichomoniasis infections every year; more than 500 million people have genital herpes simplex virus (HSV) infections; more than 290 million women carry human papillomavirus (HPV); 1.7 million people are infected with HIV (2,3). It is known that 988,000 pregnant women infected with syphilis in 2016 suffered an additional 350,000 adverse labor events, with 200,000 stillbirths and neonatal deaths. In the world, 38 million people live with HIV, and 690 thousand people have lost their lives due to AIDS. According to the 2023 Global HIV and AIDS statistics; in 2023, it was reported that 39.9 million people worldwide were living with HIV, 1.3 million people were newly infected with HIV and 630 000 people died from AIDS-related illnesses. It is reported that 88.4 million people have been infected with HIV since the beginning of the epidemic, 42.3 million people have died from AIDS-related diseases since the beginning of the epidemic, 38.6 million people are 15 years and older, 1.4 million are in the 0-14 age group (children), 53% of people living with HIV are women and girls (3).

According to the 2023 data of our country, the number of syphilis cases reported in our country was 3,646, the most common age groups were 627 people between the ages of 25-29, gonorrhoea 84 people and chlamydia 32 people (4,5). In our country, there are 45,835 HIV positive persons and 2,438 AIDS cases reported with a positive confirmatory test between 1985 and 7 November 2024. Of the total number of HIV and AIDS cases, 81.8% are male, 18.2% are female and 16.1% are foreigners. Cases are most frequent in the age groups 25-29 and 30-34. When analysing the distribution of cases by mode of transmission, 58.9% of the cases reported in our country since 1985, when the first case was seen, had no reported mode of transmission. Of the reported cases, sexual transmission accounted for 94.4%, intravenous transmission for 1.2% and mother-to-child transmission for 1.2%. Multiple routes of transmission were reported in 2.2% of cases (6).

The fact that the symptoms of STDs are so mild that they are not recognized causes the disease to spread rapidly. Therefore, the disease spreads silently in society and affects a large mass of people (7). According to the World Health Organization (WHO), 10-19 years of age is defined as the adolescent period, 20-24 years of age as the youth period, and 10-24 years of age as young people (8). According to TÜİK 2019 data, the young population in the 15-24 age group in our country is 12 million 955 thousand 672 people, constituting 15.6% of the total population (9).

Adolescence is a period of transition due to anatomical, physiological, psychological and social changes. The experience of sexuality becomes more pronounced during this period and often takes the form of unprotected sexual practices, due to a lack of information and communication between family members, certain myths or taboos, or fear of accepting one's own sexuality. Therefore, the search and curiosity for new experiences and the lack of guidance on the changes that adolescents experience make them vulnerable to risky situations, including sexually transmitted diseases (STDs), which may include acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (10).

The reasons for the increase in the prevalence of STDs especially in developing countries include inadequacy of sexual and reproductive health programs, decrease in the age of sexual intercourse in young people, increase in the frequency of premarital sexual intercourse, and the number of sexual partners, wrong contraceptive preferences, and detection of STDs with the development of diagnosis and treatment possibilities with technology (11). The fact that adolescents do not have sufficient information about STDs, have information from wrong sources, and have wrong knowledge and attitudes on this subject makes it difficult to fight against STDs. In studies conducted in our country, it was found that students had inadequate knowledge about STDs and wanted to have information about STDs (8,12).

It is important in terms of public health to determine the level of knowledge of young people about STDs in the early period and to plan services for them, organize training programs, and determine diagnosis-treatment services.

In this study, it was aimed to evaluate the effect

of the education given to the students of the vocational school of health services of a university on the knowledge of sexually transmitted diseases.

Methods

Place and Time of the Research

The data of this quasi-experimental study were applied between March and May 2024. The study was carried out on the students of a vocational school of health services of a university located in the east of Turkey.

Data Collection Tools

Data Collection Tools consisted of two parts: "Socio Demographic Information Form" and "Knowledge Test on Sexually Transmitted Diseases (STD Knowledge Test)", originally named STI/HIV Pre-test. Data were collected face-to-face before and after the training. The questionnaire took an average of 10-15 minutes to complete.

Socio-demographic information form

Socio-demographic Information Form was prepared by the researchers by reviewing the literature (13-19). The questionnaire form, which consisted of a total of 9 questions, included questions such as age, gender, marital status, place of residence, status of receiving reproductive-sexual health counseling, and status of receiving sexual health education before university.

Level of Knowledge on Sexually Transmitted Diseases

It consists of 36 items to evaluate the knowledge level of students about sexually transmitted diseases. The STD Knowledge Test, whose original name is "Sexually Transmitted Infection (STI)/HIV Pre-test", is used in some schools of Canada to measure the level of knowledge of the student in the first year and in the last year after receiving education and to determine the effectiveness of the education (20).

The forty-item test was adapted into Turkish by the researchers and reduced to 36 items by removing four items that were not suitable for Turkish conditions. The test was adapted to Turkish by M. Siyez and Siyez in 2009. The questions are answered as "True", "False", and "I don't know" (21). In the questionnaire; 1 point is given for each suggestion answered correctly, and 0 point is given for each suggestion answered incorrectly and 'don't know' suggestion. A total of 18 items (1,3,5,6,8-10,13,15,18,20,21,23,28,29,32-34,36) in the STD

Knowledge Test are reversed items and statements answered as "False" in these questions are evaluated as 1 point and suggestions answered as "True" and "Don't Know" are evaluated as 0 points. The total score to be obtained from STD Knowledge Test is between 0-36. A high score means that the level of knowledge about STDs is high.

Population and sample of the study

The Vocational School of Health Services population consists of 850 students. All of the students were invited to participate, but 260 of them voluntarily participated. Incomplete and inconsistent 38 data forms were excluded and the study was completed with 222 students. In the evaluation made with the G Power package programme after the study, it was determined that an effect size of 0.8 was reached in the 95% confidence interval (alpha: 0.05) of 222 samples.

Inclusion criteria;

- Being 18 years of age and over
- Being a voluntary participant in the research,
- To be studying at the Vocational School of Health Services
- Completed the questionnaire forms totally and consistently

Exclusion criteria;

- Participants who did not fulfill the inclusion criteria were excluded from the study

Research Implementation

The socio-demographic information form and Knowledge Test on Sexually Transmitted Diseases were applied to 260 students who met the inclusion criteria in the study. The pre-test was completed in 2 weeks. After the pre-test, a day was planned on which the students were suitable and training was given to them by demonstration method (slide, video). The content of the training included STDs, transmission routes, prevention routes, and treatment methods. The training lasted for 4 weeks. All of the students were divided into 4 groups, with 65 people in each group, and the training was completed by the researchers in the university lecture theatre with 2 groups in the morning for 1 hour each and 2 groups in the afternoon for 1 hour each. One week after the training, the participants were administered the Knowledge Test on Sexually Transmitted Diseases in the post-test. The study was completed with 222 students by excluding 38 incomplete and inconsistent data forms.

Limitations of the Research

Limitations of the study include the fact that the participation rate is not very high and the distribution between men and women is unbalanced.

Analysing the Data

The data of the study were analysed using SPSS 21 Statistical Package Programme and descriptive statistics (frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation) were used. Independent sample t test and one-way variance (ANOVA) analysis were used to evaluate the effect of socio-demographic characteristics on STDs. Dependent sample t test was applied to determine the test scores before and after the training, and statistically, values with a p value below 0.05 were considered significant.

Ethical Aspects of the Study

Approval (01.03.2024/94289) was obtained from the Ethics Committee of Şırnak University before starting the study. Participants were informed about the subject and purpose of the study and verbal consent was obtained. The study was conducted by the Principles of the Declaration of Helsinki.

Results

It was found that 178 (80.2%) of the students participating in the study were female, and the proportion of students between the ages of 18-24

was 88.7%. 68.5% were 1st year students, 92.3% were single, 46.4% lived in the province and 21 (23.0%) lived in the village (Table 1).

There are three main reasons for defining the age groups as 18-24 years and 25 years and over in our study:

WHO age classification: According to the WHO, young adulthood covers the age range 20-24 years (33). However, as university students usually start their education at the age of 18, it was considered appropriate to include this age group in the same category. As those aged 25 and over are included in the adult group, this distinction was made to take account of developmental differences.

Statistical and sampling distribution: The 18-24 age group is a more homogeneous group, while the 25 and over age group consists of individuals aged 25-46 with different educational backgrounds and experiences. Because of this heterogeneous structure, two separate groups were formed.

Developmental and academic differences: While the 18-24 age group generally consists of individuals who have just started their studies, individuals aged 25 and over may have interrupted

Descriptive Characteristics		n	%
Gender	Woman	178	80.2
	Male	44	19.8
Age	18-24 age	197	88.7
	Over 25 years old	25	11.3
Class	1	152	68.5
	2	70	31.5
Marital status	Single	205	92.3
	Married	17	7.7
Longest place you have lived	Province	103	46.4
	District	68	30.6
	Village	21	23.0
Counseling on reproductive-sexual health	Family (Mother, father, sibling)	112	50.5
	Other (Friends, teachers)	79	35.5
	Both	31	14.0
Previous sexual health education at the University	Yes	62	27.9
	No	160	72.1

their education, gained work experience or continued their academic life with different motivations. Such a grouping was preferred in order to analyse these differences.

While the STD knowledge score of the first grade students included in the study was significantly lower than that of the second grade students ($p < 0.05$), no significant difference was found between the classes in the STD knowledge score after the training ($p > 0.05$). While there was no significant difference between the marital status and STD knowledge level of the students before the training ($p > 0.05$), the STD knowledge score of the married students after

the training was statistically significantly higher ($p < 0.05$). While the mean score of the students who received information about STDs from the university before the training was statistically significantly higher before the training ($p < 0.05$), no significant difference was observed after the training ($p > 0.05$) (Table 2).

There was no statistically significant difference between the STD knowledge score of the students before and after the training and the variables of gender, age, longest residence and counselling about reproductive and sexual health ($p > 0.05$) (Table 2).

Descriptive Characteristics		Pre-Training		Post-Training	
		\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D
Gender	Female (n:178)	21.4	8.0	32.7	4.6
	Male (n:44)	19.6	9.2	31.5	6.9
Test Values		t:1.302; p:.194		t:1.389; p:.166	
Age	18-24 age (n:197)	21.1	8.1	32.3	5.4
	Over 25 years old (n:25)	20.4	9.5	33.8	0.6
Test Values		t:0.435; p:.664		t:-1.372; p:.172	
Class	1 (n:152)	19.5	8.5	32.1	5.8
	2 (n:70)	24.4	6.6	33.1	3.0
Test Values		t:-4.349; p<0.001		t:-1.252; p:.212	
Marital status	Single (n:205)	20.9	8.2	32.3	5.3
	Married (n:17)	22.4	9.1	33.9	0.2
Test Values		t:-0.716; p:.475		t:-4.330; p<0.001	
Longest place you have lived	Province (n:103)	21.4	8.2	32.5	5.3
	District (n:68)	22.2	8.5	32.7	3.7
	Village (n:51)	18.7	7.8	32.0	6.4
Test Values		F:2.769; p:.065		F:0.290; p:.748	
Counselling on Reproductive-Sexual Health	Family (Mother, father, sibling) (n:112)	21.5	8.0	32.2	5.5
	Other (Friends, teachers) (n:79)	20.4	8.8	32.1	5.5
	Both (n:31)	21.1	7.7	34.00	0.00
Test Values		F:0.404 ; p:.668		F:1.691; p:.187	
Previous sexual health education at university	Yes (n:62)	25.0	7.2	32.7	3.6
	No (n:160)	19.5	8.1	32.4	5.6
Test Values		t:4.629; p<0.001		t:0.405; p:.686	
t: Independent Sample t Test; F: One-Way Analysis of Variance; p: Significance Value					

n (222)	Pre-Training		Post Training	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
Test Values: t: -19,440; p<0.001	21.0	8.2	32.4	5.1
t: Dependent Sample t test; p: Significance Value				

The STD knowledge score of the students included in the study increased significantly after the training compared to before the training ($p < 0.05$) (Table 3).

Discussion

The rapid increase in the young population in our country, as in the world, leads to incomplete or incorrect information about sexuality. The decrease in the age of sexual experience and unwanted pregnancies causes an increase in STDs. Especially students who are educated in health-related fields and who will serve society as health educators in the future are expected to have sufficient knowledge about STDs (13).

It was determined that 178 (80.2%) of the students participating in the study were female, 88.7% were between the ages of 18-24, 68.5% were first-year students, 92.3% were single, 46.4% lived in the province and 21 (23%) lived in the village. When similar studies in the literature were examined, it has been seen that the majority of the participants' genders were female, their age ranges were between 17-24 years old, they were first-year students, single, and their longest place of residence was the province (13, 21-24). The findings of the study were similar to the literature findings.

In our study, there was no statistically significant difference between the STD knowledge score of the students before and after the training and the variables of gender, age, longest living place, and counseling about reproductive-sexual health ($p > 0.05$). According to this result in our study, it showed that sociodemographic data did not affect the knowledge levels of the participants about STDs. However, in our study, while there was no significant difference between the marital status of the students before the training ($p > 0.05$), the STD knowledge score of the married students after the training was statistically significantly higher ($p < 0.05$). This showed that the training increased the knowledge level of students who

were married and had a sexually active life. In the study conducted by Sarı et al. (2023), there was no statistically significant difference ($p > 0.05$) between the mean total score of the students' STD test and sociodemographic characteristics (13). Literature findings support the findings of the study. Karasu et al. (2017) found that there was no statistically significant relationship between students' marital status and their correct answers to the knowledge test ($p > 0.05$) (18). The result of this study coincided with the result of our study before the training was given. However, unlike the findings of this study, there were studies in the literature in which sociodemographic data affected the mean scores of the STD knowledge test. Youssouf (2023) found a statistically significant difference ($p < 0.05$) in the knowledge levels of STDs of students according to age groups ($F = 7,293$, $p < 0.05$), gender ($t = 2,810$, $p < 0.05$), marital status ($t = -4,293$, $p < 0.05$), and longest place of residence ($X^2 = 13,892$, $p < 0.05$) (19). Again in the literature, studies were showing that there was a significant difference between gender and the mean STD knowledge score of students (14-17). It was thought that the difference between our study and the findings in the literature might be due to the sociocultural and behavioral characteristics of the students and the differences in the regions where the studies were conducted.

In our study, while the STD knowledge score of the first-grade students was significantly lower than that of the second-grade students ($p < 0.05$), no significant difference was found between the classes in the STD knowledge score after the training ($p > 0.05$). It is thought that the reason why the knowledge level of the second grade before the training was higher than that of the first grade was because they took the infectious diseases course in the second grade. While the STD knowledge levels of the pre-training classes were at medium level, the fact that there was a significant difference in the knowledge levels of both class levels after the training shows that

they reached a high level of knowledge thanks to the training. The fact that there was no difference between the two class levels after the training and the knowledge levels increased shows the effectiveness of the training given. In the literature, as in our study, it was seen that there was an increase in knowledge levels as the course on sexual health was given and the grade level of the students increases (13,18, 25-28).

In our study, while the mean score of the students who received information about STDs before the university was statistically significantly higher before the training ($p < 0.05$), no significant difference was observed after the training ($p > 0.05$). This might be thought to be because there was an infectious diseases course in the curriculum in the departments where the students studied or that they received sexual health education before university. Looking at the literature studies, Youssouf (2023) found the mean score of the students who received information about STDs statistically significant ($X^2 = 151,421$, $p < 0.05$) (19). Siyez et al. (2009) found that the mean scores of those who received sexual health education before university were higher than those who did not ($t = 2.10$, $p < 0.01$) (21). Gündüzalp (2018) found a difference between the students who received training on sexually transmitted diseases before and those who did not ($t = 8.367$, $p < 0.01$) (22).

Since adolescence is a period in which health habits and sexual behaviors begin to take shape in the transition from childhood to adulthood, it is a period in which information and education on sexual and reproductive health (SRH) issues are important (29). Since university students in adolescence and young adulthood constitute an important segment of society that is at risk in terms of STDs, STD education and services should be made widespread so that young people can spend this period and their future lives healthy. Young people must start to receive education on sexually transmitted diseases before adolescence, acquire sexual health behaviors, and access the most accurate information in the way they want. Informing young people about sexually transmitted diseases using the right sources and providing complete information is important in terms of protecting the health of individuals and society and preventing transmission (22).

In our study, there was no statistically significant difference between the reproductive-sexual health counseling variables and the STD knowledge score of the students before and after the training ($p > 0.05$). In our study, students answered family (mother, father, sibling) to the question of whom do you consult/share reproductive-sexual health issues ($n: 112$, 50.5%). This rate was surprisingly higher than in similar studies. It might be assumed that this might be due to the positive attitude of the parents towards sexual health. In similar studies in our country, Sarı et al. (2023) (31.3%) and Karasu et al. (2017) (17.9%) gave a low rate of family response (11,16). In studies conducted in other countries; in a study conducted in Malaysia (13.8%) (30), Albanian and Italian students; it was observed that 44% of Albanian students could talk to their families and received education on sexual health issues, while in Italian students, it was determined that the student's level of knowledge about STDs was low because talking about sexual health issues with the family was considered a taboo and they did not receive health education about sexuality (31). In general, it is known that in countries and groups where Islam is widespread, sexual health issues are not discussed with the family. Education on sexual health should start first in the family and then in institutions. The fact that sexuality is seen as taboo due to religious and cultural influences and is not discussed causes young people to have insufficient knowledge about the subject and to obtain wrong information about sexuality due to incomplete information. As a result, young people who access this misinformation from peers, friends, and social media exhibit sexually risky behaviors (13).

