



JGHELES
Journal of General Health Sciences

e-ISSN: 2687-5403

**GENEL
SAĞLIK
BİLİMLERİ
DERGİSİ**

Cilt:4 Sayı:1 Yıl:2022



GENEL SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of General Health Sciences (JGEHES)

Cilt/Volume: 4, Sayı / Issue: 1 (Nisan/ April 2022)

Uluslararası Hakemli Dergi / International Peer Reviewed Journal

Sahibi / Owner

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Adına /
On Behalf of Necmettin Erbakan University The Faculty of Nursing
Prof. Dr. Emel EGE

Baş Editör / Editor-in-Chief

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Editör Yardımcısı / Associate Editor

Dr. Öğr. Üyesi. Nesibe GÜNAY MOLU
Öğr. Gör. Elanur KALECİ

Yayın Türü / Publication Type

Ulusal Süreli Yayın / National Periodical

Yayın Periyodu / Publication Period

Yılda üç kez (Nisan, Ağustos ve Aralık) yayınlanır / Published third-annual (April, August and December)

Baskı Tarihi / Print Date

Nisan / April 2022

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Yunus Emre Mah. Beyşehir Cad. Eski Meram Tıp
Yerleşkesi, D Blok no:281 Meram/KONYA

Tel / Phone: 0332 320 40 49

Web: <http://dergipark.org.tr/jgehes>

E-posta / E-mail: journalofgehes@gmail.com
journalofgehes@erbakan.edu.tr

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi yılda üç kez yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir /

Journal of General Health Sciences - JGEHES is an international peer reviewed third-annual journal

E- ISSN:2687-5403



YAYIN KURULU

Prof. Dr. Gorill HAUGAN
Norwegian University, Faculty of Medicine and Health Sciences,
Department of Public Health and Nursing, Norway
gorill.haugan@ntnu.no, <https://orcid.org/0000-0003-0090-6462>

Prof. Dr. Ingvild AUNE
Norwegian University, Faculty of Medicine and Health Sciences,
Department of Clinical and Molecular Medicine, Norway
ingvild.aune@ntnu.no, <https://orcid.org/0000-0002-0951-3043>

Meltem YILDIRIM
University of Vic-Central University of Catalunya,
Faculty of Health Sciences and Welfare, Department of Applied Health Sciences, Spain
meltem.yildirim@uvic.cat, <https://orcid.org/0000-0002-9699-3099>

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
egeckil@erbakan.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-3947-285X>

Prof. Dr. Handan ZİNCİR
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
handanzincir@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1722-4647>

Prof. Dr. Hülya BULUT
Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
hulyadenizbulut@gmail.com, 0000-0001-8241-989X

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
nerbil@odu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-3586-6237>

Doç. Dr. Saide FAYDALI
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
sdfydl@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7923-689X>

DANIŞMA KURULU

Doç.Dr. Sergül DUYGULU
Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
sduygulu@hacettepe.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-6878-7116>

Prof. Dr. Sultan Ayaz ALKAYA
Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
sultan@gazi.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-4745-5478>

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
gyazici@ybu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-8195-3791>

Doç. Dr. Makbule Bilge AKBULUT
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Dış Hekimliği Fakültesi, Klinik Bilimler Bölümü, Türkiye
mbakbulut@erbakan.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-9082-3120>

Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Türkiye
drsaime@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0915-9344>

Doç. Dr. Doğa BAŞER
Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Türkiye
baserdog@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7451-6590>

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
fatmatas61@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5584-6933>

Doç. Dr. Selda ARSLAN
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Türkiye
seldayarali@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5668-3694>

İstatistik Editörleri / Statistics Editors

Doç. Dr. Dilek CİNGİL
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
ddayanircingil@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8098-4190>

Prof. Dr. Deniz KOÇOĞLU TANYER
Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
deniizkocoglu@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9496-8749>

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Dr. Öğr. Üyesi Raheleh SABET
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
Rahelehabet88@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1097-7056>

Yazım ve Dil Editörleri / Spelling and Language Editors

Dr. Öğr. Üyesi Vesile KOÇAK,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
vesilekck@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0530-3783>

Öğr.Gör. Fatma Zehra GENÇ,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
ikra42reyhan@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6944-7861>

Arş.Gör. Maide YEŞİLYURT,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
md91yesilyurt@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3365-7829>

Arş.Gör. Fatma YENER ÖZCAN,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
ftm_ynr_91@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4929-4102>

Öğr. Gör. Ayşe UÇAR,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
akkolucar@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1715-188X>

Mizanpaj Editörü/Layout Editor

Öğr. Gör. Kübra SULTAN DENGİZ,
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya/Türkiye
ksdengiz@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0473-5544>

Sayı Alan Editörleri / Field Editors of The Issue

Prof. Dr. Emine GEÇKİL (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Saide FAYDALI (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Şerife Didem KAYA (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Hamide AYGÖR (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Serpil SU (Necmettin Erbakan University, Turkey)

Sayı Hakemleri / Reviewers of The Issue

Assoc. Prof. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN (Muğla Sıddık Koçaman University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Dilek Küçük ALEMDAR (Ordu University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Maral KARGIN (Kıbrıs İlim University, Kıbrıs)
Assoc. Prof. Dr. Öznur BAŞDAŞ (Erciyes University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Serpil YÜKSEL (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Selcuk University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Şenay AKGÜN (Alanya Alaaddin Keykubat University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Aliye CAYIR (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Arzu SARIALIOĞLU (Atatürk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Aysun YEŞİLTaş (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Ayten ARIÖZ (Ankara Yıldırım Beyazıt University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ (Karatay University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Gülден BASİT (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Gülsün AYRAN (Erzincan Binali Yıldırım University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Serap BATI (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Sibel KIYAK (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Dr Fatma ÖZLEM ÖZTÜRK (Ankara University, Turkey)
Dr. Melek YAĞCI ÖZEN (Osmaniye Korkut University, Turkey)
Dr Serap SAYAR (Karatay University, Turkey)
Lecturer Hafize DAĞ TÜZMEN (Karatay University, Turkey)