In our study, the STD knowledge score of the students after the training increased significantly compared to before the training ($p < 0.05$). In line with this result, it was determined that the training given was effective. The fact that the knowledge level of the students about STDs was at an intermediate level (21.03 ± 8.23) before the training was given and that this level increased significantly after the training (32.43 ± 5.13) is an indication that the training given was effective ($t: -19.440$; $p < 0.001$). In a systematic review of similar studies, 12 articles were examined and according to the results of

the studies, the mean of the STD knowledge test was between 25.20 ± 5.11 and 16.64 ± 7.00 (25,32) and in the literature it was reported to be between 25.00 ± 5.09 and 11.60 ± 8.78 (21). The highest score that can be obtained from the STD knowledge test is 36, and these results show that the knowledge level of the students is medium or low (32). While the findings of the study were similar to the literature findings before the training and the level of STD knowledge was moderate, the fact that the post-training level was higher than the literature findings again reveals how important it was to provide education on sexual health issues.

Conclusion

As a result, it was found that the level of knowledge about STDs among the students of the Vocational School of Health Services was at an intermediate level at the beginning (21.03 ± 8.23) and that this level increased with the education received (32.43 ± 5.13). This result shows that the education given on STDs is effective. In our study, it was observed that the sociodemographic data of the students did not affect the level of knowledge of the participants about STDs. Unlike the findings in the literature, it was observed that half of the students (50.45%) could discuss reproductive-sexual health issues with their families. Considering that sexual health should start from the family first and then continue to be given in institutions, this result can be seen as an indication that this result is encouraging and that young people can be prevented from reaching wrong information and exhibiting sexually risky behaviors.

Contact: Hatice Tetik Metin
E-Mail: hatice_meleyim@hotmail.com

References

1. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment guidelines, 2015. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports, 2015;64(RR-03):1.
2. WHO 2024. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Accessed June 7, 2024
3. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet. Available at: <https://www.unaids.org/en>. Accessed July 7, 2024
4. T.C. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Public Health. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Istatistikler/Sifiliz_Istatistikleri.pdf. Accessed February 18, 2025
5. T.C. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Public Health. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Istatistikler/Gonore_ist.pdf. Accessed February 18, 2025
6. T.C. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Public Health. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Istatistikler/Ek_HIV-AIDS_Istatistikleri.pdf. Accessed February 18, 2025
7. Elkin N. Investigation of university students' knowledge about sexually transmitted diseases. Mersin University Journal of Health Sciences, 2015;8(1):1-14.
8. Demir G, Şahin T. Determination of the level of knowledge of Selçuk University students about sexually transmitted diseases. Journal of Düzce University Institute of Health Sciences, 2014;4(3):19-24.
9. TÜİK, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Gencilik-2019-33731#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusunun%20%15%2C6',15%2C6's%C4%B1n%C4%B1%20olu%C5%9Fturdu>. Accessed August 7, 2024
10. Almeida RA AS, Corrêa RD GCF, Rolim IL TP, Hora JMD, Linard AG, Coutinho NPS, Oliveira PDS. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Revista Brasileira de Enfermagem, 2017;70(5):1033-9.
11. Kirmızıtoprak E, Şimşek, Z. The effect of peer education on young people's knowledge and behaviors about sexually transmitted diseases and safe sexual life. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011;10(4):463-72.
12. Bakır N, Beji, NK. Knowledge levels of students on sexually transmitted diseases. Journal of Düzce University Institute of Health

- Sciences, 2015;5(3):10-6.
13. Sarı C, Adiguzel L, Demirbag BC. Knowledge about family planning and sexually transmitted diseases among university students. *TJFMPC*, 2023;17(1):50-61 doi:10.21763/tjfmpe.1126454
 14. Oğuzkaya-Artan M, Baykan Z. Health Services Vocational School Students' level of knowledge on sexually transmitted diseases and factors affecting this. *Turkish Journal of Hygiene and Experimental Biology* 2010;67(3):127-33
 15. Reis M, Ramiro L, Matos MG, Diniz JA. The nationwide survey of contraceptive and sexually transmitted infection knowledge, attitudes and skills of university students in Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2013;13:127-37
 16. KC VK, Karki SB, Niraula BR. Correlates of knowledge about Sexually Transmitted Diseases (STDs) among youths in Nepal. *Janapriya Journal of Interdisciplinary Studies* 2013;2(1):101-9
 17. Klintz C. Evaluation des connaissances des infections sexuellement transmissibles chez les lycéens en classe de Terminale en Haute-Vienne en 2020, Thèse de doctorat en médecine, Université de Limoges Faculté de Médecine, Limoges, 2020, p.110
 18. Karasu F, Göllüce A, Güvenç E, Dadük S, Tunçel T. Investigation of nursing students' knowledge about sexually transmitted diseases, *Journal of Istanbul University Vocational School of Health Services* 2017;5(1):1-15
 19. Youssouf A. Knowledge status of foreign national university students in Turkey on sexually transmitted diseases and factors affecting. Pamukkale University Institute of Health Sciences Department of Public Health Master's Thesis, 2023
 20. Alberta Health and Wellness and the Calgary Health Region. Studying STI: CALM: STI/ HIV Lesson 1: STI/ HIV Pre-test. Available at: http://www.teachingsexualhealth.ca/media/lessons/CALM_STDLess1.pdf. Accessed July 7, 2024
 21. Siyez D.M, Siyez E. Investigation of knowledge levels of university students about sexually transmitted diseases. *Turkish Journal of Urology* 2009;35(1):49-55
 22. Gündüzalp N. University students' knowledge about sexually transmitted diseases. Istanbul Bilim University Institute of Health Sciences Midwifery Master's Programme, Thesis No: 508818, 2018
 23. Cengiz Altun K. Investigation of university students' attitudes towards sexual education and information requirements about sexually transmitted diseases. Üsküdar University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Women's Health and Diseases Nursing Master's Programme Master's Thesis, Thesis No: 680199, 2021
 24. Şensoy E. Knowledge levels of nursing students about sexually transmitted diseases. *Journal of Inonu University Vocational School of Health Services*, 2021;9(1):150-66. doi: 10.33715/inonusaglik.815545
 25. Turan T, Erdoğan Ç. Knowledge levels and opinions of nursing students on sexually transmitted infections. *JAREN* 2017;3:129-36.
 26. Folasayo AT, Oluwasegun AJ, Samsudin S, Saudi SNS, Osman M, Hamat RA. Assessing the knowledge level, attitudes, risky behaviors, and preventive practices on sexually transmitted diseases among university students as future healthcare providers in the central zone of Malaysia: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14:159
 27. Villanueva S, Mosteiro-Miguéns DG, Domínguez-Martís EM, López-Ares D, Novío S. Knowledge, Attitudes, and intentions towards Human Papillomavirus vaccination among nursing students in Spain. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:4507.
 28. Ünsar S, Yacan L, Yücel İ. University students' awareness levels about HIV/AIDS, Hepatitis C, Hepatitis B Infectious Diseases. *GUJHS*, 2019;8:250-5.
 29. Yazgan S, Koçberber Ç, Süleymanzade N, Değdaş UC. Sexually transmitted infections? Do not leave your health to chance; protect(n)!!! Başkent University Faculty of Medicine, Student Symposium, 2017, Ankara. Available at: http://tip.baskent.edu.tr/egitim/mezuniyetoncesi/calism_agrp/ogrsmpzsn15.P4.pdf Accessed August 12, 2024.
 30. Gbagbo FY, Nkrumah J. Family planning among undergraduate university students: A case study of a Public University in Ghana. *BMC Women's Health* 2019;19(12):1-9.
 31. Ciccacese G, Drago F, Herzum A, Rebora

- A, Cogorno L, Zangrillo F, et al. Knowledge of sexually transmitted infections and risky behaviors among undergraduate students in Tirana, Albania: Comparison with Italian students. *J Prev Med HYG* 2020;6:E3-E5.
32. Yıldırım F, Erbil N. Knowledge level of university students about sexually transmitted diseases in Turkey: A systematic review. *Andrology Bulletin*, 2021;23(3):179-86. <https://doi.org/10.24898/tandro.2021.70893>
33. UNFPA Turkey. Available at: https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_saglikrehber.05.07.21.pdf. Accessed February 18, 2025

Pınar Daylan Koçkaya¹, Yavuz Üçkuyu², Osman Keysan³, İlker Gurcuoğlu⁴, Ebru Şener Araz⁵, Hatice Gülbaş⁶, Sevilay Ayas⁷

Geliş/Received: 02.12.2022

Kabul/Accepted: 17.03.2025

DOI: 10.17942/sted.1213592

Abstract

Scenario-based simulations provide standardization in crisis management for emergency patient approaches by creating awareness of teamwork and ensuring effective communication during a crisis. The Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Emergency Healthcare Services has developed and implemented a national-scale simulation-based training program for 112 Emergency Healthcare staff. This initiative aimed to improve accessibility, effectiveness, and efficiency in pre-hospital emergency care services while ensuring consistent quality across the nation. By employing the Kern Curriculum Development Model, the program addressed the educational and operational needs of emergency staff, focusing on enhancing decision-making, communication, and teamwork skills through scenario-based simulations. Adult, pediatric and trauma life support trainings have been developed according to the scenario-based simulation model. As a pioneering effort in country-scale program design, this initiative not only elevated staff competencies but also established a framework for future large-scale educational interventions. The challenges encountered and lessons learned provide valuable insights for similar global applications.

Keywords: simulation-based training; pre-hospital emergency care; curriculum development; patient safety; medical education

Özet

Senaryo tabanlı simülasyonlar, kriz anında ekip çalışması farkındalığı oluşturarak ve etkili iletişimi sağlayarak acil hasta yaklaşımlarında kriz yönetiminde standardizasyon sağlar. T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 112 acil sağlık personeline yönelik ulusal ölçekli bir simülasyon tabanlı eğitim programı geliştirmiş ve uygulamıştır. Bu girişim, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik, etkinlik ve verimliliği artırmayı, aynı zamanda ulusal çapta tutarlı bir kalite sağlamayı amaçlamıştır. Kern Program Geliştirme Modeli kullanılarak, program acil sağlık personelinin eğitim ve operasyonel ihtiyaçlarını ele almış, senaryo tabanlı simülasyonlar yoluyla karar verme, iletişim ve ekip çalışması becerilerini geliştirmeye odaklanmıştır. Yetişkin, pediatrik ve travma yaşam desteği eğitimleri senaryo tabanlı simülasyon modeline göre geliştirilmiştir. Ülke çapında program tasarımında öncü bir çaba olarak, bu girişim yalnızca personelin yetkinliklerini artırmakla kalmamış, aynı zamanda gelecekteki geniş ölçekli eğitim girişimleri için bir çerçeve oluşturmuştur. Karşılaşılan zorluklar ve edinilen dersler, benzer küresel uygulamalar için değerli içgörüler sunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: simülasyon tabanlı eğitim; hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; program geliştirme; hasta güvenliği; tıp eğitimi

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD. (Orcid no: 0000-0002-0116-8986)

² Dr., Antalya İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0003-0908-2877)

³ Dr., Antalya İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0002-0116-8986)

⁴ Dr., Konya İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0003-2958-1331)

⁵ Dr., İzmir İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0001-7406-4152)

⁶ Bursa İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0001-9564-2740)

⁷ Bursa İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0001-5845-9728)

Introduction

Pre-hospital emergency healthcare services operate under unique and demanding circumstances. Rapid, accurate, and effective responses to incidents at the scene are critical to patient outcomes, distinguishing these services from other medical specialties. The dynamic and unpredictable nature of pre-hospital care often requires healthcare providers to function efficiently under intense pressure, making continuous training and skill enhancement indispensable (1).

Simulation-based training has emerged as a transformative approach in medical education, offering healthcare providers an opportunity to practice and refine critical clinical and non-clinical skills in a controlled environment. By replicating real-life scenarios, this method prioritizes patient safety while enhancing decision-making, teamwork, and communication skills. It allows participants to re-analyze the learned knowledge and skills, and transfer them to their professional life, as it allows them to make their own assessment of knowing their own states with immediate feedback. Simulation-based training actively involves students in the learning process, promoting a student-centered approach. This methodology allows learners to tailor the process to their individual learning styles, enabling experiential learning. Through repeated practice and engagement, students can achieve mastery and meet desired performance outcomes. Research supports that such active learning environments foster deeper understanding and skill retention (2). Studies have demonstrated the effectiveness of simulation in improving healthcare delivery in high-stakes environments, such as trauma care and emergency services (3,4).

The Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Emergency Healthcare Services organizes in-service training programs for 112 emergency staff in line with key objectives. These include ensuring the accessibility, effectiveness, and efficiency of emergency healthcare services at a national level, increasing the satisfaction and educational levels of both service providers and recipients, and maintaining consistent standards across all segments of society by leveraging technological innovations. A primary goal of

these programs is to enhance staff experience in emergency case management by creating realistic training environments using simulation-based methodologies. These initiatives also aim to meet healthcare quality criteria by minimizing staff-related error rates and improving overall service delivery (5).

Considering these objectives, the General Directorate has undertaken studies to develop simulation-based in-service training programs according to the Kern Curriculum Development Model. This structured approach ensures that training is tailored to the specific needs of emergency personnel while aligning with international best practices. The focus of this case report is to detail the development, implementation, and evaluation of these programs, highlighting their impact on staff competencies, service quality, and patient safety. The lessons learned provide valuable insights into scaling simulation-based education for healthcare systems worldwide.

Method

The simulation-based program development studies were conducted following the Kern model, encompassing the identification of the problem, determination of requirements, needs assessment of target learners, setting goals and measurable objectives, formulating educational strategies, implementation, and subsequent evaluation and feedback. Initially, data was collected from emergency healthcare staff and managers through document reviews, group interviews, executive meetings, on-site observations, face-to-face interviews, and written feedback. These efforts aimed to determine the field characteristics and staff readiness within the system while assessing their training needs. Based on these findings, the General Directorate, informed by updated international resuscitation guidelines, identified changes in the literature and adopted current approaches for field interventions.

In 2016, a workshop was organized involving physicians, paramedics, emergency medical technicians, Ministry of Health representatives, and experts from emergency medicine, pediatric emergency, anesthesiology, and reanimation. This workshop identified the learning requirements of 112 emergency personnel, addressing issues

critical to meeting operational criteria and standards. A roadmap was established to ensure alignment between training and identified field needs, supported by evaluating case types encountered and relevant legislation defining core competencies.

Specific, measurable objectives were crafted based on the identified training requirements. Qualifications and sub-competencies expected of participants in adult advanced life support, pediatric advanced life support, and advanced trauma life support trainings were defined through group consensus. Task forces composed of academicians, field experts, and Ministry representatives were formed to address objectives and learning outcomes for each training module.

During the training strategies and content design phase, strategies were aligned with desired outcomes, emphasizing simulation as the primary methodology. Realistic scenarios were developed for each program, complemented by prepared scenario areas and models for practical application. Coordinators were assigned to oversee each module. Additional methods, such as small group projects, case discussions, role-playing, and guided skill practices, were incorporated to support the most effective transfer of knowledge to professional settings.

Each training module included 6-9 simulation scenarios, scenario implementation guides, debriefing guides, and evaluation materials tailored to learning objectives. Participant guidebooks, presentation materials, pre-tests, post-tests, and skill-specific learning guides were prepared for each program. Simulation models required for training were identified, with medium-fidelity advanced life support models prioritized for cost-effectiveness. The 112 training and simulation centers utilized task trainers and manikins of varying fidelity levels.

Four-day training courses were conducted in groups of up to 18 participants. Sessions were held in simulation rooms equipped with advanced audiovisual technology, enabling scenario recording for instructor feedback. Participants were observed during scenarios through one-way glass in debriefing rooms or, where unavailable, within divided training halls. Instructors used

checklists to guide debriefing sessions, an integral component of the program, fostering analysis, reflection, and synthesis of participants' actions and thought processes.

For advanced trauma life support, external field simulations were preferred, incorporating simulated patients and accident scenarios with vehicles or motorcycles. The implementation phase focused on resource standardization, covering costs, time, space, instructors, equipment, and training fields. Pilot studies were conducted for each scenario, first with instructors, followed by experienced staff, and lastly with untrained personnel. Feedback collected during these studies informed adjustments to the scenarios and content.

Following pilot studies, the finalized simulation-based national programs were implemented at targeted standards. This phased rollout began with instructor training, incorporating simulation methods, debriefing techniques, and interactive strategies. Subsequently, 21 central provincial education centers observed and adopted the training model from designated reference simulation centers in Antalya, Bursa, Konya, and İzmir. Observer instructors delivered modules under task force supervision, with feedback provided to the Ministry using structured reports and scenario analyses.

Between 2018 and 2019, observation and post-observation trainings were conducted nationwide using the standardized implementation model. Feedback mechanisms were established as part of the evaluation phase, culminating in the design of an emergency healthcare automation system training portal. This portal, currently under pilot evaluation, is intended to gather comprehensive feedback from participants and instructors. Additionally, nationwide audits are conducted by coordinators and module development teams to evaluate and refine the training processes. Simulation-based training programs has continued to be implemented from that day to the present.