İÇİNDEKİLER

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma
Esra ÖZEN GÜN, Emel EGE

1

Bristol Dil Değerlendirme Aracı'nın Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği
Güliz ONAT, Ebru BEKMEZCİ, Hediye KARAKOÇ

12

Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ile Gebelikteki Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörler
Arzu ABİÇ, Ahu AKSOY CAN, Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ

21

Covid-19 Pandemi Döneminde Hemşireliği Meslek Olarak Seçmek
Funda KARAMAN, Ayşe Nur YEREBAKAN, Sultan ÇAKMAK

29

Hemşirelerin Cerrahi Hastalarında Normotermimin Sürdürülmesi Hakkındaki Bilgi Durumları ve Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma
Melike DURMAZ, Şerife KURŞUN, Rukiye BURUCU

38

Hemşirelik İlişkisi Ölçeği'nin Türkiye için Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN, Fatma ÖZ

51

DERLEME

Elektronik Portfolyo: Hemşirelik Öğrencilerinin Değerlendirmesi için Bir Araç
Raheleh SABETSARVESTANİ, Emine GEÇKİL, Semra KÖSE

62

Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetsel Sorun Çözme ve Karar Verme Üzerine Bir Derleme
Fatma Ezgi YORGANCILAR, Bilgen ÖZLÜK

68

Yüksek Riskli Çocuk Grubu: Sokakta Yaşayan Çocuklar Karşılaştıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları
Bahar ÇOLAK, İlknur KAHRİMAN

81

CONTENTS

RESEARCH ARTICLE

Factors Associated With Fear of Childbirth on Primiparous and Multiparous Women: A Comparative Study
Esra ÖZEN GÜN, Emel EGE

The Reliability and Validity of The Bristol Tongue Assessment Tool in The Turkish Language
Güliz ONAT, Ebru BEKMEZCİ, Hediye KARAKOÇ

The Relationship Between Pregnant Women's Prenatal Attachment Levels and Health Practices During Pregnancy and Affecting Factors
Arzu ABİÇ, Ahu AKSOY CAN, Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ

Choosing Nursing As a Profession During The Covid-19 Pandemic
Funda KARAMAN, Ayşe Nur YEREBAKAN, Sultan ÇAKMAK

Nurses' Knowledge and Practices on Maintaining Normothermia in Surgical Patients: A Qualitative Study Example
Melike DURMAZ, Şerife KURŞUN, Rukiye BURUCU

The Validity And Reliability of Nursing Relationship Scale in Turkey
Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN, Fatma ÖZ

REVIEW

Electronic-Portfolio: A Tool For Nursing Students' Evaluation
Raheleh SABETSARVESTANİ, Emine GEÇKİL, Semra KÖSE

A Review on Managerial Problem Solving and Decision Making in Nursing Services
Fatma Ezgi YORGANCILAR, Bilgen ÖZLÜK

High-Risk Children's Group: Children Living on the Streets and their Nursing Approaches
Bahar ÇOLAK, İlknur KAHRİMAN

Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

Esra ÖZEN GÜN¹  Emel EGE² 

¹Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Niğde, Türkiye e_ozen51@hotmail.com

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye
emelege@hotmail.com (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 11.12.2020 Kabul: 13.02.2021 Yayın: 25.04.2022	Amaç: Araştırma primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörleri karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Yöntem: Araştırmanın örneklemini 385 primipar, 368 multipar gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu, “Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği” (W-DEQ) kullanılmıştır. Veriler Eylül 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Bulgular: Gebelerin doğum korkusu toplam puan ortalaması 56.20±21.12 olarak bulunmuştur. Primipar gebelerin doğum korkusu (Wijma doğum beklentisi/deneyimi) puan ortalaması (61.54±21.03) ile multipar gebelerin (50.62±19.76) puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır (p<0.05). Ölçek puanları karşılaştırıldığında primipar gebelerde doğum korkusu toplam puan ve alt grup puanları yüksek olmakla birlikte yapılan multiple regresyon analizine göre doğum deneyimi olan ve deneyimini olumsuz değerlendiren kadınların risk grubunda olduğu saptanmıştır. Sonuç ve Öneriler: Primipar gebelerde doğum korkusunun multipar gebelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde ise olumsuz doğum deneyiminin doğum korkusu açısından risk oluşturduğu saptanmıştır. Bu nedenle gebelerin rutin izleminin yanı sıra primipar ve multipar gebelerin kendilerine özgü özellikleri dikkate alınarak değerlendirilmesinin önemli olduğu görülmüştür. Bu nedenle gebelerin psikososyal açıdan da değerlendirmesi bütüncül yaklaşım için önemlidir.

Factors Associated With Fear of Childbirth on Primiparous and Multiparous Women: A Comparative Study

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 11.12.2020 Accepted: 13.02.2021 Published: 25.04.2022	Purpose: This study was conducted to compare the factors related to fear of birth in primiparous and multiparous women. Method: 385 primiparous and 368 multiparous pregnant women were included in this descriptive and comparative study. In data collection, Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) questionnaire were used. The data were collected between September 2017 and February 2017. Results: It was found that the mean total fear of birth of pregnant women was 56.20±21.12. There is a significant difference between the mean fear of birth (Wijma Delivery Expectancy/ Experience) point average of pregnant (61.54±21.03) and the mean score of multiparous pregnant (50.62±19.76). When compared the mean of fear of birth pregnant women according to their knowledge about labor, it was found that a very significant difference between groups (p<0.05). It was determined that there was no significant difference between the average of pregnancy abortion experience, low experience and gestational fear. Conclusion and Suggestions: Fear of birth in primiparous pregnant was found to be higher compared to multiparous pregnant women. In further analysis, it was determined that negative birth experience poses a risk for birth fear. In this reason, besides routine follow-up of pregnant women, it has been saw that it is important to evaluate primiparous and multiparous pregnant women by considering their specific characteristics. Therefore, the evaluation of pregnant women also in terms of psychosocial is important for the holistic approach.

Atıf/Citation: Özen Gün E. & Ege E. (2022). Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-11.



“This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)”

GİRİŞ

Doğumun başlayıp ilerlemesinde oksitosin ve prostoglandinlerin, doğum kanalının, fetusun, uterus kontraksiyonlarının ve annenin psişik durumunun etkisi olmaktadır (Çiçek vd., 2006; Taşkın 2011). Doğum eylemine ilişkin endişe ve korku, buna bağlı olarak oluşan huzursuzluk gebenin uterus kontraksiyonları ve doğum eylemi sürecini olumsuz etkilemektedir (Çiçek vd., 2006). Doğum eylemi gebelerin en çok merak ettiği konuların başında gelmektedir. İlk kez anne olacak gebeler daha çok eylemin nasıl gerçekleşeceğine odaklanırken, deneyimli gebeler yeni doğumun neler getireceğini merak ederler (Taşkın 2011). Bu süreçte gebeler doğumda ağrı kaygısı nedeniyle en yoğun duygu olarak doğum korkusunu belirtilmektedir (Karaçam ve Akyüz 2011).

Doğum korkusu; doğum eylemine korku ve kaygıyla yaklaşılması durumudur (Eriksson vd., 2006). Doğum korkusunun oranları kültürel sebepler ve korkunun değerlendirilmesindeki farklılıktan dolayı İsveç ve Danimarka'da gebelerin %10'unun (Kjærgaard vd., 2008), Norveç'te yaklaşık %7,5'inin (Spice vd., 2009; Adams vd., 2012) Kanada'da %9,1'inin (Nordeng vd., 2012) şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada; multipar gebelerde doğum korkusu prevalansının %40, primipar gebelerde ise %46.6 olduğu belirlenmiştir (Körükçü vd., 2010). Doğum korkusuna neden olan birçok etken bulunmaktadır. Bunlar arasında sağlıksız bebeğe sahip olmak, operasyonlu doğum, bilinmeyen ortamda yalnız kalmak, doğumun nasıl olacağı hakkında bilgisizlik, sağlık profesyoneline güvenmeme, doğum sırasında kadının kendini yetersiz olarak görmesi, doğum sırasında dayanılmayacak ağrının beklentisi sayılabilir (Kitapçoğlu vd., 2008; Spice vd., 2009; Nilsson ve Lundgre 2009; Sercekuş 2011). Doğum korkusunun primipar ve multipar gebelerde farklılık gösterdiği belirtilmektedir. İlk kez gebe olanların (primipar) daha önce gebelik deneyimi olanlara (multipar) göre daha fazla korku yaşadığını gösteren çalışmalar vardır (Spice ve diğerleri, 2009; Ternström ve diğerleri, 2015). Primipar kadınların doğum korkusunun sebepleri arasında vajinal doğumla ilgili bilgi yetersizliği (Sercekuş ve Okumuş 2009), sağlıklı doğum olmayacağını düşünmeleri, perinenin zarar göreceği düşüncesi, bakım veren personele güvenmeme, ağrının fazla hissedileceğini düşünmeleri, olumsuz doğum deneyimleri dinlemeleri (Fenwick vd., 2015) ve korkuya yönelik danışmanlık alarak bilgilendirilmemeleri (Nieminen vd., 2009) sıralanabilir. Doğum eylemindeki yaşanan olumsuz deneyimlerin paylaşılması, medyanın doğum sahnelerini ağırlı olarak göstermesi, kadınların kendi doğum hikayelerinin de korkulu ve ağırlı olacağı düşüncesini oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranının %10-15'i aşmaması gerektiğini belirtirken (DSÖ 2018) Türkiye'de tüm doğumlardaki sezaryen oranı %52'dir (TNSA 2019). Kadınların sezaryen doğuma yönelmesinin altında vajinal doğum ile ilgili olan negatif düşüncelerin ve doğum korkusunun olduğu belirtilmektedir (Bülbül 2016; Okumuş ve Aslan 2017). Özellikle primipar ve daha önce doğum hazırlık sınıflarına katılmamış annelerle gebelik sürecinde gebelik ve doğuma yönelik bilgi paylaşımı, annelerin korkularının azaltılması yönünden önemlidir (Taşkın 2011). Doğumda memnuniyetin artması, emzirmenin olumlu yönde olması, annenin ve bebeğinin psikososyal sağlığının korunması, isteğe bağlı sezaryen oranlarının azalması için doğum korkusu ele alınması gereken önemli konulardandır. Bu çalışmanın amacı son trimesterde olan primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırma Modeli

Araştırma karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Örneklem

Araştırmanın evrenini, Konya il merkezinde bulunan bir doğum ve kadın hastalıkları

hastanesinin gebe polikliniklerine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örnek hesaplamasında “Bir Toplumdaki Oranın Belirli Bir Doğrulukla Tahmininde” önerilen bir tablodan yararlanılmıştır (Lemeshow vd., 2000). Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu sıklığı ile ilgili Körükcü ve arkadaşlarının (2010) çalışma bulguları (primipara, %46.6; multipara %40) kullanılmıştır. Bu veri doğrultusunda primipar gebelerde bildirilen oran yaklaşık olarak tabloda %50 olarak değerlendirilmiş, %95 güven düzeyinde ve %5 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 385 olduğu saptanmıştır. Multipar gebelerde ise tabloda bildirilen örnek büyüklüğü 368 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilecek toplam örneklem sayısı 753 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Süreçleri

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 19 soruluk anket formu (Serçekuş ve Okumuş 2009; Spice vd., 2009; Körükcü vd., 2010), Wijma ve diğerleri (1998) tarafından geliştirilmiş olan “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu” kullanılmıştır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği, 33 ifadeden oluşan likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Körükcü ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek altı alt gruptan oluşmuştur. Ölçekteki yanıtlar 0’dan 5’e kadar numaralandırılmış olup, ölçek altılı likert tiptedir. Sıfır “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekteki minimum puan 0 iken, maksimum puan ise 165’tir. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeydeki korkuyu ifade etmektedir. Ölçeğin Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.89’dur. Bu çalışmada Gebelerin Doğum Korkusu (Beklentisi/Deneyimi) Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur. Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yapıldığı hastanenin gebe polikliniğine başvuran 10 gebeye araştırmacı tarafından görüşülerek uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda anket formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS versiyon 22 programında yapılmıştır. Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Sosyodemografik, obstetrik ve doğuma ilişkin özelliklere göre puan ortalamalarının karşılaştırılmasında grup sayısına ve normal dağılım özelliğine göre bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analiz olarak Tukey HSD) kullanılmıştır. Doğum korkusunu etkileyen değişkenleri bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon (backward) analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik

Araştırma için bir üniversitenin Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan 24.06.2016 tarihli ve 2016/638 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliği’nden 19.06.2013 tarihli ve 4683 sayılı yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve sözel onam alınmıştır.