Discussion

The Role of Simulation in Advancing Pre-Hospital Emergency Care

The national simulation-based training program for 112 Emergency Healthcare Services represents

a significant advancement in pre-hospital medical education in Turkey. Pre-hospital settings pose unique challenges, requiring rapid decision-making, effective communication, and seamless teamwork to ensure optimal patient outcomes. Simulation-based training is particularly well-suited for pre-hospital environments as it allows healthcare professionals to practice scenarios that closely mimic real-life emergencies, including time-critical conditions such as cardiac arrest, severe trauma, and mass casualty incidents. These trainings provide a safe environment to build technical skills, refine protocols, and strengthen non-technical competencies like leadership and situational awareness (2,3)

By employing the Kern Curriculum Development Model, the program systematically addressed critical gaps in emergency care delivery while aligning training objectives with international standards (5,6). The inclusion of high-fidelity simulations in pre-hospital scenarios equipped 112 emergency personnel with the tools to manage complex and unpredictable situations. These exercises foster a hands-on approach, encouraging active participation and real-time problem-solving. Studies have shown that pre-hospital simulation enhances decision-making under pressure, improves adherence to protocols, and reduces errors, ultimately leading to better patient outcomes (7,8).

Moreover, pre-hospital simulation-based training provides opportunities to address rare but critical events that emergency personnel may encounter only a few times in their careers. These include neonatal resuscitation, hazardous material incidents, and complex airway management. Training in such scenarios helps to ensure that staff remain prepared for the full spectrum of emergencies. Furthermore, the integration of pre-hospital simulation with feedback and debriefing has been shown to enhance knowledge retention and skill transfer, reinforcing a culture of continuous improvement and patient safety (4)

Addressing Challenges

Implementing a nationwide training program presented several challenges. Resource allocation, particularly the high costs associated with simulation technology, was a primary concern. The use of medium-fidelity manikins provided a cost-effective solution without compromising

training quality. However, disparities in infrastructure across provinces highlighted the need for ongoing investment in training facilities and equipment

Another challenge was ensuring consistency in training delivery across diverse geographic regions. To address this, the program included standardized scenarios, instructor training workshops, and continuous monitoring through feedback mechanisms. These measures helped maintain uniformity in training outcomes while allowing for regional adaptations based on specific needs

Lessons for Global Applications

The success of this initiative underscores the potential of simulation-based training to transform emergency medical education on a national scale. Key lessons include the importance of adopting a structured curriculum development model, integrating feedback mechanisms, and balancing cost with training effectiveness. These insights can guide other countries seeking to enhance pre-hospital care through standardized, simulation-driven education (6).

Moreover, the program's emphasis on reflective practice and experiential learning highlights the need for ongoing professional development. As clinical guidelines and medical technologies evolve, maintaining the relevance and effectiveness of simulation-based programs will require continuous updates and evaluations (3)

Conclusion

The simulation-based training model developed for 112 Emergency Healthcare Services in Turkey demonstrates the feasibility and impact of implementing standardized educational initiatives in pre-hospital settings. By addressing identified training gaps and leveraging innovative educational strategies, this program significantly will enhance the competencies of emergency personnel.

This initiative serves as a model for scaling simulation-based education in other healthcare systems. Its structured approach, emphasis on reflective learning, and adaptability to diverse resource settings provide a roadmap for countries aiming to strengthen their emergency care infrastructure. Ongoing evaluation, resource investment, and alignment with global best

practices will be critical to sustaining the program's success and maximizing its long-term impact on patient safety and healthcare outcomes.

Contact: Pinar Daylan Koçkaya
E-Mail: pinarkockaya@gmail.com

References

1. Bredmose PP, Habig K, Davies G, Grier G, & Lockey DJ. Scenario based outdoor simulation in pre-hospital trauma care using a simple mannequin model. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2010;18:13. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-18-13>
2. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, & Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher*, 2005;27(1):10-28. Doi: 10.1080/01421590500046924.
3. Mundell WC, Kennedy CC, Szostek JH, Cook DA. Simulation technology for resuscitation training: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2013;84(9):1174-83. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.04.016. PMID: 23624247.
4. Ing L, Cheng A, & Lin Y. Debriefing for Simulation-Based Medical Education. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2021;17:1-6. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000541>.
5. Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. Curriculum development for medical education: A six-step approach. Johns Hopkins University Press, 2015. 300 p.
6. Kosoko AA, Glomb NW, Laba B, et al. Evaluating a Novel Simulation Course for Prehospital Provider Resuscitation Training in Botswana. *West J Emerg Med*. 2019;20(5):731-9. Doi: 10.5811/westjem.2019.6.41639.
7. Zendejas B, Brydges R, Wang A, & Cook D. Patient outcomes in Simulation-Based Medical Education: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 2013;28:1078-89. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2264-5>.
8. Abellsson A, Rystedt I, Suserud B, & Lindwall L. Mapping the use of simulation in prehospital care – A literature review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2014;22:22. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-22-22>.

Kadınlarda Kronik Ağrı ve Ruh Sağlığı: Toplumsal Cinsiyet Duyarlı Sağlık Hizmeti Nasıl Olmalı?

Derleme



Review

Chronic Pain and Mental Health in Women:
What Should Gender-Sensitive Healthcare Look Like?

İrem Şevik¹, Meltem Çiçeklioğlu²

DOI: 10.17942/sted.1529688

Geliş/Received: 07.08.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2025

Özet

Bu makalede, kadınların kronik ağrı deneyimlerinin ve bu deneyimlerin kadın ruh sağlığıyla ilişkisinin sağlık hizmetine erişim bağlamında toplumsal cinsiyet duyarlı bir biçimde değerlendirilmesi ve sağlık hizmetine erişimde karşılaşılan sorunlara yönelik toplumsal cinsiyet dönüştürücü çözüm önerilerine dair örnekler verilmesi amaçlanmaktadır. Kadınlar, kronik ağrılardan erkeklere göre daha sık etkilenmekte, daha şiddetli ağrı bildirmekte ve daha sık farklı vücut bölgelerinde eş zamanlı ağrı tariflemektedir. Ancak kadınların, ifade ettikleri ağrılar daha az ciddiye alınmakta ve bu da tedavi süreçlerinde zaman kaybına neden olmaktadır. Ağrı deneyimleyen kadınlara daha hafif ve daha az etkili tedaviler uygulanmaktadır. Kadınların kronik ağrı deneyimleri, sadece fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda ruh sağlıklarını da derinden etkilemektedir. Sürekli ağrı, kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek depresyon, anksiyete ve stres gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir. Dolayısıyla, kadınların kronik ağrıyla başa çıkarken aynı zamanda ruh sağlıklarına yönelik etkili destek ve tedavi stratejilerine erişimleri önemlidir. Kronik ağrıyla başa çıkma stratejileri ve tedavi edici yaklaşımlar, bireylerin güçlenmesini destekleyerek, kadınların yaşadığı zorluklarla baş etmelerine yardımcı olabilir. Sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklere karşı farkındalık artırılmalı, doktor-hasta ilişkilerinde adil bir tutum benimsenmeli ve tedavi süreçlerinde duyarlılık gösterilmelidir.

Anahtar Sözcükler: kronik ağrı; toplumsal cinsiyet eşitsizliği; kadın sağlığı; kadın ruh sağlığı; sağlık hizmetine erişim; toplumsal cinsiyet dönüştürücü politikalar

Abstract

This article aims to evaluate women's experiences of chronic pain and the relationship of these experiences with women's mental health in a gender-sensitive manner within the context of healthcare access. It also aims to present gender-transformative solutions to the problems encountered in accessing healthcare. Women are more frequently affected by chronic pain compared to men, report more severe pain, and often describe simultaneous pain in different parts of their bodies. However, women face difficulties in being taken seriously regarding their pain expressions and experience delays in their treatment processes. Women experiencing pain are often provided with milder and less effective treatments. Women's chronic pain experiences deeply affect not only their physical health but also their mental health. Persistent pain negatively impacts women's quality of life, leading to mental health issues such as depression, anxiety, and stress. Therefore, it is important for women to have access to effective support and treatment strategies that address both their chronic pain and its impacts on mental health. Strategies for coping with chronic pain and therapeutic approaches that empower individuals can help women manage the challenges they face. Awareness of gender-based inequalities in healthcare should be increased, an equitable attitude should be adopted in doctor-patient relationships, and gender-sensitive treatment processes should be followed.

Keywords: chronic pain; gender inequality; women's health; women's mental health; healthcare access; gender-transformative policies

¹ Arş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0001-6536-1665)

² Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-7059-7573)

Giriş

Kronik ağrı, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen karmaşık bir durumdur. Bu makalenin amacı, toplumsal cinsiyet duyarlı bir yaklaşımla kadınların kronik ağrı deneyimlerini ve bu deneyimlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini incelemektir. Bu çerçevede kronik ağrıyla başa çıkma stratejilerine ve sağlık hizmetindeki toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklere yönelik toplumsal cinsiyet dönüştürücü politika önerilerinde bulunmaktadır.

Kronik Ağrının Küresel ve Bireysel Boyutları: Tanımı, Yaygınlığı ve Etkileri

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain), ağrıyı "gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkilendirilen veya ilişkililiymiş gibi görünen hoş olmayan bir duyu ve duygusal deneyim" olarak tanımlamaktadır (1). Ağrı, biyopsikososyal olarak biçimlenen son derece kişisel bir deneyimdir ve bireyler ağrı deneyimleri üzerinden "ağrı kavramını" öğrenir. Ağrıyı bildirmek, kaydetmek, objektif bir şekilde ölçmek zordur ve ölçüm genellikle hastanın sözsözsel ifadesine dayanır (2) Ağrı, tıbbi yardım aramanın en sık nedenlerinden biridir ve ağrısı olduğunu bildiren bireyin ifadesine her zaman saygı gösterilmelidir (1,3).

Normal iyileşme zamanı geçmiş olmasına rağmen süreklilik gösteren ağrılar veya üç aydan uzun süren ağrılar, kronik ağrı olarak tanımlanmaktadır (4,5). Kronik ağrılar, altta yatan bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi (sekonder kronik ağrılar), altta yatan belirgin bir sebep olmadan ya da görünen hastalıkla orantısız bir şekilde de (primer kronik ağrılar) meydana gelebilir (6). Kronik ağrının izlendiği durumlar, dünya çapında engelliliğin ve hastalık yükünün önemli bir sebebidir ve küresel olarak bireylerin %20'sini etkilediği düşünülmektedir (7,8). Türkiye'de 28 ayrı ilde gerçekleştirilen bir çalışmanın katılımcılarının %52,98'i son altı ayda süreklilik gösteren tipte ağrı yaşadıklarını ifade etmiştir (9). Birinci basamak sağlık kurumunda kronik ağrı sıklığını değerlendiren bir başka çalışmadaki katılımcıların %50,6'sı kronik ağrıdan şikâyet etmektedir (10). Depresyon, iş kaybı, azalmış hayat kalitesi, fonksiyon kaybı ve günlük aktivitelerin kısıtlanması gibi olumsuz sağlık ve sosyal etkileriyle kronik ağrı, etkilenen bireylerin hayatlarını büyük ölçüde etkilemektedir (11,12).

Bu durum, kronik ağrının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir.

Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Bakıldığında Kadınların Kronik Ağrı Deneyimi: Görünürlük Mücadelesi ve Tedavi Yanlılığı

Kadınların ağrı deneyimleri, erkeklerinkinden belirgin farklılıklar göstermektedir. Kadınlar, dünya çapında erkeklere göre daha sık kronik ağrıdan etkilenmekte ve erkeklere göre daha sık tekrarlayan ağrı, vücudun birden çok bölgesinde eş zamanlı hissedilen ağrı ve daha şiddetli ağrı tariflemektedir (13,14). Avrupa ülkelerinde ağrı deneyiminde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlikleri araştıran ve on dokuz Avrupa ülkesinin dahil edildiği araştırmanın bulgularına göre on sekiz ülkede kadınlarda ağrı sıklığı erkeklerden fazla, bir ülkede ise eşittir (15). Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcılarda kadınların %62,3'ü ağrı bildirmekteyken, erkeklerde bu oran %55,5'tir (15). İspanya'da gerçekleştirilen ve 22.842 katılımcının dahil edildiği başka bir çalışma da değerlendirilen tüm kronik ağrı çeşitlerinin kadınlarda (kronik boyun ağrısı %25,68; kronik bel ağrısı %27,03; migren veya sık tekrarlayan baş ağrısı %15,93) erkeklere (kronik boyun ağrısı %12,54; kronik bel ağrısı %18,83; migren veya sık tekrarlayan baş ağrısı %6,74) göre daha sık izlendiğini ortaya koymuştur (16). Aynı çalışma, kadınların çalışmadan önceki son bir ayda erkeklere göre daha sık orta şiddetli (K: %34,75; E: %29,45), yoğun şiddetli (K: %18,73; E: %12,21) ve aşırı şiddetli (K: %2,94; E: %2,28) ağrı hissettiğini bildirmektedir (16). Türkiye'de de İspanya'ya benzer bir durum söz konusu olup bel bölgesi problemleri, boyun bölgesi problemleri ve artroz gibi kronik ağrıyla seyreden hastalıklar kadınlarda daha sık izlenmektedir (17) (Şekil 1). Ayrıca, romatoid artrit, fibromiyalji, huzursuz bağırsak sendromu, migren, nöropatik ağrılar gibi pek çok kronik ağrı sendromu kadınlarda daha sık görülmektedir (13,18). Örneğin; Amerika'daki üç ile altı milyon fibromiyalji hastasının %95'ini kadınlar oluşturmaktadır (19). Endometriosis ve kronik pelvik ağrı gibi sadece kadınları etkileyen kronik ağrı sendromları da bulunmaktadır. Ancak, kronik ağrı kadınların hayatında daha büyük yer kaplamasına ve ağrısı olduğunu bildiren bir bireyin ifadesine her zaman saygı gösterilmesi gerekliliğine rağmen, kronik ağrısı olan kadınların şikâyetleri sağlık çalışanlarına adeta görünmez

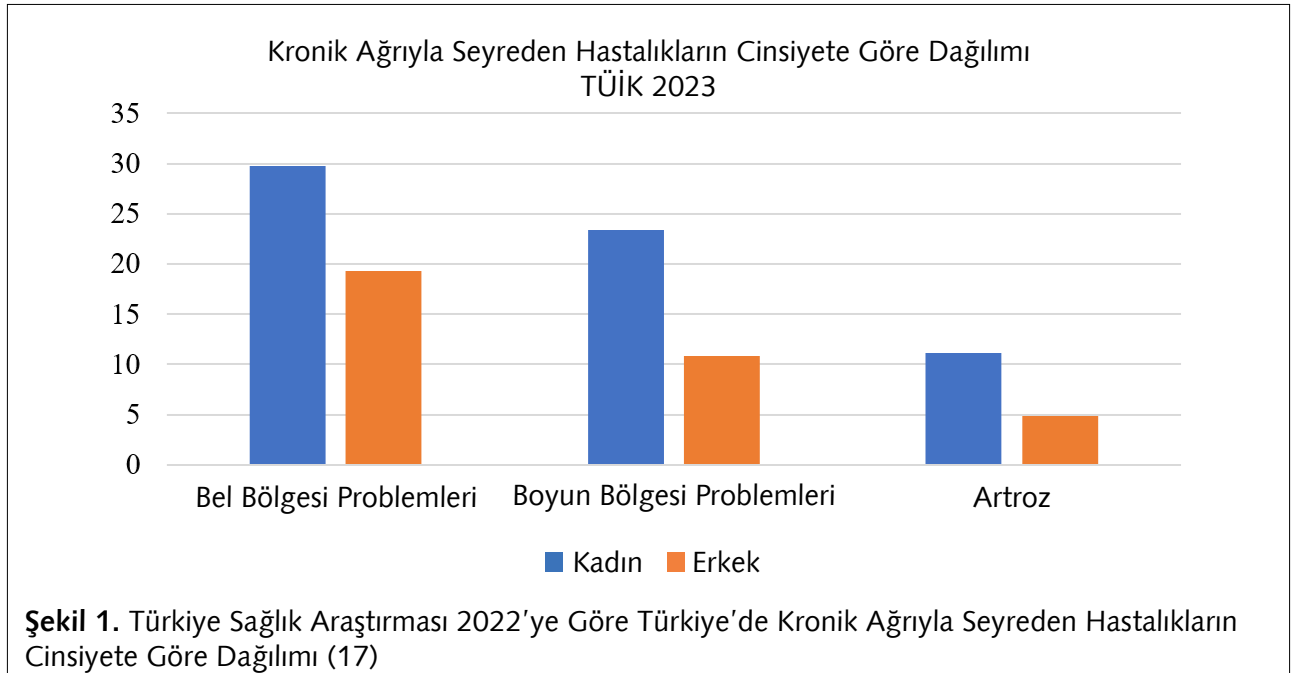
olmakta ve ağrıyla ilişkili hastane başvuruları kadınlar için bir güvenilirlik mücadelesine dönüşmektedir (19,20). ABD’de yirmi dört fibromiyalji hastası kadın ile derinlemesine görüşmelerin gerçekleştirildiği bir çalışmanın bulgularına göre ırk ve sınıf fark etmeksizin tüm katılımcılar, ağrılarının veya engellilik durumlarının meşruiyetinden şüphe duyulan en az bir durum örnek gösterebilmiştir (19). Bu çalışmadaki katılımcıların çoğu, mevcut diğer çalışmalarla tutarlı bir şekilde hastalık hastası olarak damgalanmakla mücadele ettiklerini ifade etmişlerdir (19). Kendini işçi sınıfından olarak tanımlayan birçok katılımcı, ırk fark etmeksizin, daha iyi hissetmek veya kendilerini maddi olarak desteklemek için yeterince çalışmadıkları suçlamalarıyla karşılaştıklarını bildirmiştir (19). Bu noktada, sağlık hizmeti sunumundaki toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılıkların ağrı özelinde diğer ayrımcılık biçimleriyle kesişebildiği izlenmektedir.

Kadınların ağrı şikayetleri için uygulanan tedaviler daha hafif ve daha az etkili olmakla beraber, kadınların erkeklerle aynı ağrı ifadeleriyle sağlık kurumuna başvurdukları durumlarda erkeklere sıklıkla farmakolojik tedaviler uygulanırken kadınlar daha büyük olasılıkla psikiyatri veya psikoterapiye yönlendirilmektedir (21). Ayrıca, ağrıyla başvuran kadınlara erkeklere göre daha büyük olasılıkla antidepresan önerilirken, daha az sıklıkla ağrı kesici ve opiat reçetelenmektedir (21). Bu durum, ağrı deneyimleyen erkekler ve

kadınlara dair toplumsal cinsiyet normlarının ağrı tedavisinde bir toplumsal cinsiyet yanlılığına sebep olduğuna işaret etmektedir. Nitekim, ağrı ve toplumsal cinsiyet normları arasındaki ilişkiyi araştıran makaleleri ele alan ve 77 makaleyi içeren bir derlemenin sonuçlarına göre, ağrı yaşayan kadınlar histerik, duygusal, şikayetçi, daha iyi olmak istemeyen, hastalık taklitçisi ve ağrıyı uyduran kişiler olarak algılanabilmektedir (22). Bu durum, ağrı deneyimleyen kadınların hak ettikleri tedaviye erişememesine ve oldukça geç bir tıbbi teşhise sebep olabilmektedir. Örneğin, üreme çağındaki on kadından birinde kronik pelvik ağrılarla karakterize endometriosis görülmesine rağmen, endometriosis teşhisinde dört ile altı yıllık gecikme yaygın olarak izlenmektedir. Damgalanma ve hekimler tarafından semptomların normalleştirilmesi bu durumun nedenleri arasında sayılmaktadır (23,24). Genellikle kadınları etkileyen ve ağrının tek görünür veya ölçülebilir semptom olduğu “tıbben net açıklanamayan” koşullarda ise; çalışmalar, sağlık çalışanlarının kadınların ağrısına inanmakta isteksiz olduğunu ve hatta hastalarını ağrılarından sorumlu tuttıklarını göstermektedir (22). “Tıbben net açıklanamayan” ağrıya karakterize hastalıklardan olan ve etkilenenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu fibromiyalji teşhisinin konulması ise ortalama beş yıl almaktadır (17).

Kronik Ağrı ve Kadın Ruh Sağlığı

Kronik ağrıyla yaşayan bireyler; depresyon,



anksiyete ve madde kullanım bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunları açısından risk altındadır ve DSM V'te yer alan neredeyse tüm ruh sağlığı sorunlarına da artmış kronik ağrı eşlik etmektedir (25,26). Ağrı ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar, bu durumu ilişkinin çift yönlü doğasıyla açıklamaktadır. Örneğin, depresyonu olan kişilerde kronik ağrı gelişmesi daha muhtemel iken, kronik ağrı da uyku düzeni ve stres seviyeleri üzerindeki etkileriyle depresyon riskini arttırmaktadır (7,25). Kronik ağrı ve anksiyete arasında da benzer bir ilişki mevcuttur (Şekil 2). Kronik ağrı ve ruh sağlığı arasındaki döngüyü şiddetlendiren bir diğer faktör de damgalanmadır. Hem kronik ağrı hem ruh sağlığı sorunları "görünmez hastalıklar" olduklarından, bu hastalıkların gerektirdikleri önemi görmeyip daha hafif veya daha az etkili tedavi edilmesi muhtemeldir (7).

Kadınlar, kronik ağrının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin bilinmezliğe bağlı olarak depresyon ve anksiyetenin yanında güçlü bir korku da duyumsayabilirler. Bu sürekli korku durumu gelecekle ilişkili plan yapmayı, aktivitelere katılmayı veya basit görevleri tamamlamayı dahi engelleyebilecek şiddette olabilir (18).

Kronik ağrı ve ruh sağlığı sorunları, bazı popülasyonlarda daha belirgin bir birliktelik gösterebilir. Bu popülasyonlar arasında gebeler ve lohusalar ve fiziksel ya da ruhsal hastalığı olanların bakım vericileri de bulunmaktadır. Ruh Sağlığı Amerika (Mental Health America; MHA), 2014'te

başlattığı MHA Tarama Programıyla altı milyon kişinin ruh sağlığı durumlarını değerlendirmesine yardımcı olmuş ve 2015-2019 yılları arasında artrit veya kronik ağrısı olan 161.363 kişide bu taramayı tamamlanmıştır (7). Mental Health America'nın 2020'de gerçekleştirmiş olduğu ve MHA Tarama Programından yararlanan 38.000 katılımcının dahil edildiği çalışmanın sonuçlarına göre, gebe ve lohusaların %34'ü, bakım vericilerin de %47'si kronik ağrıdan yakınmaktadır (7). Kronik ağrıdan yakınan gebe ve lohusaların %81'i orta ya da şiddetli bir ruh sağlığı sorununa sahiptir, bu oran kronik ağrıdan yakınan bakım vericiler için ise %78'dir (7). MHA Tarama Programı kapsamında herhangi bir ruh sağlığı sorunu açısından tarama testi sonucu pozitif olan gebe ve lohusaların %36'sı, bakım vericilerin ise %30'u herhangi bir ruh sağlığı tedavisi veya desteği almamıştır (7).

Sadece kadınlarda izlenen endometriosis gibi kronik ağrıyla karakterize hastalıkların da önemli ruh sağlığıyla ilişkili sonuçları olduğu bilinmektedir. Endometriosis, depresyon, anksiyete ve azalmış yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (23,27). Ayrıca, endometriosisi olup, pelvik ağrı tarifleyen kadınlarda, ağrı tariflemeyenlere göre daha sık depresyon izlendiği 2019 tarihli bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ortaya konmuştur (27). Etkilenenlerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu fibromiyalji sendromunun da depresyon, anksiyete, sınırda kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilikler ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğu



Şekil 2. Kronik ağrı ve anksiyete arasındaki çift yönlü ilişkinin doğası (7)

bildirilmiştir (28). Endometriosis ve fibromiyalji, iş yaşamı ve kariyer gelişimi, romantik ilişkiler, arkadaşlık ve aile ilişkileri üzerindeki etkileriyle de kişilerin ruh sağlıkları ve iyilik hallerini etkileyebilmektedir (18,29).

Sadece endometriosis ve fibromiyalji değil diğer kronik ağrı sendromları da iş olanakları ve kariyer gelişimi üzerindeki etkileriyle kadın ruh sağlığında belirleyici rol oynayabilir. Örneğin kronik ağrısı olan kadınlar, "iş kilitlenmesi" (job lock) adı verilen bir durumla karşılaşabilmektedir. "İş kilitlenmesi" kronik ağrısı olan çalışanların işlerinden memnun oldukları için değil; işveren tarafından sağlanan sağlık sigortasını kaybetmek istemedikleri için bir işte kalmaları durumudur. Kadınların sağlık hizmetine erişiminde sigortanın oynadığı önemli belirleyici rol düşünüldüğünde, sigortayı kaybetmekle ilişkili kaygının bireyin üzerinde sahip olacağı baskı aşikâr bir biçimde belirir. Kronik ağrı iş yerindeki üretkenliği de etkileyebilir.

Kadınlarda, ruh sağlığı bozuklukları ve kas-iskelet sistemi hastalıkları erkeklere göre daha sık komorbid izlenmekle beraber, özellikle kadınların ağrı ifadelerini çevreleyen toplumsal cinsiyet normları düşünüldüğünde kadınların bu durumdan daha şiddetli etkilenecekleri ortadadır (30). İki sağlık sorununun birlikteliğinde bir sağlık kurumundan yardım arama davranışı artmakta ve daha fazla sağlık harcamasına neden olmaktadır (31). Bu noktada, ihtiyaç artmakta ancak erişilen hizmet bu ihtiyaca yanıt verici nitelikte olmamaktadır, yani bir karşılanmamış ihtiyaç söz konusudur.

Kronik Ağrı Deneyimleyen Kadınlar İçin Nasıl Bir Sağlık Hizmeti?

Kronik ağrı tedavisi, biyopsikososyal bir perspektifle, toplumsal cinsiyet rollerini ve bakımın sunulduğu toplumun sosyal ve kültürel özelliklerini de dikkate alarak, gerektiğinde bu özelliklere meydan okuyarak, baş etme becerileri ve direngenliği arttıracak yetenekleri de içerecek şekilde genişletilmelidir. Toplumsal cinsiyet dönüştürücü bir perspektif için kronik ağrısı olan kadınlara sunulan hizmetin eril yanlı olduğunu tanımak gerekmektedir. Tıp bilgisi ve uygulamaları tarih boyunca erkekler tarafından geliştirilmiş ve eril yanlı olmuştur. Bu nedenle, kadınların ağrı ifadeleri tıbbın ana akım söylem ve uygulamalarının dışında yer almaktadır. Bu durum,

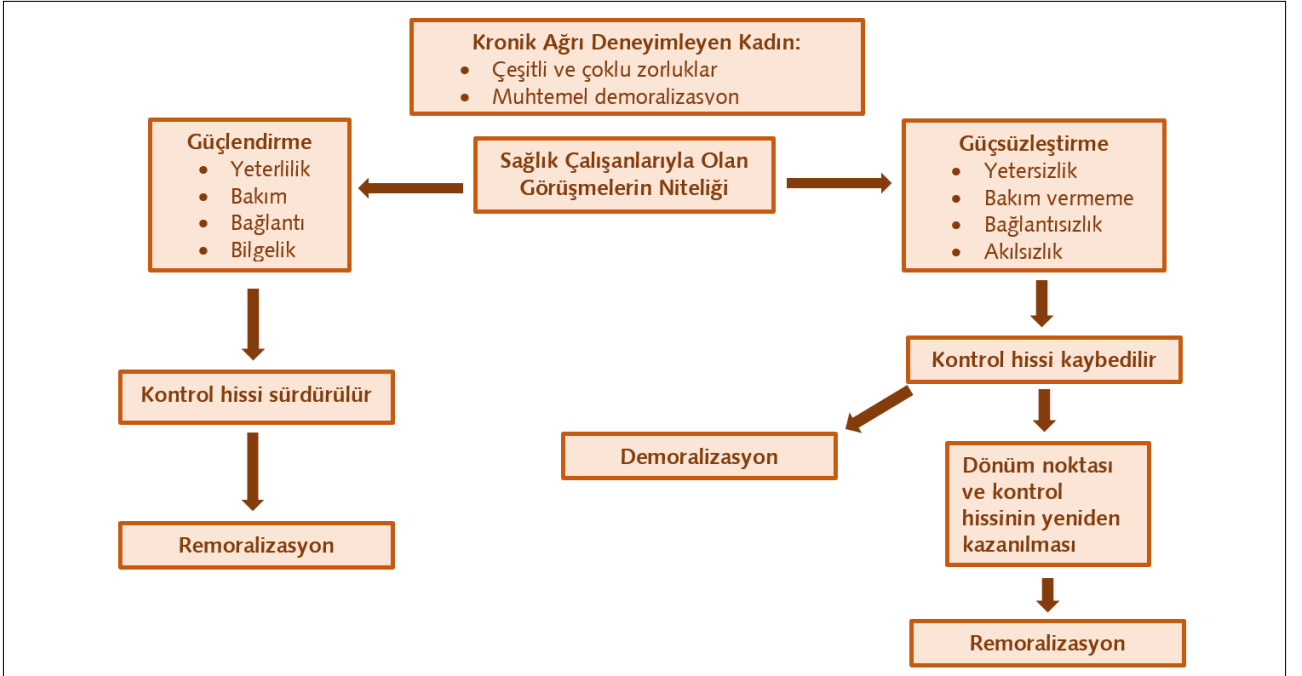
kronik ağrı ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmayı ve cinsiyete duyarlı veri toplama yöntemlerinin kullanılmasını gerektirmektedir.

Kronik ağrı deneyimine sahip kadın hastaların acısı ve güçlü yanları tanınmalı, hastaları güçsüzleştirici uygulamalardan vazgeçilmelidir. Yani, hasta odaklı bir bakım yaklaşımı benimsenmeli ve alınan kararlarda hastanın ihtiyaç, amaç ve tercihlerine önem verilmelidir. Bu nedenle sosyal öykü, bu bireylerle olan görüşmelerin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Sosyal öykü, hastanın destek kaynaklarını, gündelik sorumluluklarını, yaşam koşullarını ve yaşam kalitesini anlamak için yardımcı olacaktır. Sosyal öykü alınırken, doktor – hasta ilişkisinin toplumsal cinsiyet normlarının biçimlendiği koşullarda gerçekleşmekte olduğu ve toplumsal cinsiyete dayalı güç ilişkileri nedeniyle hastanın utanç ve güçsüzlük hissedebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (32). Bu güç ilişkilerini yeniden üreten, kadınlara etki ve söz hakkı imkanının tanınmadığı doktor-hasta ilişkisi tersine çevrilmelidir. Bunun için şekilde gösterilen güçlendirmeye yönelik süreçler takip edilip, güçsüzleştirmeyle sonuçlanan süreçlerden kaçınılabilir (Şekil 3). Sağlık çalışanları, toplumsal cinsiyet eşitsizliği konusunda eğitilmeli, ağrı yönetimi ve tedavi süreçlerindeki cinsiyet yanlılıklarıyla mücadele edebilmek için farkındalık programları geliştirilmelidir.

Kronik ağrının sebep olduğu sağlık harcamaları ve kronik ağrının iş yaşamı üzerindeki etkisi düşünüldüğünde sosyal öykü sırasında istihdam ve sigorta durumu mutlaka sorgulanmalıdır. Kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda şiddet öyküsü olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve sosyal öykü hasta uygun ve rahat hissettiğinde şiddet öyküsünü sorgulayacak şekilde genişletilmelidir.

Kronik ağrıyla yaşayan kadınların eşlik eden bir ruh sağlığı sorununun olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık çalışanları, hastalarıyla kronik ağrıları ve ruh sağlığı hakkında konuşmaya teşvik edilmeli, yani kronik ağrısı olan hastalarda ruh sağlığına ilişkin durumlar aktif bir şekilde taranmalıdır.

Kronik ağrısı olan hastalarda bilişsel davranışçı terapi ve kabul ve taahhüt terapisinin etkili olduğu gösterilmiştir (33). Ancak bu terapi biçimleri uygulanırken, ağrının duygusal, fiziksel ve sosyal



Şekil 3. Kronik Ağrı Deneyimleyen Kadınlar: Kontrol Duygusu ve Sağlık Çalışanlarıyla Karşılaşmalar (12)

özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Yine bireyin ağrıyla olan önceki deneyimi, tedaviyi etkileyebilmektedir. Kronik ağrıyla yaşayan kadınlarda uygulanabilecek bir diğer yöntem de güçlendirme terapisi. Güçlendirme terapisiyle kronik ağrısı olan kadınlara sağlık kurumlarında haklarını savunmak ve daha iyi bir tedavi ve

yaşam kalitesi talebiyle savunuculuk yapmak konusunda yardımcı olunabilir. Bunun dışında romantik ilişkilere ve aile ilişkilerine yönelik çift terapisi ve aile terapisinin de olumlu etkileri olabilir. Bu bölümde tartışılan toplumsal cinsiyet duyarlı ve dönüştürücü politika önerilerine dair örnekler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Kronik Ağrı Deneyimleyen Kadınlar İçin Cinsiyet Duyarlı Bir Sağlık Hizmetine Yönelik Politika Önerileri

Politika Önerileri		
1	Toplumsal Cinsiyet Duyarlı Sağlık Hizmetleri	Sağlık kurumları, toplumsal cinsiyet normlarına karşı duyarlılık göstererek, kadınların kronik ağrı şikayetlerini ciddiye almalı ve eşit ve etkili bir tedavi sunmalıdır.
2	Araştırma ve Veri Toplama	Kronik ağrı ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırma teşvik edilmeli, cinsiyet temelli veri toplama yöntemleri geliştirilmelidir.
3	Hasta Merkezli Bakım	Hasta odaklı bir bakım yaklaşımı benimsenmeli ve hastaların bireysel ihtiyaçları, tercihleri ve hedefleri göz önünde bulundurularak tedavi planları oluşturulmalıdır.
4	Eğitim ve Farkındalık	Sağlık çalışanları, toplumsal cinsiyet eşitsizliği konusunda eğitilmelidir. Ağrı yönetimi ve tedavi süreçlerindeki cinsiyet yanlılıklarıyla mücadele edebilmek için farkındalık programları geliştirilmelidir.
5	Ruh Sağlığı ile Bütünlük	Sağlık hizmetleri, kronik ağrı yaşayan kadınların ruh sağlığını da değerlendirmeli ve gerektiğinde bu alanla ilgili destek ve tedavi imkanları sunmalıdır.

Sonuç

Kronik ağrı, özellikle kadınların yaşadığı karmaşık bir durumdur ve bu durum, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu makalede, kronik ağrı deneyimlerindeki toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklere ve tedaviye erişimdeki engellere odaklanılarak, kadınların bu alandaki özel zorlukları ele alınmıştır. Kadınlar, sadece ağrılarına dair ifadeleriyle dahi ciddiye alınmakta güçlük yaşamakta ve bu durum, tedavi süreçlerinde zaman kaybına ve güçsüzlüğe neden olmaktadır.