BULGULAR

Gebelerin yaş ortalamasının 25.82 ± 5.35 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %63.6’sının ve eşlerinin %52.2’sinin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Gebelerin %72’si doğum eylemi konusunda sağlık çalışanından, %11,3’ü diğer kaynaklardan bilgi aldığı saptanmıştır. Gebelerin edinmiş oldukları bilgiye göre %39,7’sinin korku ve kaygı hissettiği, %71,2’sinin doğum eyleminin üstesinden gelebileceği, önceki doğum deneyiminde %31,3’ünün korku hissettiği ve son doğum deneyiminde %60’ının bilinmezlik korkusu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Gebelerin Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 56.20 ± 21.12 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Gebelerin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı (n=753)

Özellik	S	%
Eğitim Durumu		
İlköğretim	479	63.6
Lise	207	27.5
Üniversite	67	8.9
Eşin eğitim durumu		
İlköğretim	393	52.2
Lise	256	34.0
Üniversite	104	13.8
Doğum eylemi konusunda bilgi kaynağı		
Sağlık çalışanlarından bilgi alma	542	72.0
Basın/aile/arkadaşlardan bilgi alma	85	11.3
Bilgisi yok	126	16.7
Doğum eylemi bilgisinin oluşturduğu duygu durumu		
Mutluluk hissi	328	43.5
Korku ve kaygı hissetme	299	39.7
Bilgisi yok	126	16.8
Doğum eylemi ile baş etme durumu		
Üstesinden gelebileceğini düşünme	536	71.2
Bilgisi yok	171	22.7
Üstesinden gelemeyeceğini düşünme	46	6.1
Önceki doğum deneyimi ile ilgili duygu durumu (n= 368)		
İyi	153	41.6
Orta	146	39.6
Kötü	69	18.8
Önceki doğum deneyimindeki duygu durumu (n= 368)		
Korkma	115	31.3
Heyecanlı ve endişeli hissetme	124	33.6
Güvende hissetme	129	35.1
Son doğum deneyimindeki korku kaynakları (n= 115)		
Sağlık personelinin tavrı	21	18.3
Doğumda uygulanan girişimler	25	21.7
Bilinmezlik korkusu	69	60.0

Primipar gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçek puan ortalamasının (61.54±21.03) multipar gebelere (50.62±19.76) göre yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Multipar gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçek tüm alt boyutlardaki puan ortalamasının primipar gebelerinkine göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<.001, Tablo 2).

Doğum eylemi konusunda bilgi sahibi olma durumuna göre gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<.001). Tukey ileri analizinde; sağlık çalışanından bilgi aldığı ifade eden gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçek puan ortalamalarının (53.63±20.24) basın, aile ya da arkadaşından bilgi alanlarda (61.55±24.70) ve doğum eylemi konusunda bilgisi olmayanlarda (63.65±19.93) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<.05). Basın, aile ve arkadaşlarından bilgi edindiğini ifade eden gebelerle bilgisi olmadığını ifade eden gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür (p>.05, Tablo 3). Doğum eylemi konusunda bilgisi olduğunu belirten gebelerin, edindikleri bilginin kendilerinde uyandırdığı duygu durumuna göre doğum korkusu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<.001, Tablo 3). Tukey ileri analizinde; “edindiğim bilgi mutluluk verdi” ifadesini kullanan gebelerin doğum korkusu puan ortalamasının (48.03±17.84), “korkuttu” (62.95±21.12) ifadesini

kullanan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Gebelerin doğum eylemi ile ilgili duygu durumu değerlendirildiğinde doğum eyleminin üstesinden gelebileceğini söyleyen gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçek puan ortalamasının (51.51 ± 18.08) “fikrim yok” (63.51 ± 20.29) “üstesinden gelemem” (83.70 ± 27.83) ifadesini kullananlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<.05$) saptanırken, fikri olmadığını söyleyen gebelerin doğum korkusu puan ortalamasının üstesinden gelebileceğini söyleyen gebelerden anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Farkı belirlemek için yapılan Tukey ileri analizinde tüm ikili gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.001$, Tablo 3).

Tablo 2. Primipar ve Multipar Gebelerin Doğum Korkusu (Beklentisi/Deneyimi) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ($n= 753$)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Primipar (n= 385) $\bar{x} \pm SS$	Multipar (n= 368) $\bar{x} \pm SS$	Önemlilik Testi	p
Doğum Korkusu (Beklentisi/Deneyimi): Toplam Puan	61.54±21.03	50.62±19.76	t: 7.339	<0.000
Ölçeğin Alt Boyutları				
1. Doğum sancıları ve doğumun genel olarak nasıl olacağı ile ilgili düşünceleri	6.36±2.92	4.93±3.59	U: 53698.5	<0.000
2. Doğum sancıları ve doğum sırasında nasıl hissedeceği	30.65±12.84	25.58±12.28	t: 5.533	<0.000
3. O esnada neler hissedeceği	14.43±4.46	11.99±4.83	t: 7.222	<0.000
4. Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünmesi	6.28±3.63	5.14±3.21	t: 4.556	<0.000
5. Bebeğin doğduğu anda ne hissedeceğini hayal etmesi	.81±1.79	.52±1.46	U: 63521.0	<0.001
6. Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğum ile ilgili düşünceleri	3.00±2.90	2.46±2.55	U: 63702.5	<0.015

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 751

U: Mann Whitney U testi (veriler normal dağılıma uygun değil)

Gebelerin en son yaptığı doğumu değerlendirme durumuna göre Wijma doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 3). Tukey ileri analizinde tüm ikili gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$). En son yaptığı doğumu iyi olarak değerlendiren gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçek puan ortalamalarının (42.88 ± 16.65) orta (51.14 ± 15.91) ve kötü (66.67 ± 23.47) olarak değerlendirenlere göre, orta olarak değerlendiren gebelerin Wijma doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçek puan ortalamasının da kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Gebelerin bir önceki doğum deneyiminde kendisini nasıl hissettiğini tanımlamasına göre Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 3). Tukey ileri analizinde tüm ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), daha önceki doğumda kendini güvende hissedenlerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçek puan ortalamasının (41.21 ± 14.76) heyecanlandım/endişelendim (48.32 ± 16.96) ve korktum (63.64 ± 20.61) şeklinde ifade edenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, heyecanlı/endişeli olanların puan ortalamasının korkanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<.05$).

Gebelerde altı değişkenin doğum korkusu puanına ait değişimi (varyansı) %30 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre anlamlı etkisi bulunan ve standardize edilmiş regresyon katsayısına göre ($Beta=\beta$) etkili olan değişkenlerin önem sırası doğum deneyimi, önceki doğum deneyiminde kendisini tanımlama, son doğum deneyimini değerlendirme, doğum eylemi ile baş etme durumu, doğum eylemi bilgisinin oluşturduğu duygu durumu ve yaş değişkeni şeklindedir (Tablo 4).

Tablo 3. Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Özelliklerine Göre Doğum Korkusu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler / Gruplar	n	Wijma Doğum Deneyimi Ortalama	Önemlilik Testi	p (fark)	
Doğum eylemi konusunda bilgi kaynağı	Sağlık çalışanlarından bilgi alma ^a	542	53.63±20.24	F: 15.125	<0.000 (a<b)
	Basın/aile/arkadaşlardan bilgi alma ^b	85	61.55±24.70		
	Bilgisi yok ^b	126	63.65±19.93		
Doğum eylemi bilgisinin oluşturduğu duygu durumu (n:627)	Mutluluk hissi ^a	328	48.03±17.84	t: 8.727 (sd:625)	<0.000 (a<b)
	Korku/kaygı hissetme/zor olduğunu düşünme ^b	299	62.03±21.88		
	Üstesinden gelebileceğini düşünme ^a	536	51.51±18.08		
Doğum eylemi ile ilgili duygu durumu	Fikrim yok ^b	171	63.51±20.29	F: 74.677	<0.000 (a<b<c)
	Üstesinden gelemeyeceğini düşünme ^c	46	83.70±27.83		
	İyi ^a	153	42.88±16.65		
Önceki doğum deneyimini değerlendirme (n: 368)	Orta ^b	146	51.14±15.91	F: 42.347 Sd:2/365/367	<0.000 (a<b<c)
	Kötü ^c	69	66.67±23.47		
	Güvende hissetme ^a	129	41.21±14.76		
Önceki doğum deneyimi ile ilgili duygu durumu (n: 368)	Heyecanlı ve endişeli hissetme ^b	124	48.32±16.96	F: 51.610 Sd:2/365/367	<0.000 (a<b<c)
	Korkma ^c	115	63.64±20.61		

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd= 751

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA), serbestlik derecesi: gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/750/752. İleri analiz; Tukey HSD analizi.

Multipar gebelerin doğum korkusunun primipar gebelere göre -23.79 puanlık bir azalma gösterdiği bulunmuştur. Multipar gebelerin önceki doğum deneyimi “kendini güvende hissetme-heyecanlı/endişeli olma-korkma” şeklinde sıralandığında puanında 6.5’lik bir artış olduğu, son doğum deneyimini “iyi-orta ve kötü” olarak değerlendirenlerin puanında 5.76’lık bir artış olduğu saptanmıştır. Gebelerin doğum eylemine ilişkin düşünceleri “üstesinden gelebilirim- fikrim yok- üstesinden gelemem” şeklinde sıralandığında doğum korkusunun 10.60 puanlık artış gösterdiği, doğum eylemi bilgisinin oluşturduğu duygu durumunu “mutluluk hissi ve korktum” şeklinde sıralandığında doğum korkusunun 8.11 puanlık artışa neden olduğu bulunmuştur. Gebelerin yaşı arttıkça doğum korkusunda -2.97’lik bir azalma olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin Doğum Korkusuna Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n:753)

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	β	t	p	%95 Güven Aralığı
(Sabit)	34.90	4.21		8.295	.000	26.64 43.16
Yaş	-2.97	1.17	-.083	-2.544	.011	-5.26 -.68
Doğum deneyimi	-23.79	3.28	-.563	-7.247	.000	-30.23 -17.34
Doğum eylemi bilgisinin oluşturduğu duygu durumu	8.11	1.38	.190	5.879	.000	5.40 10.81
Doğum eylemi ile baş etme durumu	10.60	1.24	.297	8.521	.000	8.16 13.04
Son doğum deneyimini değerlendirme	5.76	1.48	.335	3.899	.000	2.86 8.66
Önceki doğum deneyiminde kendisini tanımlama	6.50	1.35	.359	4.806	.000	3.85 9.16

Bağımlı Değişken: Doğum Korkusu Toplam Puanı

R= .55 Adjusted R²= .30 F= 54.566 p= .000 Durbin Watson= 2.06

TARTIŞMA

Gebelerin doğum eylemi konusunda bilgili olma durumları incelendiğinde %72.0'nın sağlık çalışanından bilgi aldığı, %11.3'ünün ise diğer kaynaklardan (basın, aile, arkadaş) bilgi aldığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan multipar gebelerin %31.3'ü önceki doğum deneyimini “korktum” şeklinde ifade ederken, korktuğunu ifade eden grubun %60'ı korku kaynağının bilinmezlik olduğunu belirtmişlerdir. Şuanki gebelikle ilişkili gebelerin %39.7 doğum eylemi ile ilgili korktuğunu ifade etmiştir. Türkiye’de Antalya ilinde yapılan benzer bir çalışmada multipar gebelerde doğum korkusu sıklığının %40 primiparlarda ise %46.6 olduğu belirlenmiştir (Körükçü vd., 2010). Çalışma verileri ile benzer olarak Melender’in (2002) Finlandiya’da yaptığı çalışmasında gebelerin doğum korkusu nedenlerinin başında belirsizliğin geldiği özellikle primipar gebelerde korkunun nedeninin belirsizlik üzerine temellendiği saptanmıştır. Cleeton (2001) New York’ta doğum videosu sonrası anket çalışması ile yaptığı bir çalışmada doğumla ilgili bilgi eksikliğinin doğum korkusu oluşmasında önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamıştır. Doğum eylemi olağan bir süreç olmasına karşın doğum korkusu gebeler için problem oluşturabilmektedir. Çalışmalarda doğum korkusunun görülme durumu korkunun değerlendirilmesindeki farklılık ve kültürel etkenler gibi sebeplerden dolayı değişik oranlarda bildirilmiştir.