Kronik ağrıyla başa çıkma stratejileri ve tedavi edici yaklaşımlar, bireylerin güçlenmesini destekleyerek, kadınların yaşadığı zorluklarla baş etmelerine yardımcı olabilir. Ancak, bu terapilerin uygulanmasında toplumsal cinsiyet normlarına ve bireyin deneyimine duyarlı olunması önemlidir. Sağlık hizmetlerinde, doktor-hasta ilişkilerinde ve tedavi süreçlerinde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklere karşı farkındalık artırılmalıdır. Kadınların kronik ağrılarına dair şikayetleri ciddiye alınmalı, sağlık profesyonelleri tarafından adil ve etkili bir tedavi süreci sunulmalıdır.

Sonuç olarak, kadınların kronik ağrı deneyimleri, bireylerin yaşam kalitesini arttırmak adına hem sağlık sistemi hem de toplum düzeyinde daha fazla farkındalık, anlayış ve eşitlik gerektirmektedir.

İletişim: İrem Şevik

E-Posta: iremsevik@gmail.com

Kaynaklar

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
2. Ellis B, Ly, M., Steinberger, S. Chronic pain in England: Unseen, unequal, unfair. *Versus Arthritis*. 2021;1-51
3. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001;89(2-3):175-80.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
5. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
6. NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. 2021.
7. Reinert M, Adams T, Fritze D, Nguyen T. Early, equitable and trauma responsive care for chronic pain. *Mental Health America*; 2020.
8. IASP. Definitions of chronic pain syndromes. MG30 Chronic pain. [Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>].
9. Eti Aslan F, Çınar, F. Prevalence of pain in adult population in Türkiye. *Agri*. 2023;35(2):83-95.
10. Paksoy Erbaydar N, Çilingiroğlu, N. Chronic pain and depression: A descriptive survey among adult primary health centre patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2010;40(5):707-14.
11. Public Health England. Chronic pain in adults 2017. *Health Survey for England*; 2020:1-41
12. Skuladottir H, Halldorsdottir S. Women in chronic pain: Sense of control and encounters with health professionals. *Qual Health Res*. 2008;18(7):891-901.
13. Vearrier L. A feminist perspective on gender justice in the treatment of chronic pain. *Archives of Medicine*. 2016;8(3):5.
14. Osborne NR, Davis KD. Sex and gender differences in pain. *Int Rev Neurobiol*. 2022;164:277-307.
15. Bimpong K, Thomson K, McNamara CL, Balaj M, Akhter N, Bamba C, et al. The gender pain gap: Gender inequalities in pain across 19 European countries. *Scand J Public Health*. 2022;50(2):287-94.
16. Jimenez-Trujillo I, Lopez-de-Andres A, Del Barrio JL, Hernandez-Barrera V, Valero-de-Bernabe M, Jimenez-Garcia R. Gender differences in the prevalence and characteristics of pain in Spain: Report from a population-based study. *Pain Med*. 2019;20(12):2349-59.
17. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Sağlık Araştırması, 2022. 2023.

18. Hill JC, Harrell, L.S. Women and chronic pain: Understanding the challenges and empowering for change. *Journal of Feminist Family Therapy: An International Forum*, 2020;32(3-4):243–62.
19. Pryma J. “Even my sister says I’m acting like a crazy to get a check”: Race, gender, and moral boundary-work in women’s claims of disabling chronic pain. *Soc Sci Med*. 2017;181:66-73.
20. Skuladottir H, Halldorsdottir S. The quest for well-being: Self-identified needs of women in chronic pain. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(1):81-91.
21. Moretti C, De Luca E, D’Apice C, Artioli G, Sarli L, Bonacaro A. Gender and sex bias in prevention and clinical treatment of women’s chronic pain: Hypotheses of a curriculum development. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1189126.
22. 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.
23. APA. How endometriosis, a common, painful condition many women face, can impact mental health 2022 [Available from: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/how-endometriosis-can-impact-mental-health>].
24. Grundstrom H, Alehagen S, Kjolhede P, Bertero C. The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):205-11.
25. APA. Chronic Pain and Mental Health Often Interconnected 2020 [Available from: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/chronic-pain-and-mental-health-interconnected#:~:text=People%20living%20with%20chronic%20pain,levels%20and%20contribute%20to%20depression>].
26. Johnston KJA, Huckins LM. Chronic pain and psychiatric conditions. *Complex Psychiatry*. 2023;9(1-4):24-43.
27. Gambadauro P, Carli V, Hadlaczky G. Depressive symptoms among women with endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(3):230-41.
28. Galvez-Sanchez CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:117-27.
29. Lambert SF. Fibromyalgia in women across the lifespan: A Family feminist therapy approach. *Journal of Feminist Family Therapy; An International Forum*, 2020;32(3-4):227–42
30. Arman M, Gebhardt A, Hok Nordberg J, Andermo S. Women’s lived experiences of chronic pain: Faces of gendered suffering. *Qual Health Res*. 2020;30(5):772-82.
31. Bao Y, Sturm R, Croghan TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatr Serv*. 2003;54(5):693-7.
32. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Soc Sci Med*. 2003;57(8):1409-19.
33. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *Am Psychol*. 2014;69(2):178-87.

Özet

Bu derlemede, çevresel etki değerlendirme (ÇED), stratejik çevresel değerlendirme (SÇD) ile sağlık etki değerlendirme (SED) arasındaki farklılıklar incelenerek, neden bazı durumlarda sağlık etkilerinin öncelikli olduğu ve SED'in çevresel politika oluşturma ve karar alma süreçlerinde nasıl daha etkili bir rol oynayabileceğini tartışmak amaçlanmıştır. ÇED, SÇD ve SED süreçlerinin tarihçesi, gelişimi ve olumlu-olumsuz olabilecek yönleri incelenmiştir. Bir politikanın, planın veya projenin potansiyel etkilerini değerlendirmek ve öngörmek için çeşitli etki değerlendirme modelleri kullanılabilir. ÇED planlanan bir faaliyetin, projenin çevre üzerindeki etkisinin değerlendirilme sürecidir. SÇD ise çevresel hususları politikalara, planlara ve programlara entegre etmeyi, ekonomik ve sosyal hususlarla olan bağlantıları değerlendirmeyi amaçlayan bir dizi analitik ve katılımcı yaklaşımdan oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), SED'yi "Bir politikanın, planın, programın veya projenin bir nüfusun sağlığı üzerindeki potansiyel etkileri ve bu etkilerin nüfus içindeki dağılımı açısından nasıl değerlendirilebileceğini belirleyen prosedürlerin, yöntemlerin ve araçların bir kombinasyonu" olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı şehir kavramı ve SED ise birbirini tamamlayan yaklaşımlardır. SED, şehir planlamasının sağlık etkilerini anlamak ve olumlu sağlık sonuçlarını teşvik etmek için kullanılabilir. ÇED veya SÇD yerine SED uygulanması, karar vericilerin ve paydaşların projelerin veya politikaların sağlık etkilerini de göz önünde bulundurarak daha bilinçli kararlar vermelerinde önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: halk sağlığı; çevre ve halk sağlığı; çevre sağlığı

Abstract

This review aims to examine the differences between Environmental Impact Assessment (EIA), Strategic Environmental Assessment (SEA), and Health Impact Assessment (HIA) to discuss why health impacts are sometimes prioritized and how HIA can play a more effective role in environmental policy-making and decision-making. The history, development, and positive and negative aspects of EIA, SEA, and HIA processes were analyzed. Various impact assessment models can be used to assess and predict the potential impacts of a policy, plan, or project. EIA is the process of assessing the impact of a planned activity or project on the environment. SEA consists of a series of analytical and participatory approaches that aim to integrate environmental considerations into policies, plans, and programs, and to assess linkages with economic and social considerations. The World Health Organization (WHO) defines HIA as "a combination of procedures, methods, and tools that determine how a policy, plan, program, or project can be assessed in terms of its potential impacts on the health of a population and the distribution of those impacts within the population." The concepts of healthy cities and HIA are complementary approaches. HIA can be used to understand the health impacts of urban planning and promote positive health outcomes. The application of HIA instead of EIA or SEA should be considered an important requirement for decision-makers and stakeholders to make more informed decisions by considering the health impacts of projects or policies.

Keywords: public health; environment and public health; environmental health; health impact assessment

¹ Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-0697-336X)

² Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0003-0090-5590)

1. Giriş

Bir politikanın, planın veya projenin potansiyel etkilerini değerlendirmek ve öngörmek için çevresel etki değerlendirmesi (ÇED), stratejik çevresel etki değerlendirmesi (SÇD), sağlık etki değerlendirmesi (SED), sosyal etki değerlendirmesi, cinsiyet etki değerlendirmesi, iklim değişikliği risk veya hassasiyet değerlendirmeleri, teknoloji değerlendirmeleri ve sürdürülebilirlik değerlendirmeleri gibi çeşitli etki değerlendirme modelleri kullanılabilir (1). Ancak, son yıllarda sağlık etkilerinin daha fazla vurgulanmasıyla birlikte, ÇED veya SÇD yerine SED yapılması tartışılmaktadır. Bu derlemede, ÇED, SÇD ve SED arasındaki farklılıklar incelenerek, neden bazı durumlarda sağlık etkilerinin öncelikli olduğu ve SED'in çevresel politika oluşturma ve karar alma süreçlerinde nasıl daha etkili bir rol oynayabileceği ele alınacaktır.

2. Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) Nedir?

Çevresel Etki Değerlendirmesi planlanan bir faaliyetin, projenin çevre üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanabilir (2). Bu değerlendirme yapılırken öncelikle projenin ÇED gereksinimi olup olmadığı saptanır, sonrasında ÇED raporunun içeriği ve kapsamı belirlenir. Son olarak izleme sürecinde ise ÇED raporundaki taahhütlerin yerine getirilip getirilmediği incelenir. Tüm bu süreç boyunca aslında ÇED'in amacı çevre ve insan sağlığını tehdit edecek faktörlerin öngörülüp önlenmesidir.

2.1. Çevresel Etki Değerlendirmesi'nin Tarihsel Gelişimi

Uluslararası düzeydeki çevre hukukunun ana unsuru olarak ÇED, Birleşmiş Milletler (BM) Konferansları'nda tartışılmış ve "İnsan Çevresi" (1972), "Çevre ve Kalkınma" (1992) ve "Sürdürülebilir Kalkınma" (2012) konularına odaklanılmıştır (1). ABD'de ise Ulusal Çevre Politikası Yasası (National Environmental Policy Act-NEPA) 1970 yılında yürürlüğe girip ÇED süreci zorunlu kılınmıştır (3). 1978'de "BM Çevre Alanında Devletlerin Rehberliği için Doğal Kaynakları Koruma ve Uyumlu Kullanımı Konusunda İlkeler Taslağı" ile devletler arasında paylaşılan doğal kaynaklarla ilgili faaliyetler için yapılacak ÇED'lerin önemi vurgulanmış ve 1987'de "BM Çevre Eylem Planı ve ÇED İlkeleri" ile bölgesel, ulusal ve uluslararası

düzeylede ÇED süreçlerini yönlendirmek için prensipler belirlenmiştir (1). Sonrasında birçok ülke, ÇED'i ulusal mevzuatına dahil etmiş, kalkınma süreçlerini iyileştirmek ve projelerin çevre üzerindeki etkileri hakkında kamuoyuna bilgi vermek için önemli bir araç haline getirmiştir (3). Rio Konferansı'nda (1992), ÇED uluslararası çevre hukukunun bir ilkesi haline gelmiş olup çevreye önemli olumsuz etkileri olabilecek faaliyetler için ÇED yapma yükümlülüğü getirilmesinin yanı sıra her bireye, toplumdaki faaliyetler de dahil olmak üzere kamu otoritelerinin elinde bulunan çevre ile ilgili bilgilere erişme ve karar alma süreçlerine katılma hakkı tanınmıştır (1).

2.2. Türkiye'deki ÇED Süreci

Çevresel Etki Değerlendirmesi'ne ilişkin ülkemizde yapılan ilk yasal düzenleme ise 11.08.1983'te yürürlüğe giren Çevre Kanunu'dur. 26.04.2006 tarihinde yapılmış olan değişiklik sonrası bu kanunun 10. maddesi: "Gerçekleştirmeyi planladıkları faaliyetleri sonucu çevre sorunlarına yol açabilecek kurum, kuruluş ve işletmeler, Çevresel Etki Değerlendirmesi Raporu veya proje tanıtım dosyası hazırlamakla yükümlüdürler. Çevresel Etki Değerlendirmesi Olumlu Kararı veya Çevresel Etki Değerlendirmesi Gerekli Değildir Kararı alınmadıkça bu projelerle ilgili onay, izin, teşvik, yapı ve kullanım ruhsatı verilemez; proje için yatırıma başlanamaz ve ihale edilemez." şeklindedir (4). 07.02.1993 tarihinde ise ilk ulusal ÇED Yönetmeliği yürürlüğe girmiş olup sonrasında mülga edilmiştir. 29.07.2022 tarihli yürürlükte olan son ÇED yönetmeliği ise ÇED sürecinde uyulacak idari ve teknik usul ve esasları düzenlemektedir (5).

3. Stratejik Çevresel Değerlendirme (SÇD) Nedir?

Stratejik Çevresel Değerlendirme (SÇD), çevresel hususları politikalara, planlara ve programlara entegre etmeyi ve ekonomik ve sosyal hususlarla olan bağlantıları değerlendirmeyi amaçlayan bir dizi analitik ve katılımcı yaklaşımdan oluşur (6).

3.1. Neden SÇD'ye İhtiyaç Duyuldu?

Çevresel Etki Değerlendirmesi'nin tanımlanmış olan temel sınırlamaları:

- Gelişim önerilerine tepki gösterirler, onları önceden tahmin etmezler, bu nedenle gelişimi çevresel açıdan hassas alanlardan uzaklaştırılmazlar;

- Proje sahibi tarafından finanse edilirler ve bu nedenle genellikle projeyi ve çevreyi değil, projeyi desteklerler;
- Çoğu zaman bir karar verildikten sonra gerçekleşirler ve bu nedenle planlanan yatırımın seyrini değiştirme olasılığı düşüktür (alternatiflerin gerçek değerlendirilmesi yoktur);
- Birden fazla projenin veya hatta bir projenin alt bileşenlerinin veya yardımcı gelişmelerin neden olduğu birikimli etkileri yeterince dikkate almazlar.

Bu sınırlamalar nedeniyle 1980'lerde SÇD kavramı, ÇED'lerin çoğunlukla proje düzeyinde gerçekleştirilmesi ve özellikle karar alma sürecinin daha üst düzey kamu politika kararlarını etkilemek için yeterli olmadığı fark

edilince ortaya çıkmıştır (1).

3.2 Türkiye'deki SÇD Süreci

Plan ve programların etkilerinin değerlendirilmesine yönelik olan SÇD, ülkemizde 2017 yılında yürürlüğe giren SÇD Yönetmeliği ile uygulanmaya başlamıştır. SÇD süreci; planlama dokümanı için SÇD uygulanıp uygulanmayacağına karar verilmesi, kapsam belirlenmesi, istişare toplantısı ve SÇD raporu hazırlanması, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından SÇD raporunun kalite kontrolünün yapılması, SÇD kararlarının ve bulgularının planlama dokümanına entegrasyonu, planlama dokümanının çevre ve sağlık üzerine etkilerinin yetkili kurum tarafından bütün uygulama süreci boyunca izlenmesini içermektedir (7).

Tablo 1. ÇED ve SÇD'nin insan, sağlık, çevre ve şehir kavramları bağlamında karşılaştırılması (5–10)

	ÇED	SÇD
İnsan	<ul style="list-style-type: none"> • Projenin etki alanında yaşayan insanlar olarak ele alınır. • İnsan sağlığı, yaşam kalitesi, refah düzeyi gibi konular değerlendirilir. • İnsanların çevresel değişikliklere karşı hassasiyeti, kırılganlığı ve uyum kapasiteleri incelenir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Politika, plan ve programların etkilediği toplumsal gruplar olarak ele alınır. • Farklı sosyo-ekonomik grupların, yaş ve cinsiyet gruplarının etkilenme düzeyleri değerlendirilir. • İnsanların refahı, yaşam kalitesi ve dayanıklılığı üzerindeki dolaylı etkiler incelenir.
Sağlık	<ul style="list-style-type: none"> • Halk sağlığı, proje kaynaklı kirlilik, fiziksel ve psikolojik etkilenme gibi konular mercek altına alınır. • Sağlık üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerin belirlenmesi önemlidir. • Sağlık hizmetlerine erişim, risk grupları gibi konular ele alınır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Politika, plan ve programların halk sağlığı üzerindeki dolaylı etkilerini değerlendirir. • Beslenme, fiziksel aktivite, bulaşıcı hastalıklar, ruh sağlığı gibi konular ele alınır. • Politika, plan ve programların sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri üzerindeki yansımaları incelenir.
Çevre	<ul style="list-style-type: none"> • Projenin çevre üzerindeki doğrudan etkileri (hava, su, toprak, biyoçeşitlilik vb.) incelenir. • Çevresel kaynakların kullanımı, doğal dengenin bozulması, ekosistem hizmetleri gibi konular değerlendirilir. • Çevresel etkilerin insan sağlığına yansımaları da değerlendirilir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Politika, plan ve programların çevre üzerindeki dolaylı etkilerini kapsar. • Ekosistem hizmetleri, biyoçeşitlilik, doğal kaynakların kullanımı gibi konular değerlendirilir. • Çevresel etkilerin insan sağlığı ve refahı üzerindeki yansımaları ele alınır.
Şehir	<ul style="list-style-type: none"> • Proje alanının kentsel/kırsal bağlamda değerlendirilmesi önemlidir. • Kentsel altyapı, arazi kullanımı, kentsel yaşam kalitesi gibi konular ele alınır. • Şehirleşmenin çevre ve sağlık üzerindeki etkileri de incelenir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kentsel planlama, ulaşım, altyapı gibi politika, plan ve programları kapsar. • Kentsel yaşam kalitesi, kentsel dönüşüm, arazi kullanımı gibi konular incelenir. • Kentleşmenin çevre ve sağlık üzerindeki dolaylı etkileri de değerlendirilir.