Bu çalışmada gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi ölçeğinden aldıkları toplam puan 56.20 ± 21.12 olarak saptanmıştır. Türkiye’de İstanbul ilinde Şahin ve diğerleri (2009) tarafından aynı ölçekle yapılan bir araştırmada toplam puan 85.63 ± 13.76 olarak bulunmuştur. Adams ve arkadaşları (2012) tarafından Norveç’te yapılan çalışmada toplam puan 56.66 ± 19.49 Storksken ve arkadaşları (2013) tarafından 56.8 ± 20.1 , Rouhe ve arkadaşları (2009) tarafından Finlandiya’da 68.3 ± 21.1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada gebelerin Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği toplam puan ortalamasının primipar gebelerde 61.54 ± 21.03 , multipar gebelerde ise 50.62 ± 19.76 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyut puanlarının benzer şekilde primipar gebelerde multipar gebelere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Primipar gebelerde bilinmezlik durumunun doğum korkusunun ortalamasını arttırdığı düşünülmektedir. Ancak ileri analizde olumsuz doğum deneyimi olan kadınların risk grubunda olması doğum eylemi süresinin iyi yönetilmesi gerekliliğini ortaya koymasından dolayı önemlidir.

Cleeton (2001) yaptığı bir çalışmada doğumla ilgili bilgi eksikliğinin doğum korkusu oluşmasında önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamıştır. Yapılan çalışmada gebelerin doğuma ilişkin özelliklerine göre doğum korkusu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında doğum eylemi konusunda bilgi sahibi olma durumuna göre gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < .001$). Doğum eylemine yönelik doğru bilgi edinilmemesinin ve bu konudaki bilgi eksikliğinin korku sebebi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Melender 2002; Cleeton 2001). Subaşı ve arkadaşları (2013) yapmış olduğu çalışmada doğum öncesi verilen eğitimin son trimesterdeki gebelerde doğum korkusu ve doğumla ilgili negatif düşünceler üzerinde azaltıcı bir etkisinin olduğunu saptamışlardır. Primipar kadınlarda yüksek düzeyde doğum korkusu olmasının sebepleri; vajinal doğuma ilişkin bilgisizlik (Fenwick vd., 2015; Serçekuş ve Okumuş 2009), bilinmezlik (Fenwick vd., 2009) ve doğum korkusuna ilişkin herhangi bir danışmanlık hizmeti almamaları olarak belirtilmektedir (Nieminen vd., 2009; Ryding vd., 2003). Doğum eylemine yönelik sağlık profesyonelleri tarafından yapılan bilgilendirmenin gebelerin doğum eylemi ile baş edebilmelerini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Doğum korkusunu azaltmada yapılan bilgilendirme gebenin davranışlarını kontrol etme ve olumlu duygu hissetmesini sağlayabilir.

Doğum eylemi kadınlar için yaşamlarının önemli bir dönüm noktasıdır. Bu deneyimi bazı kadınlar mutluluk dolu bir eylem olarak algılayabilirken, bazı kadınlar travmatik bir süreç olarak düşünebilmektedir (İsbir ve İnci 2014). Doğum eylemi konusunda bilgisi olduğunu ifade eden

gebelerin, edindikleri bu bilginin kendilerinde uyandırdığı duygu durumuna göre doğum korkusu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.001$). Edinilen bilginin mutluluk verdiğini söyleyen gebelerin doğum korkusu puan ortalaması korkuttu ve zor bir durum olarak düşündürdü diyen gebelere göre daha düşük bulunmuştur. Doğum eylemine ait edinilen bilginin mutluluk verdiğini söyleyen gebelerde doğum korkusu puan ortalamasının düşük çıkması doğuma yönelik bilgi eksikliğinin doğum korkusunun oluşmasında önemli olduğunu vurgulayan Cleeton'un (2001) çalışması ile benzerdir.

Doğum deneyimi yaşayan kadınların yarısından fazlası doğumlarını travmatik bir süreç olarak belirtmiştir (Garthus vd., 2013; Modarres vd., 2012). Gebelerin doğum eylemi ile ilgili duygu durumuna göre üstesinden gelebileceğini düşünen gebelerin doğum korkusu puan ortalaması üstesinden gelemeyeceğini söyleyen gebelere göre daha düşük ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum esnasında kadınların yaşadığı olaydan çok hissettikleri duygunun ve verilen desteğin önemli olduğu belirtilmiştir. Özellikle doğum anında sağlık personelleri tarafından verilen destek arttıkça algıladıkları kontrolün arttığı, negatif ruh haliyle anksiyetenin azaldığı belirlenmiştir (Ford ve Ayes 2009). Doğumda destekleyici bakımla birlikte korku ve anksiyetenin azalabileceği ve böylece sunulan bakımın kadınlar tarafından daha pozitif algılanabileceği öne sürülmektedir (Hodnett vd., 2012). Kadınlar doğum anında yaşadıkları çaresizlik, öfke kontrolünü sağlayamama, sinirlilik, panik halinde olma gibi negatif duygular ile mutluluk, şaşkınlık, heyecanlılık, minnettar olma gibi pozitif duygulara da sahip olabilmektedirler. Doğum korkusu yaşayan kadınlar bedenlerini doğum yapılan yere ait hissetmediklerini, sağlık personelleri tarafından verilen desteği algılamadıklarını ve doğum yapabilme yeteneklerine inançlarının olmadığını belirtmişlerdir (Nilsson ve diğerleri, 2010). Gebelerin önceki doğumu değerlendirme ve önceki doğumla ilgili duygu durumuna göre doğum korkusu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$). En son yaptığı doğumu iyi olarak değerlendiren ve kendini güvende hissettiğini belirten gebelerin doğum korkusu puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Doğum anında kötü fiziksel ve sözel muameleye maruz kalan, ihmal edildiklerini düşünen ve ayrımcılık olduğunu belirten kadınların negatif doğum deneyimine sahip oldukları bulunmuştur (Moyer vd., 2014).

Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçek puanları karşılaştırıldığında primipar gebelerde doğum korkusu toplam puan alt grup puanları yüksek olmakla birlikte yapılan multiple regresyon analizine göre daha önce doğum deneyimi olan ve deneyimini olumsuz olarak değerlendiren kadınların yüksek risk grubunda olduğu görülmüştür. Bu sonuç multipar gebelerin doğum korkularının gebelik süresince izlenilmesi ve değerlendirilmesi gereken bir durum olduğunu düşündürmüştür. Bu kadınların risk grubunda olması geçmiş olumsuz veya travmatik bir doğum deneyimi ile ilişkili olabilir. Bu nedenle gebelik sürecinde multipar gebelerin geçmiş deneyimlerinin sorgulanması ve risk düşündürülen durumların değerlendirilmesinin mevcut deneyimin olumlu olmasının sağlanması açısından önemli bir fırsat olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Prenatal bakım hizmeti kapsamında doğum korkusu ölçeği kullanılarak gebelerin yakından değerlendirilmesi, geçmiş doğum deneyiminde olumsuz veya travmatik doğum deneyimleyen risk grubundaki gebelere yeterli izlem ve desteğin sağlanması gerekmektedir. Doğum eyleminin tüm aşamalarında sağlık personelleri tarafından gebelerin doğum eylemi ve süreci konusunda cesaretlendirilmesi ve doğuma yönelik korkuların nedenleri belirlenerek multipar ve primipar gebelerde bireye özgü danışmanlık ve bakım hizmeti sağlanması önerilebilir.

Finansal Destek

Finansal destek yoktur.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Tasarım/Design: E.Ö.G., E.E., Veri toplama veya veri girişi yapma/Data collection or processing: E.Ö.G., Analiz ve yorum/Analysis or interpretation: E.Ö.G., E.E., Literatür tarama/Literature search: E.Ö.G., E.E., Yazma/Writing: E.Ö.G., E.E.

KAYNAKLAR

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119(10), 1238-46. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.
- Bülbül, G. *Doğal doğum, anneliği keşfin başucu kitabı*. Hayy kitap yayınevi, 2016, 1.baskı, İstanbul, s:19-195. <https://hayykitap.com/kitap/dogal-dogum/>
- Cleeton, E. R. (2001). Attitudes and beliefs about childbirth among college students: Result of an educational intervention. *Birth*, 28(3), 192-201. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.
- Çiçek, N. M., Akyürek, C., Çelik, C., Haberal, A. *Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*. 2. Baskı. Ankara: Güneş kitabevi; 2006.
- Eriksson, C., Jansson, L., Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>.
- Ford, E., Ayers, S. (2009). Stresful events and support during birth: The effect an anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 260-268. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.
- Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Vollnath, M. E., Eberhard-Gren, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hotmeyr, G., Skala, C. (2012). Continous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 17(10), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>.
- İşbir Gökçe, G., İnci, F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1): 29-40. <https://dergipark.org.tr/en/pub/kashed/issue/22284/239027>
- Karaçam, Z., Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 19(1), 45-53. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnjin/issue/9003/112184>
- Kitapçıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (1), 47-54. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/2110/1/47-54.pdf>
- Kjærsgaard, H., Wijma, K., Dykes, A-K., Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 340-50. <https://doi.org/10.1080/02646830802408498>
- Körükçü, Ö., Kukulcu, K., Ziya, M. Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 193-202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x>
- Körükçü, Ö., Ziya, M., Kukulcu, K. (2010), Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 467-470. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.125>.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K. *Sağlık araştırmalarında örneklem büyüklüğünün yeterliliği*. Çeviri Editörü, S.O Kayaalp.1. Baskıdan Çeviri. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi; 2000:143.

- Melender, H. L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study at 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-11. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.125>
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., Montazari, A. (2012). Prevalance and risk factors of childbirth-related post-traumatic stres sympmtos, *BMC Pregnancy and childbirth*, 12, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
- Moyer, C. A., Adongo, P. B., Aborigo, R. A., Hodgson, A., Engmann, C. M. (2014). They treat you like you are not a human being: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana, *Midwifery*, 30(2), 262-268. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.125>
- Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.125>
- Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *JOGNN*, 39(3), 298-309. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- Nilsson, C., Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- Nordeng, H., Hansen, C., Garthus-Niegel, S., Eberhard Gran, M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 15(3), 203-9. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- Okumuş, F., Aslan, Ş. (2017). Primipar kadınların doğum deneyimi algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *HSP*, 4(1), 32-40. <https://dx.doi.org/10.17681/hsp.287497>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E., Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history. *BJOG*, 116(1), 67-73. <https://doi.org/10.1080/01674820902950538>
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(1),10–17. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.820102.x>
- Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239-242. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/22283/239020>
- Serçekuş, P., Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162. <https://doi.org/10.1080/01674820902950538>
- Spice, K., Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Kowalyk, K., Stewart, S. H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecol*, 30(3), 168-174. <https://doi.org/10.1080/01674820902950538>
- Storksken, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(3), 318-24. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>
- Subaşı, H., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167. <https://www.selcukmedj.org/uploads/publications/SUTD-475..pdf>
- Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M. (2009) Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62. https://dergipark.org.tr/tr/pub/zktipb/issue/22072/236968#article_cite
- Taşkın, L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 9.baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2011.
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-450. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>.
- TNSA: 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, (2019). Ankara, Türkiye.
- WHO: Sezaryen doğum hızları ile ilgili DSÖ açıklaması. World Health Organization https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_tur.pdf;jsessionid=05CBA32D77EACF9B72F3413E84260FF8?sequence=11 Yayınlanma Tarihi:2015. Erişim Tarihi: 9 Ekim 2018.
- Wijma, K., Wijma, B., Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire fort he measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 19(2), 84-97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Pregnancy usually lasts 40 weeks, beginning from the first day of the woman's last menstrual period, and is divided into three trimesters, each lasting three months. Pregnancy is a natural process that begins with fertilization and ends with the emergence of the fetus and placenta which completion of the development in utero. Childbirth usually begins spontaneously, about 280 days after conception. Childbirth can be an intense event and strong emotions, both positive and negative, can be brought to the surface. Fear of childbirth was a common problem among pregnant women. There are many factors that cause fear of birth. These include having an unhealthy baby, an operative birth, being alone in an unknown environment, ignorance about how the birth will be, not trusting the healthcare professional, the woman seeing herself as inadequate during labor, and the expectation of unbearable pain during labor. Primiparous and multiparous women may have different feelings in labor. This study was conducted to compare the factors related to fear of birth in primiparous and multiparous women.