Çevresel Etki Değerlendirmesi ve SÇD'nin insan, sağlık, çevre ve şehir kavramları bağlamında karşılaştırılmasına Tablo 1'de yer verilmiştir.

4. Sağlık Etki Değerlendirmesi (SED) Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Sağlık Etki Değerlendirmesi'ni (SED) "Bir politikanın, planın, programın veya projenin bir nüfusun sağlığı üzerindeki potansiyel etkileri ve bu etkilerin nüfus içindeki dağılımı açısından nasıl değerlendirilebileceğini belirleyen prosedürlerin, yöntemlerin ve araçların bir kombinasyonu" olarak tanımlamıştır (11). SED, DSÖ'nün anayasasındaki "sadece hasta veya sakat olmama değil tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi olma durumu" olarak tanımlanan geniş bir sağlık tanımına dayandığı için sadece tehlikelerle ilişkilendirilen risk faktörlerini değil, aynı zamanda uygun faaliyetler dikkate alındığı durumlarda elde edilebilecek pozitif sağlık sonuçları ile ilişkilendirilen fırsatları da değerlendirmektedir (12). DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki Litvanya, Slovakya ve İspanya gibi birkaç ülke SED için yasal yükümlülük getirmiştir fakat SED'in uygulanması, kullanımı ve sonuçları, bölge genelinde büyük farklılıklar göstermektedir (13).

SED ve çevresel değerlendirmelerin DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki uygulanma durumu hakkında 2015 ve 2021 yıllarında yapılmış olan araştırmaların sonuçlarını sunan "DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Sağlık Etki Değerlendirmesi'nin ve Çevresel Değerlendirmelerde Sağlığın Uygulanması (Implementation of Health Impact Assessment and Health in Environmental Assessment Across the WHO European Region)" raporundan yola çıkarak SED'in güçlü ve zayıf yanları şu şekilde sıralanabilmektedir (12):

SED'in Güçlü Yönleri:

- SED, politika ve projelerin sağlık üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini tanımlamak ve azaltmak için etkili bir araç olarak kabul edilmektedir.
- Birçok ülke, SED'i yasal olarak zorunlu hale getirmiş ve uygulama kılavuzları yayınlamıştır.
- SED, paydaşların katılımını sağlayarak şeffaflığı ve hesap verilebilirliği artırmaktadır.
- SED, sağlık eşitsizliklerini ele alma potansiyeline sahiptir.

SED'in Zayıf Yönleri:

- SED'in uygulanması ve etkinliği ülkeler

arasında farklılık göstermektedir.

- Bazı ülkelerde SED'in yasal dayanağı ve uygulamada kullanılan yöntemler yeterli değildir.
- Sağlık otoriteleri, SED sürecine yeterince dahil edilmemektedir.
- SED sonuçlarının karar verme süreçlerine entegrasyonu ve izlenmesi sorunlu olabilmektedir.
- Uzman personel, veri ve finansman eksiklikleri uygulamayı zorlaştırmaktadır.

Aynı raporda bu alandaki çalışmalarını teşvik etmek için göz önünde bulundurulması gerekenler vurgulanmıştır (12):

- SED'lerin belirsizliği bir engel olarak ele alınmalıdır: Bu, ilgili ülkelerde geniş kapsamlı halk sağlığı vizyonu ile danışmayı içermelidir.
- Genel düzeyde etki değerlendirme hakkındaki bilgiyi artırmaya yardımcı olmak için bölgede dil tabanlı ülke grupları kurulabilir; benzer halk sağlığı sistemlerine sahip ülkeleri içeren başka ülke grupları da oluşturulabilir.
- SED'ler ve çevresel değerlendirmelerdeki sağlık değerlendirmeleri, kamu sağlığında konumlandırılmalı ve ülkelerdeki benzer mevcut uygulamalarla ilişkilendirilmelidir.
- Sağlık riski ölçme, değerlendirme ve epidemiyoloji ile çevresel değerlendirmelerdeki SED'ler veya sağlık değerlendirmeleri için hangi unsurların dahil olduğu net çizgiler çizilerek belirlenmelidir.
- Çevresel belirleyicilerin ötesindeki sağlığın daha geniş tanımı, daha bilinçli karar alma ve sağlık etkilerini tanımlama, önleme, azaltma ve yönetme fırsatlarını iyileştirmek için dikkate alınmalıdır.
- Avrupa'da periyodik SED veya sağlık değerlendirme konferansları canlandırılmalı, araştırma, uygulama, politika ve eğitim odaklı deneyim paylaşımı için önemli bir iletişim aracı olarak desteklenmelidir.

4.1. Türkiye'de SED

DSÖ tarafından sağlıklı şehir ilan edilen Aydın'da, Aydın Sağlıklı Şehir Koordinatörü Dr. Devrim Gülgün ve Prof. Dr. E. Didem Evci Kiraz tarafından 2004 yılında Türkiye'de SED çalışmaları başlatılmıştır ve "Aydın Belediyesi, Katı ve Tıbbi Atık Düzenli Depolama Tesisi Yapımı İş Sağlığı Etki Değerlendirmesi Örnek Kuramsal Yaklaşım" çalışması ile 2006 yılında Aydın'da

düzenlenen Sağlıklı Kentler Birliği'nin 2. Yıl Konferansı'nda Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Sağlıklı Şehirler En İyi Uygulama Ödülü'ne layık görülmüştür (14).

Türkiye, 2005 yılında Avrupa Komisyonu Yeni Halk Sağlığı Programı çerçevesinde Gabriel Gulis yürütücülüğünde, "Yeni Üye Ülkeler ve Geçiş Sürecindeki Ülkelerde Sağlık Etki Değerlendirmesi Projesi"nde, Gazi Üniversitesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi tarafından yürütülen "Turizm ve Rekreatif Sulara ait Politikalarda Sağlık Etki Değerlendirmesi" iş paketi lideri olarak yer almıştır (14). Türkiye'de ilk SED eğitimleri 2005 yılında, Gazi Üniversitesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi iş birliği ile başlatılmıştır. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği tarafından, 2006 yılında, "Yeni Başlayanlar için SED Eğitimi" düzenlenmiştir.

Zhan ve arkadaşlarının 2023 yılında yayınlamış oldukları çalışmada SED'in uygulanmasına ilişkin literatür incelemesi yapılmış ve Kazakistan Cumhuriyeti'ndeki yönetim sistemleri incelenip SED'in Kazakistan Cumhuriyeti'nde uygulanabilmesi için Ulusal Sağlık Geliştirme Bilimsel Merkezi altında SED uygulanmasına rehberlik etmek üzere SED destek birimi kurulması önerilmiştir (15). SED süreçlerine yönelik henüz yasal bir düzenleme bulunmayan ülkemizde de benzer çalışmalarla yasal zemine hazırlık yapılabilir.

4.2. SED Sürecinde Sağlık Okuryazarlığının Rolü Nedir?

DSÖ sağlık okuryazarlığını, "bireylerin sağlıklarını teşvik etmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, anlama ve kullanma konusundaki motivasyon ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak tanımlamaktadır (15). Bir toplumun sağlık okuryazarlığının iyi olması;

- SED sürecinde sağlık hakkındaki bilgileri anlamasını kolaylaştırabilir,
- Sürecin sağlık risklerini ve olası faydalarını anlamasını sağlayabilir,
- Toplumun politika ve planlama süreçlerine katılımını artırabilir,
- Alınan kararların sağlık açısından etkilerini kavramayı ve bu etkileri değerlendirmeyi kolaylaştırabilir.

4.3. Sağlıklı Şehir Kavramı ve SED

1986 yılında, Avrupa'da Herkes için Sağlık

stratejisini yerelleştirme hedefiyle DSÖ tarafından "Sağlıklı Şehirler Projesi" başlatılmıştır (17). Bu projede sağlığı destekleyen bir ortam yaratmak, iyi bir yaşam kalitesine ulaşmak, temel sanitasyon ve hijyen ihtiyaçlarını sağlamak, sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak sağlıklı bir şehrin amaçları olarak belirtilmiştir (18). Bu projenin şimdiye kadar olan 7 dönemi ve vurgulanan temaları (19):

1. Dönem (1987-1992): Sağlıklı şehir kavramının geliştirilmesi
2. Dönem (1993-1997): Sağlıklı halk politikaları geliştirerek eşitlik ve sürdürülebilir kalkınmaya odaklanan kapsamlı şehir sağlığı planları yapılması
3. Dönem (1998-2002): Sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanılması
4. Dönem (2003-2007): Sağlıklı yaşlanma
5. Dönem (2009-2013): Duyarlı ve destekleyici ortamlar, sağlıklı yaşam ve sağlıklı kentsel tasarım
6. Dönem (2014-2018): Erken çocuk gelişimi, yaşlanma ve kırılabilirlik, fiziksel hareketsizlik, obezite, tütün, alkol ve zihinsel sağlık sorunları gibi önemli halk sağlığı sorunlarıyla mücadele; insan merkezli sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve dayanıklı toplulukları teşvik etme
7. Dönem (2019-2025): Yerel yönetimlerin Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımları yoluyla sağlık ve refahın geliştirilmesi

Sağlıklı Şehirler Projesi kapsamında 1980'ler ve 1990'larda SED daha dolaylı olarak ele alınmış, sağlığın çevresel ve fiziksel belirleyicilerine odaklanmıştır. SED, 1990'lardan sonra ise daha önemli hale gelmiştir. Bu dönemde, sağlığın sosyal, ekonomik ve kültürel belirleyicileri daha fazla vurgulanmaya başlanmıştır. SED, projelerin odak alanlarından biri haline gelmiştir. 2000'lerden günümüze ise Sağlıklı Şehirler Projesi'nin temel hedeflerinden biri olan sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve tüm grupların sağlığını iyileştirmek bağlamında SED verileri ve analizleri proje uygulamalarında ve politika geliştirmede kritik rol oynamaktadır.

DSÖ'nün tanımlamış olduğu sağlıklı şehir kriterleri ise (20):

1. Temiz, güvenli, yüksek kalitede fiziksel çevre
2. Dengeli ve sürdürülebilir bir ekosistem
3. Güçlü, dayanışma içinde, başarılı bir toplum

4. Kendi hayatı, sağlığı ve refahını etkileyen kararlara katılımı ve bu kararlar üzerinde etkisi
5. Şehirde yaşayanların hepsinin temel ihtiyaçlarının karşılanması (Gıda, su, barınma, gelir, güvenlik, iş vb.)
6. Çeşitli iletişim, etkileşim ve bağlantıları kullanarak var olan tüm deneyim ve kaynaklara ulaşma
7. Farklı, yaşam için gerekli olan ve yenilikçi şehir ekonomisi
8. Kültürel, tarihi ve biyolojik geçmişine ve mirasına sahip çıkan vatandaşlar
9. Önceden sahip olduğu özellikleri ile uyumlu ve onları geliştirme kapasitesine sahip bir yapı
10. Herkes tarafından ulaşılabilen ve yeterli düzeyde halk sağlığı ve bakım hizmeti
11. Yüksek sağlık düzeyi

Dünya çapında DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı üyesi olan yaklaşık 1.400 belediye, tanımlanan bu 11 kritere ulaşmayı hedeflemektedir (13).

Sağlıklı Şehirler Projesi'nin ülkemizde gelişebilmesi, benimsenmesi, uygulanabilmesi amacıyla 10 kurucu belediyenin girişimiyle (Bursa, Yalova, Van, Kadıköy, Afyonkarahisar, Tepebaşı, Çankaya, Ürgüp, Ordu, Kırıkkale) 2 Aralık 2004 tarih ve 2004/8226 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu kapsamında Sağlıklı Kentler Birliği kurulmuştur (21). Birliğe 151 belediye üyedir. Sağlıklı Kentler Birliği, "Sürdürülebilir Kalkınma" ve "Sürdürülebilir Şehirler Oluşturmak" sloganıyla kent sağlığını ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eğitimler, çalıştaylar, sempozyumlar, konferanslar, uluslararası kongreler, yarışmalar, ödül törenleri ve farkındalık çalışmaları düzenleyerek üye belediyeleri bir araya getirmiştir (21).

Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Programı (UN-HABITAT) 2050 yılına kadar dünya nüfusunun yaklaşık %70'inin şehirlerde yaşayacağını ve düşük ve orta gelirli ülkelerde orantısız kentsel büyümenin yaşanacağını öngörmektedir (22). Günümüz şehirleri birer sindirim sistemine benzetecek olursa yaşanan orantısız kentsel büyüme ile sindirme kapasitesini aşan şehirler bir tür rahatsızlıkla karşılaşp adeta kusmaktadır. Tıpkı insan vücudu gibi, şehirlerin de fazla yüklenmeye dayanacak bir sınırı vardır ve bu sınır aşıldığında, altyapı zorlanmakta, hizmetler yetersiz kalmakta ve

yaşam kalitesi düşmektedir. Şehirlerin sağlığı için önemli olan dengeyi korumak ve sürdürülebilir büyümeyi sağlamaktır. Aksi halde, aşırı yüklenme, şehirlerin hastalanmasına ve işlevlerini yerine getirememesine sebep olabilir. Bu duruma halk sağlığı gözlüklerimizle bakacak olursak şehir sağlığını koruyup bu sınırı aşmamak için öncelikle sağlıklı bir şehir planlamasına, koruyucu sağlık politikalarına ve erken tanı önlemlerini almaya ihtiyacımız vardır. Sağlıklı şehir planlaması; yeşil alanların korunması, temiz su temini, atık yönetimi, hava kalitesinin iyileştirilmesi ve fiziksel aktivite imkanlarının sağlanması gibi unsurları içermektedir. Koruyucu sağlık politikaları oluşturulurken şehrin demografik yapısı, çevresel koşulları, sağlık hizmetlerine erişim durumu ve sosyoekonomik faktörler gibi çeşitli unsurlar dikkate alınmalı ve çok paydaşlı bir yaklaşımla sağlık politikalarının uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği göz önünde bulundurulmalıdır. Şehirlerde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, sağlık taramalarının düzenlenmesi ve toplum sağlığı programlarının yürütülmesi, erken tanı ve müdahale süreçlerini destekleyebilmektedir.

Sağlıklı şehir kavramı ve SED birbirini tamamlayan yaklaşımlardır. SED, şehir planlamasının sağlık etkilerini anlamak ve olumlu sağlık sonuçlarını teşvik etmek için kullanılabilir, böylece SED ışığında sağlıklı şehirlerin gelişmesi sağlanabilir.

Çevresel politika oluşturma ve karar alma süreçlerinde sağlık etkilerinin öncelikli olarak ele alınması sürecinde SED, daha etkili bir rol oynamak için multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek, sağlık etkilerini daha kapsamlı bir şekilde değerlendirebilir ve politika yapıcılara daha net bilgiler sunabilir. Ayrıca, SED'in erken aşamalardan itibaren karar alma süreçlerine entegre edilmesi ve etkili iletişim stratejileriyle desteklenmesi, çevresel politikaların daha sağlıklı ve sürdürülebilir olmasına katkı sağlayabilir. Sonuç olarak, bu bağlamda, SED'in daha geniş çapta kabul görmesi ve kullanılması, insan sağlığının korunmasına yönelik önemli adımlar atılmasına yardımcı olabilir.

5. Sonuç

Bu çalışma, ÇED, SÇD ve SED süreçlerinin önemini vurgulamakta ve bu süreçlerin birbirleriyle olan ilişkilerini derinlemesine incelemektedir. ÇED, belirli projelerin çevresel etkilerini değerlendirirken, SÇD, daha geniş

Tablo 2. ÇED, SÇD ve SED'in kapsam, sağlık, çevre sağlığı, değerlendirme ölçeği ve karar verme süreci bağlamında karşılaştırılması (6–8,14,23,24)

Özellik	ÇED	SÇD	SED
Kapsam	Belirli bir projenin çevresel etkilerini değerlendirir.	Politika, plan ve programların çevresel etkilerini değerlendirir.	Politikaların, planların, programların ve projelerin halk sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirir.
Sağlık	Çevresel etkilerin sağlık üzerindeki dolaylı etkilerini değerlendirir.	Çevresel etkilerin sağlık üzerindeki potansiyel etkilerini değerlendirir.	Çevresel etkilerin doğrudan sağlık etkilerini değerlendirir.
Çevre Sağlığı	Projenin çevre üzerindeki etkilerini değerlendirir (örneğin, ekosistem bozulması, habitatların kaybı, biyoçeşitliliğin azalması vb.).	Politika, plan ve programların çevre üzerindeki dolaylı etkilerini de ele alır (örneğin, sanayileşme, kentleşme ve ulaşım politikalarının hava, su, toprak ve biyoçeşitlilik üzerindeki etkileri).	Politika, plan, program ve projelerin çevre sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirir (örneğin, çevresel faktörlerin hastalıklar üzerindeki etkisi, hava ve su kalitesi gibi konular).
Değerlendirme Ölçeği	Proje ölçeğinde	Politika, plan ve program ölçeğinde	Politika, plan, program ve proje ölçeğinde
Karar Verme Süreci	Projenin onaylanması veya reddedilmesi kararını sağlar.	Politika, plan ve programların geliştirilmesi ve uygulanması sürecine girdi sağlar.	Politika, plan, program ve projelerin sağlık etkilerini göz önünde bulundurarak önerilerde bulunulmasını sağlar.

politikalar ve planların çevresel etkilerini ele alır. SED ise, sağlık politikalarının ve uygulamalarının halk sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyerek, bu süreçlere sağlık boyutunu entegre etmeyi amaçlar. Her bir değerlendirme yöntemi, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynamakta ve farklı bakış açıları sunmaktadır. Bu bağlamda, ÇED, SÇD ve SED'in kapsam, sağlık, çevre sağlığı, değerlendirme ölçeği ve karar verme süreci açısından nasıl farklılaştığını ve birbirlerini nasıl tamamladığını anlamak, daha etkin ve bütüncül bir değerlendirme süreci oluşturmak için büyük önem taşımaktadır. Bu üç yöntemin karşılaştırmasına Tablo 2'de yer verilmiştir.

SED bir bireyin, toplumun, yaşam ortamının, şehrin, bölgenin ve ülkenin hayat döngüsü değişmeden önce uygulanması gereken "en üst karar verme aracı" dır. Politika, plan, program, proje, yatırım vb. öncesi merkezde insan ve etrafında tüm ilişkili çevreleri (+) ve (-) yönleriyle değerlendirme şansı verir. Karar verici tek başına olmadığını hisseder ve yanılma paylarını

rahatlıkla görür, düzeltme olanaklarını araştırma süreci kazanır. Toplum, karar vericiye karar verme sürecinde deneyimleri, profesyonel bakış açısı ve tüm duygu, düşünce, yargı, eleştiri özellikleriyle katkı sunar. Geri dönülmez kararlar almaktansa SED ile geleceği yapılandırmak önemlidir.

ÇED veya SÇD yerine SED uygulanması, karar vericilerin ve paydaşların projelerin veya politikaların sağlık etkilerini de göz önünde bulundurarak daha bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olabilir. SED uygulanması, öngörülemez çok sayıda engel ve sonucun hesaba katılarak daha net bir vizyon oluşmasına katkı verebilir. Böylelikle toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi yönünde daha kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım benimsenebilir. Bu nedenle, planlama ve karar verme süreçlerinde SED'in dikkate alınması önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmelidir.

İletişim: Kübra Ecem Turgutkaya
E-Posta: kturgutkaya@adu.edu.tr

Kaynaklar

1. Bieberstein KR von, United Nations Environment Programme. Assessing environmental impacts: A global review of legislation. 2018. 125 p. Available at: <https://www.unep.org/resources/assessment/assessing-environmental-impacts-global-review-legislation> Accessed January 03,2025
2. United Nations. United Nations: Convention on Environmental Impact Assessment in a transboundary context. *Int Leg Mater.* 1991;30(3):800–19. Available at: https://unece.org/fileadmin/DAM/env/eia/documents/legaltexts/Espoo_Convention_authentic_ENG.pdf Accessed January 03,2025
3. Morgan RK. Environmental Impact Assessment: The state of the art. *Impact Assess Proj Apprais.* 2012;30(1):5–14.
4. Çevre Kanunu. 1983. *Resmi Gazete*; 18132. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2872&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Accessed January 03,2025
5. Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliği. 2022. *Resmi Gazete*; 31907. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39647&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Accessed January 03,2025
6. OECD. Applying Strategic Environmental Assessment: Good practice guidance for development co-operation. DAC Guidelines and Reference Series. Paris: OECD Publishing; 2006. Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264026582-en>. Accessed January 03,2025
7. Stratejik Çevresel Değerlendirme Yönetmeliği. 2017. *Resmi Gazete*; 30032. Available at: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23492&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Accessed January 03,2025
8. Çevre ve Orman Bakanlığı. Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) el kitabı. Ankara: Çevre ve Orman Bakanlığı; 2009.
9. Merkezi Finans ve İhale Birimi. Stratejik Çevresel Değerlendirme Yönetmeliğinin Uygulanması Teknik Yardım Projesi: Su Yönetimi Sektörü SÇD Rehberi. 2016. Available at: https://webdosya.csb.gov.tr/db/scd/menu/sea-guideline_regional-development_tr_20181108035620.pdf Accessed January 03,2025
10. Yaş H. Türkiye’de çevresel etki değerlendirme- si ve stratejik çevresel değerlendirme uygulaması üzerine genel bir değerlendirme. *Kent Akad.* 2018;11(1):29–43.
11. World Health Organization. Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. 1999. Available at: <https://hiap.goeg.at/sites/hiap.goeg.at/files/201910/Gothenburg%20Consensus%20Paper.pdf> Accessed January 03,2025
12. World Health Organization. Implementation of Health Impact Assessment and health in Environmental Assessment across the WHO European Region. 2023. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/368238/WHO-EURO-2023-7370-47136-68982-eng.pdf?sequence=1> Accessed January 03,2025
13. World Health Organization. WHO European Healthy Cities Network [internet]. Available at: <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network> Accessed January 03,2025
14. Evci Kiraz DE. Sağlık Etki Değerlendirmesi. *J Biotechnol Strateg Heal Res.* 2018;2(2):82–6.
15. Kalel ZS, Gulis G, Aringazina AM. Implementation of Health Impact Assessment in the Healthcare System of the Republic of Kazakhstan. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023;20:2335.
16. World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998;13(4):349–64. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1 Accessed January 03,2025
17. Ziafati Bafarasat A, Sharifi A. How to achieve a healthy city: A scoping review with ten city examples. *J Urban Heal.* 2023;120:40.
18. World Health Organization. Creating healthy cities [internet]. Available at: <https://www.who.int/activities/creating-healthy-cities> Accessed January 03,2025
19. World Health Organization. Phases of the network [internet]. Available at: <https://www.who.int/europe/phases-of-the-network> Accessed January 03,2025
20. Tsouros AD. World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement: rReview of progress 1987 to 1990. World Health Organization; 1992. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/345408> Accessed January 03,2025
21. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Birlik Hakkında

- [internet]. Available at: <https://www.skb.gov.tr/birlik-hakkinda/birlik-hakkinda/> Accessed January 03,2025
22. World Health Organization. Urban governance for health and well-being [internet]. Available at: <https://www.who.int/initiatives/urban-governance-for-health-and-well-being> Accessed January 03,2025
23. World Health Organization. First global conference on health promotion [internet]. Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> Accessed January 03,2025
24. T.C. Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık Türkiye'nin hedefleri ve stratejileri. Ankara: Barok Matbaacılık; 2001.

Pınar Soyler¹, Fatma Özlem Öztürk², Mahsa Tamaddon³

DOI: 10.17942/sted.1587913

Geliş/Received: 19.11.2024

Kabul/Accepted: 17.03.2025

Özet

Tedavi sadakati, bir deneysel araştırmadaki müdahalenin, araştırmanın başından sonuçlandırılmasına kadar planlandığı gibi uygulanmasını ifade etmektedir. Başka bir deyişle planlanan yonteme bağlılık ve sadık kalmayı içermektedir. Çalışma sonuçlarının müdahale veya tedavinin etkilerini doğru bir şekilde yansıtmaları için tedavi sadakati kritik bir öneme sahiptir. Tedavi sadakatının üç boyutu (İçerik, Nicelik ve Süreç) ve dört bileşeni (Uyum, Dozaj, Maruziyet ve Kalite) bulunmaktadır. İçerik boyutu bileşeni "uyum" müdahale adımlarının planlandığı gibi uygulanma derecesini ifade etmektedir. Nicelik boyutunun iki ilişkili bileşeni vardır: Bunlardan ilki dozaj, diğeri maruziyet olarak belirtilmektedir. Dozaj, bir müdahalenin sunulduğu sıklık ve süredir. Maruziyet, bir alıcının müdahaleyi aldığı sıklık ve süredir. Süreç boyutunun bileşeni ise kalite olarak da adlandırılmakta ve müdahale adımlarının ne kadar iyi uygulandığını kastetmektedir. Bu dört bileşenin araştırmada değerlendirilmesi, elde edilen verilerin doğru bir şekilde yorumlanmasına ve araştırmanın tekrarlanabilirlik olasılığını artırılmasına katkı sağlayacaktır. Bu derleme uluslararası literatürde "treatment fidelity" olarak bilinen "tedavi sadakati" kavramını ulusal literatüre kazandırmak ve ülkemizdeki araştırmacıların deneysel çalışmalarda "tedavi sadakati"ni değerlendirmesini teşvik etmek amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Sözcükler: deneysel dizayn; deneysel tedaviler, sağlık; sağlık hizmeti araştırmaları; tedavi

Abstract

Treatment fidelity refers to the implementation of an intervention in an experimental study as originally planned from the beginning to the conclusion of the research. In other words, it involves adherence to and consistency with the intended method. Treatment fidelity is critical to ensuring that study results accurately reflect the effects of the intervention or treatment. Treatment fidelity encompasses three dimensions (Content, Quantity, and Process) and four components (Adherence, Dosage, Exposure, and Quality). The content dimension component "compliance" refers to the degree to which the intervention steps are implemented as planned. The quantity dimension is associated with two components: dosage and exposure. Dosage refers to the frequency and duration of an intervention's delivery, while exposure indicates the frequency and duration with which a recipient engages with the intervention. The process dimension is represented by the component "quality," which refers to how well the intervention steps are implemented. Evaluating these four components in research contributes to the accurate interpretation of the data obtained and enhances the likelihood of the study's replicability. This review was written to introduce the concept of "treatment fidelity," known in international literature, into the national literature and to encourage researchers in our country to evaluate "treatment fidelity" in experimental studies.

Keywords: experimental design; experimental therapies; health; health care surveys; therapy

¹ Doç. Dr., Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-1565-2100)

² Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-1942-6637)

³ Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-8269-4760)

Giriş

Uluslararası literatürde "Treatment Fidelity" olarak kullanılan bu kavram, anlamı göz önünde bulundurularak Türkçeye çevrilmiş ve bu makalede "Tedavi Sadakati" olarak ele alınmıştır. Tedavi sadakatindeki "Tedavi" kelimesi, sadece tıbbi tedaviyi değil deneysel çalışmalarda müdahaleyi işaret etmektedir (1). Tedavi sadakati kavramı, bir müdahalenin planlandığı gibi uygulanıp uygulanmadığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (2). Tedavi sadakati bir araştırmadaki tedavinin doğru, tutarlı ve güvenilir bir şekilde yürütülmesini sağlamak anlamına gelmektedir (3). Bu kavram, davranışsal müdahalelerin güvenilirliğini ve geçerliliğini izlemek ve geliştirmek için kullanılan metodolojik stratejileri ifade etmektedir. Özellikle klinik araştırmalarda, çalışmayı tasarlayan araştırmacılar tarafından bir müdahale veya tedavinin uygulama parametrelerine ne ölçüde bağlı kalındığını ele almaktadır (4-6).

Tedavi sadakatinin değerlendirilmesinin deneysel çalışmalarda önemine rağmen birçok çalışmada bu kavramın ele alınmadığı görülmektedir (2,7,8). Tedavi sadakatini geliştirmenin genel amacı, bağımlı değişkendirdeki değişikliklerin bağımsız değişkene atfedilebileceğine dair bilimsel güveni artırmaktır (9). Bu kavramın tarihsel gelişimi-inceleildiğinde, 20. yüzyıl ortalarından itibaren özellikle davranışsal müdahaleler ve klinik araştırmalarda önem kazanmaya başladığı görülmektedir. Skinner'ın 1950'lerdeki davranışsal analiz çalışmaları, klinik müdahalelerin tutarlı ve doğru uygulanmasının sonuçlar üzerindeki etkisini vurgulayan ilk çalışmalardan biridir (10). Daha sonra 1960'larda, yapılandırılmış tedavi protokollerinin geliştirildiği dönemde, bu kavramın önemi belirginleşmiştir. Özellikle Gresham ve Noell'in 1993 yılında yaptığı çalışmalarda tedavi sadakati, müdahale etkinliğinin bir göstergesi olarak ele alınmıştır (10,11).

Uluslararası literatürde deneysel çalışmalarda tedavi sadakati raporlamalarına rastlamak mümkündür. Ancak ulusal literatürdeki sağlık alanındaki deneysel çalışmalarda tedavi sadakati raporlamasına rastlanmamıştır. Bu derleme uluslararası literatürde geçen "treatment fidelity" kavramını ulusal literatüre kazandırmak ve ülkemizdeki araştırmacıların deneysel çalışmalarda "tedavi sadakati"ni değerlendirilmesini teşvik etmek amacıyla yazılmıştır.

Tedavi Sadakatinin Önemi

Tedavi sadakati, bir araştırmadaki müdahalenin tutarlı ve güvenilir bir şekilde yürütülmesine olanak sağladığından, sonuçlar hasta bakımını ve bakımın kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (3). Tedavi sadakati, araştırmada yeterli bir şekilde değerlendirildiğinde elde edilen verilerin doğru bir şekilde yorumlanmasını sağlama ve araştırmanın tekrarlanabilirlik olasılığını artırma fırsatı sunmaktadır (12). Deneysel araştırmalarda müdahale kriterlerine sadık kalarak hareket edildiğinde, uygulama süreci esnasında herhangi bir ekleme veya çıkarma yapılmadan beklenen etkilerin doğru bir şekilde yansıtılması esastır. Tedavi sadakatinin dikkatli bir şekilde ele alınması; araştırma bulgularını açıklamaya, gelecekteki testler için müdahaleleri gözden geçirmeye, rastgele ve istenmeyen değişkenliği azaltmaya, istatistiksel gücü ve etki boyutunu artırmaya yardımcı olur (9). Tedavi sadakatinin değerlendirilmesi, bir müdahalenin bağımlı değişkenler üzerindeki etkileri hakkında geçerli sonuçlar çıkarmak için önemlidir (13). Tedavi sadakati, araştırmanın hem iç geçerliliğini (tedavinin amaçlandığı gibi sunulması) hem de dış geçerliliğini (tedavinin tekrarlanabilir ve uygulanabilir olması) artırır (14). Bir tedavi sadakati planının uygulanması fazladan personel, zaman ve maliyet gerektirebilir. Ancak, tedavi sadakatine dikkat edilmemesinin ekonomik ve bilimsel maliyetlerinin, tedavi sadakati uygulamasının maliyetlerinden çok daha fazla olacağı ifade edilmektedir (14,15).

Tedavi sadakati, bir araştırmada iki ya da daha fazla müdahale uygulanıyorsa müdahalelerin etkisinin güvenilir bir şekilde incelenmesini ve karşılaştırılmasını da sağlamaktadır. Böylece uygulanan yaklaşımın doğru bir şekilde sunulmasını ve incelenmesini sağlayarak potansiyel hatalı sonuçları önlemeyi desteklemektedir (16,17). Örneğin, bir klinik araştırmada geleneksel yöntem (A) ile yeni yaklaşımı (B) karşılaştıran ve yeni yaklaşımın belirli değişkenler üzerinde geleneksel yöntemden etkili olacağı hipotezi test edilecektir. B'nin kötü uygulanması (araştırmacılar bazı temel bileşenleri uygulamaz veya göz ardı ederse) durumunda her iki yöntem arasında net bir fark olmayabilir. Bu durum B yönteminin beklenildiği kadar etkili bir yöntem olmamasından, B yönteminin yetersiz uygulanmış olmasından kaynaklıdır

olabilir. Araştırmada tedavi sadakati ölçülmediği sürece yöntemin az etkili olması veya doğru uygulanmamış olmasını tespit etmek imkânsızdır. Ancak, başka araştırmacılar tarafından araştırma tekrarlandığında ve bu kez B'nin tedavi sadakatine yüksek düzeyde uyulursa B yönteminin A'dan daha etkili olduğuna dair güçlü sonuçlar elde edilebilir. Sonuç olarak iki şekilde de birbirine zıt sonuçlar elde edilmekte ve bu durum yeni yaklaşımın (B) etkililiği hakkında bir sonuca varılmasını ve bu çelişkili sonucun klinisyenlere aktarılmasını zorlaştırmaktadır (4).

Tedavi sadakati araştırmacılar tarafından değerlendirilmez ve raporlanmaz ise veya tedavi sadakatinin düşük olduğu tespit edilirse müdahale çalışmalarından elde edilen bulguların yorumlanması güçleşir (13). Ayrıca tedavi sadakati değerlendirilmediğinde, Tip III hata yapıldığı belirtilmektedir. Tip III hata, çalışmanın sonuçlarının planlanan tedaviye mi yoksa gerçekte uygulanan tedaviye mi atfedildiğinin bilinmesinin mümkün olmadığı durumu ifade eder (3). Yani tedavi sadakati değerlendirilmediğinde; araştırmacıların tedaviye uygun hareket edip etmediği bilinmediği için çalışmanın sonuçlarının tedavinin etkinliğinden mi, yoksa uygulama sürecindeki sapmalardan mı kaynaklandığını anlamak zorlaşır. Bu durumda araştırma bulguları yanıltıcı olabilir çünkü elde edilen etkiler, tedavi protokolüne tam olarak uyulup uyulmadığına bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Sonuç olarak, tedavi sadakati dikkate alınmadığında, bulguların geçerliliği ve güvenilirliği sorgulanabilir hale gelmektedir. Bir araştırmacının deneysel bir çalışmada tedavinin ya da müdahalenin aşamalarına bağlı bir şekilde uygulaması, müdahalenin etkisinin açıkça ortaya konulmasında önem taşımaktadır (18,19).