Method: 385 primiparous and 368 multiparous pregnant women were included in this descriptive and comparative study. In data collection, Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) questionnaire were used. Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) is a Likert-type scale consisting of 33 expressions measuring stress and fear at birth. The scale consists of six subgroups. The data were collected between September 2017 and February 2017. Number, percentage, mean, Standard deviation, Mann Whitney U, one-way analysis of variance in independent groups, T-test in independent groups were used in the analysis.

Results: The average age of pregnant women was determined to be 25.82 ± 5.35 . According to the information obtained by the pregnant women, it was found that 39.7% felt fear and anxiety, 71.2% could overcome labor, 31.3% felt fear in their previous birth experience and 60% had fear of unknown in the last birth experience. It was found that the mean total fear of birth of pregnant women was 56.20 ± 21.12 . It was seen that the mean birth expectancy/ experience primiparous pregnant women was significantly higher than of 61.54 ± 21.03 multiparous women compared to 50.62 ± 19.76 ($p < .001$). It was determined that there was no significant difference between the average of pregnancy abortion experience, low experience and gestational fear ($p > .05$). When compared the mean of fear of birth pregnant women according to their knowledge about labor, it was found that a very significant difference between groups ($p < .001$). It was determined that there was a very significant difference between the mean scores of fear of birth according to feeling state of birth ($p < .001$). It is observed that the birth experience of pregnant women resulted in a decrease in the fear of birth by -23.79 points. Previous birth experience "feeling safe-excited/ anxious feared" in the group as an increase of 6.5 points, the last birth experience of "good-middle-bad" as a rating of 5.76 points increase in the fear of the birth of those who consider the head of labor, the idea of giving birth could be overcome by the fact that the fear of birth gradually increased by 10.60 points in the groups and the birth fear was defined as "feeling of happiness and the birth fear score was increased by 8.11 points compared to those without fear and knowledge. It is observed that age group increases as the age group increases by 2.97 points.

Discussion: 39.7% of pregnant women related to current pregnancy stated that they are afraid about labor. Similar to the data of the study, Melender's (2002) study in Finland determined that uncertainty is the leading cause of fear of birth, especially in primipara pregnant women, that the cause of fear is based on uncertainty. In the study conducted, a significant difference was found between the groups according to the state of having knowledge about the labor in the comparison of the mean scores of the fear of delivery according to the characteristics of pregnant women ($p < .001$). Subaşı et al. (2013) found in their study that prenatal education had a reducing effect on the fear of delivery and negative thoughts about delivery in pregnant women in the last trimester. When the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire scores were compared, it was seen that the total score subgroup scores of the primiparous pregnant women were high, but according to the multiple regression analysis, women who had previous labor experience and evaluated their experience negatively were in the high risk group.

Conclusion and Suggestions: As a result fear of birth in primiparous pregnant was found to be higher compared to multiparous pregnant women. In further analysis, it was determined that negative birth experience poses a risk for birth fear. In this reason, besides routine follow-up of pregnant women, it has been saw that it is important to evaluate primiparous and multiparous pregnant women by considering their specific characteristics. Therefore, the evaluation of pregnant women also in terms of psychosocial is important for the holistic approach.

The Reliability and Validity of The Bristol Tongue Assessment Tool in The Turkish Language

Güliz ONAT¹  Ebru BEKMEZCİ²  Hediye KARAKOÇ³ 

¹KTO Karatay University, Faculty of Health Science, Department of Midwifery, Konya, Turkey

gulizonat@hotmail.com (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

²Selcuk University, Faculty of Nursing, Obstetrics and Gynecology Nursing Department, Konya, Turkey

ebrubekmezci42@gmail.com

³KTO Karatay University, College of Health Science, Department of Midwifery, Konya, Turkey

hediye.bekmezci@karatay.edu.tr

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received:26.08.2021

Accepted:01.11.2021

Published:25.04.2022

Keywords:

Tongue Tie,
Breastfeeding,
Bristol Tongue
Assessment Tool.

Purpose: The tongue tie is a congenital oral abnormality that causes the change in the appearance and function of the tongue. Breastfeeding problems are common with tongue-tie babies. The study was planned aim of the to increase the awareness of health workers about “tongue tie” and to make Turkish language validity and reliability the Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) as a diagnostic tool.

Method: The study was conducted August 2018- January 2019 in a private hospital in Konya with 129 mother-baby couples. Data were collected by Introductory Information Form prepared by the researchers, BTAT Turkish version and the LATCH Breastfeeding Assessment Tool.

Results: The draft scale was examined by 8 experts for content validity. Content Validity Index (CVI) value of all four substances on the scale is higher than 0.80, the total scale value was determined to be 0.94. The Kaiser-Meyer Olkin (KMO) coefficient of the scale is 0.70 and the Barlett test was statistically significant ($\chi^2=128.953$, $df=6$, $p=0,000$). BTAT explained 55.28% of the total variance. The Cronbach alpha coefficient was 0.72 and the scale was found to be reliable. In the study was determined that there was a positive and significant relationship between the substance scores and the scale total score ($r=0.42