Tedavi Sadakatinin Boyutları

Tedavi sadakatine ilişkin anlayış geliştikçe yeni kavramsal modeller ve veriler bunun karmaşık ve çok boyutlu bir yapı olduğunu ileri sürmektedir (20). Tedavi sadakati boyutlarını beş boyutlu olarak (Tasarım, Eğitim, Tedavi Sunumu, Tedavinin Alınması ve Tedavinin Uygulanması) bildiren kaynaklar bulunmaktadır (15). Ancak bu makalede güncel kaynakta belirtildiği gibi üç boyutlu (İçerik, Nicelik ve Süreç) ve dört bileşenli (Uyum, Dozaj, Maruziyet ve Kalite) olarak incelenmiştir (13). Tedavi sadakatinin

içerik, nicelik ve süreçle ilgili bileşenleri bulunmaktadır (Tablo 1). İçerik boyutu bileşeni "uyum" olarak adlandırılmakta ve müdahale adımlarının planlandığı gibi uygulanma derecesini ifade etmektedir. Nicelik boyutunun ise iki ilişkili bileşeni vardır: Bunlardan ilki dozaj, diğeri maruziyet olarak belirtilmektedir. Dozaj, bir müdahalenin sunulduğu sıklık ve süredir. Maruziyet, bir alıcının müdahaleyi aldığı sıklık ve süredir. Süreç boyutunun bileşeni ise kalite olarak da adlandırılmakta ve müdahale adımlarının ne kadar iyi uygulandığını kastetmektedir. Bu dört bileşenin her biri müdahale uygulaması hakkında benzersiz bilgiler sağlar ve birden fazla bileşenin dikkate alınması, tedavi sadakatinin yeterliliği hakkında çok yönlü değerlendirme yapılmasına katkı sağlamaktadır (13).

Uyum bileşeni; hem bir müdahalenin her gün ne ölçüde uygulandığı (genellikle uygulanan müdahale adımlarının yüzdesi olarak ölçülür) hem de her müdahale adımının zaman içinde ne kadar tutarlı bir şekilde uygulandığı (genellikle bir adımın uygulandığı günlerin yüzdesi olarak ölçülür) hakkında bilgi sağlar. Bu iki tür uyum, müdahaleyi uygulayan kişinin tutarlı bir şekilde yeterli günlük uyum gösterirken (örneğin, müdahale adımlarının %90'ını günlük olarak yapar) müdahalenin belirli bir ögesini uygulamada ise tutarlı bir şekilde uyum göstermeyeceğine (örneğin, uygulama günlerinin hiçbirinde net talimatlar sağlanmaması) yönelik önemli bilgiler sağlar. Uyum, genellikle tedavi sadakatinin temel bir bileşeni olarak kabul edilir, çünkü müdahale aşamaları uygulanmaz ise, diğer bileşenler daha az önemli, hatta gereksiz olabilir (13).

Dozaj ve maruz kalma bileşenlerinden oluşan nicelik boyutu, bir müdahalenin planlandığı sıklık ve sürede uygulanması için önemlidir. Zamanın tedavi sadakati için önemli bir engel olduğu göz önüne alındığında bu boyutun oldukça önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bir akademisyenin bir müdahaleyi önerilen 20 dakika yerine günde 10 dakika uygulaması veya günlük yerine haftada iki kez uygulaması ile tedavi sadakatinde nicelik boyutunda problem olduğunu göstermektedir. Maruziyet, hastaların/ bireylerin müdahaleyi sağlandığı zamandan bağımsız olarak gerçekten aldıkları dereceyi ifade etmektedir. Örneğin, bir akademisyenin yüksek düzeyde uyum ve dozajla bir müdahaleyi

Tablo 1. Tedavi Sadakati Boyutları		
Terim	Tanım	Değerlendirme Metodu
Uyum	Müdahale adımlarının planlanan protokole ne kadar uygun bir şekilde uygulandığını ifade eder.	Doğrudan gözlem, kalıcı ürün (örneğin bir fizik tedavi programı sonrasında egzersiz çizelgeleri, fiziksel gelişimi gösteren ölçümler veya kullanılan cihazlardan elde edilen kayıtlar), öz bildirim
Dozaj	Müdahalenin ne sıklıkla uygulandığını ve süreyi belirtir.	Doğrudan gözlem, kalıcı ürün, öz bildirim
Maruziyet	Alicının müdahaleyi aldığı sıklık ve süre	Doğrudan gözlem, kalıcı ürün, öz bildirim
Kalite	Uygulayıcı tarafından ne kadar etkili ve planlandığı şekilde sunulduğunu ifade etmektedir.	Doğrudan gözlem, öz bildirim
Kaynak: Sanetti et al., 2021		

uygulanması esnasında hastaların/bireylerin düzenli olarak geç kalması veya gelmemesi mümkün olabilir. Bu nedenle hastaların/bireylerin müdahaleye maruziyeti, planlanan düzeyde olmayacağından dolayı müdahalenin etkililiği azalabilir veya hiç görülmeyebilir. Bu durumda, yalnızca uyum boyutu verilerinin incelenmesi, müdahalenin yeterli olduğuna yanılığın sebep olabilir. Ancak hem uyum hem de nicelik verilerinin birlikte değerlendirilmesi, hastaların/bireylerin müdahaleyi gerçekten planlandığı gibi almadıklarını açıkça ortaya koyabilir.

Tedavi sadakatının son boyutu olan süreç veya kalite, bir müdahalenin ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir. Deneysel araştırmalarda kalite, genellikle kişilerarası etkileşimi, katılımcıların ihtiyaçlarına duyarlılığı ve materyallerin etkili yönetimini içermektedir (13).

Tedavi Sadakatının Ölçülmesi ve İzlenmesi

Bir araştırmada tedavi sadakatini değerlendirmenin en iyi yolu, planlanan müdahalede çok net olunması ve müdahale ile ilgili bir tedavi kılavuzu geliştirilmesidir (3,21). Deneysel bir çalışmaya özgü tedavi sadakati ölçüm aracının geliştirilmesi genellikle 3 adımdan oluşan bir süreçtir (22). İlk adım, uzman görüşü olarak veya önceki araştırmalardan yola çıkarak yöntemin olası göstergelerini ve temel bileşenlerini belirlemektir. Bu adım genellikle tüm bileşenlerin dâhil edilmesini sağlamak için sürecin sonunda tekrar edilir. İkinci adım, temel bileşenlerin nasıl ölçüleceğine (Örneğin doğrudan gözlem, kodlama videosu, müdahaleden yazılı notların kullanımı gibi) ve yöntemin kabul edilebilir bir doğrulukla uygulanıp

uygulanmadığının nasıl belirleneceğine dair kararları içeren bir ölçüm sistemi kurmaktır. Son adım ise tedavi sadakati ölçme aracının geçerliliğini ve güvenilirliğini incelemektir. Tedavi sadakati aracının geliştirilmesi için en gerekli unsurlar zaman ve paradır. Tedavi sadakatının ölçülmesi araştırmanın maliyetini artırabilir ve aynı zamanda insan gücünün bu doğrultuda planlanmasını gerektirebilir (4).

Tedavi sadakati ölçümleri, uygulayıcının doğrudan canlı olarak veya bir video kaydı aracılığıyla gözlemlenmesi ve sadakatin müdahale öncesi kodlama kategorilerine sahip bir tür nesnel gözlem aracı kullanılarak değerlendirilmesi ile oluşmaktadır. Doğrudan gözlem, sadakat değerlendirmesinde "altın standart" olarak kabul edilir (13). Doğrudan gözlem yolu ile ister yöntem ister müdahale bileşenleri değerlendirilsin, sonuçta en kapsamlı ve nesnel veriler elde edilir. Doğrudan gözlemin olumsuz yönleri arasında zaman ve personel gereksinimi ile uygulayıcının "doğal" olamaması yer alır. Uygulayıcı izlendiğinin farkında olacağı için kendisi gibi davranamayabilir (23). Ancak, zorluklarına rağmen, doğrudan gözlem altın standart olarak kabul edilmektedir. Dolaylı tedavi sadakati ölçümleri, doğrudan değerlendirmeye bir alternatiftir ve öz bildirim kontrol listeleri ve derecelendirme ölçekleri, görüşmeler, günlükler ve kalıcı ürünler (Bir müşteri memnuniyeti anketi veya bir eğitim müdahalesinden sonra öğrenci çalışmaları) ile değerlendirilebilir. Öz bildirim kontrol listeleri ve derecelendirme ölçekleri uygulayıcıların hedeflenen davranışlara uyumlarını derecelendirmelerine olanak tanımaktadır (3).

Sonuç ve Öneriler

Tedavi sadakati, deneysel araştırmaların planlandığı gibi yürütülmesini sağlayan müdahalenin içerik, nicelik ve süreci ile ilişkili bir değerlendirmedir. Bir araştırmada tedavi sadakatının değerlendirilmesi ile müdahalenin tutarlı ve güvenilir bir şekilde yürütülmesi ve bakımın kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacağı belirtilmektedir. Bu nedenle tedavi sadakati, hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda mutlaka değerlendirilmesi gereken bir unsur olmalıdır. Ülkemizde bu kavramın tanıtılması ve sağlık alanında yapılan deneysel çalışmalarda kullanılması, daha güvenilir sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayacaktır. Araştırmacılar da bu konuda farkındalık oluşturularak deneysel araştırmalarda tedavi sadakatının rutin olarak değerlendirilmesi teşvik edilmelidir.

İletişim: Fatma Özlem Öztürk
E-Posta: footurk@ankara.edu.tr

Kaynaklar

1. Cook CE, O'Halloran B, Karas S, Klopper M, Young JL. Treatment fidelity in clinical trials. *Arch Physiother.* 2024;14(1):65-9. <https://doi.org/10.33393/aop.2024.3128>
2. Baker J, Stringer H, McKean C. Ensuring treatment fidelity in intervention studies: Developing a checklist and scoring system within a behaviour change paradigm. *Int J Lang Commun Disord.* 2024;59(1):379-95. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12955>
3. Clinical Research Education Library. Monitoring and reporting treatment fidelity. 2014. Erişim Adresi: <https://academy.pubs.asha.org/2014/11/monitoring-and-reporting-treatment-fidelity/> Erişim Tarihi: 30/10/2024
4. An M, Dusing SC, Harbourne RT, Sheridan SM, Consortium SP. What really works in intervention? Using fidelity measures to support optimal outcomes. *Phys Ther.* 2020;100(5):757-65. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa006>
5. Nezu AM, Nezu CM. Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions. Oxford University Press; 2007.
6. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38(2):65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
7. Ginsburg LR, Hoben M, Easterbrook A, Anderson RA, Estabrooks CA, Norton PG. Fidelity is not easy! Challenges and guidelines for assessing fidelity in complex interventions. *Trials.* 2021;22(1):372. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05322-5>
8. Ribeiro LP, Curiel-Montero F, Rodrigues-de-Souza DP, Camargo PR, Albuquerque-Sendín F. Assessment of description and implementation fidelity of clinical trials involving exercise-based treatment in individuals with rotator cuff tears: A scoping review. *Brazilian J Phys Ther.* 2024;101062. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2024.101062>
9. Moncher FJ, Prinz RJ. Treatment fidelity in outcome studies. *Clin Psychol Rev.* 1991;11(3):247-66. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90103-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90103-2)
10. Skinner BF. *Science and human behavior.* Simon and Schuster; 1965.
11. Gresham FM, Gansle KA, Noell GH, Cohen S, Rosenblum S. Treatment integrity of school-based behavioral intervention studies: 1980–1990. *School Psych Rev.* 1993;22(2):254-72. <https://doi.org/10.1080/02796015.1993.12085651>
12. Feely M, Seay KD, Lanier P, Auslander W, Kohl PL. Measuring fidelity in research studies: A field guide to developing a comprehensive fidelity measurement system. *Child Adolesc Soc Work J.* 2018;35:139-52. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0512-6>
13. Sanetti LMH, Cook BG, Cook L. Treatment fidelity: What it is and why it matters. *Learn Disabil Res Pract.* 2021;36(1):5-11. <https://doi.org/10.1111/ldrp.12238>
14. Borrelli B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *J Public Health Dent.* 2011;71:552-63. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00233.x>
15. Resnick B, Bellg AJ, Borrelli B, De Francesco C, Breger R, Hecht J, et al. Examples of implementation and evaluation of treatment fidelity in the BCC studies: Where we are

- and where we need to go. *Ann Behav Med.* 2005;29(2):46-54. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2902s_8
16. Dane AV, Schneider BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clin Psychol Rev.* 1998;18(1):23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
 17. Gresham FM. Assessment of treatment integrity in school consultation and prereferral intervention. *School Psych Rev.* 1989;18(1):37-50. <https://doi.org/10.1080/02796015.1989.12085399>
 18. Perepletchikova F, Kazdin AE. Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clin Psychol Sci Pract.* 2005;12(4):365-83. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi045>
 19. Barber JP, Triffleman E, Marmar C. Considerations in treatment integrity: Implications and recommendations for PTSD research. *J Trauma Stress.* 2007;20(5):793-805. <https://doi.org/10.1002/jts.20295>
 20. Hagermoser Sanetti LM, Fallon LM. Treatment integrity assessment: How estimates of adherence, quality, and exposure influence interpretation of implementation. *J Educ Psychol Consult.* 2011;21(3):209-32. <https://doi.org/10.1080/10474412.2011.595163>
 21. Larios SE, Manuel JK, Newville H, Sorensen JL. Evidence-based treatment. In: *Interventions for Addiction.* Elsevier; 2013. p: 621-31.
 22. Mowbray TC, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *Am J Eval.* 2003;24(3):315-40. [https://doi.org/10.1016/S1098-2140\(03\)00057-2](https://doi.org/10.1016/S1098-2140(03)00057-2)
 23. Cochrane WS, Laux JM. A survey investigating school psychologists' measurement of treatment integrity in school-based interventions and their beliefs about its importance. *Psychol Sch.* 2008;45(6):499-507. <https://doi.org/10.1002/pits.20319>



STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları Türkçe ve İngilizce yayımlanır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
Başlık: Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
Yazarlar: Her yazarın adı soyadı, akademik derecesi, çalıştığı kurum ve kuruluş, iletişim bilgileri, e-posta adresi ve ORCID numarası (<https://orcid.org>) belirtilmelidir.
Sorumlu Yazar: Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı soyadı, e-posta ve açık adresi belirtilmelidir.
Sözcük Sayısı: Ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı paylaşılmalıdır.
Çıkar Çatışması: Çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişki ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanları varsa açıklanmalıdır. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarımlar belirtilmeli ve Çıkar Çatışması Formu tüm yazarlar tarafından imzalanmalıdır.
- Özet (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak Türkçe ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın "Amaç (Objective)", "Yöntem (Method)", "Bulgular (Results)" ve "Sonuç (Conclusion)" alt başlıklarını içerecek şekilde yapılandırılmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşmalı ve birbirinin birebir çevirisi olmalıdır. Özeti altında üç ile altı anahtar sözcük (keywords) yer almalı ve sözcükler birbirinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalı ve küçük harf ile başlanmalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" (<https://mesh.nlm.nih.gov/search>) terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri (<https://www.bilimterimleri.com>) kullanılmalıdır.
- Giriş:** Bu bölümde, araştırma konusu hakkında ön bilgi verilmesi ve ana kavramlar açıklanmalı; amaç ve gerekçe belirtilmelidir.
- Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak (araştırma türü, değişkenleri, yer ve zamanı, evren örnekleme, veri toplama yöntemi ve araçları) yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni olan yöntemler tanımlanmalıdır. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işler ve uyulan belgeler belirtilmelidir. Kullanılan istatistik yöntemleri, analiz için kullanılan bilgisayar programı ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tip 1 hata düzeyi verilmelidir. Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- Bulgular:** Bulgular metin içinde, tablo ve şekiller üzerinde gösterilmelidir. Metin içinde önemli veriler vurgulanıp özetlenmelidir. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulgular, sayı ve yüzde olarak belirtilmelidir. Yazılarda, p değerleri açıkça verilmeli; 0,001'den küçük olanlar için $p < 0,001$ ifadesi kullanılmalıdır.
- Tartışma:** Elde edilen bulgular yorumlanmalı, çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile çıkan sonuçlar güncel literatür eşliğinde vurgulanmalıdır. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına, ayrıca kısıtlılıklar ve güçlü yönleri yer verilmelidir. Bulgular bölümünün tekrarından kaçınılmalıdır.

- Sonuç ve Öneriler:** Sonuçların amaçla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalar ile tartışma bölümünün kısa tekrarından kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.
- Teşekkür:** Çalışmaya yazarlık kriterleri harici katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.
- Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmeli, özellikle içerikler hariç 10 yıldan eski kaynaklar kullanılmamalıdır. Kaynaklar ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralanmalıdır. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynaklar rakamlarla (1,2,4-7) belirtilmelidir. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılmamalıdır. En fazla otuz (30) kaynak yer almalı ve kaynak gösterme formatı olarak "Vancouver" stili kullanılmalıdır.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır:

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family Medicine: Principles and Practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing Group. Available at: <http://www.clinicalevidence.com>. Accessed November 12, 2003

- Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara (arabik) verilmelidir. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Metin içinde tablolara atıf yapılmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyulmalıdır. Kullanılan standart dışı kısaltmalara ve açıklayıcı bilgilere dipnotta yer verilmelidir. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler *, †, § olmalıdır. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.
- Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf ve şekiller ana metin içinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafikler metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda parantez içinde belirtilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted> adresi üzerinden gönderilmelidir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmemektedir.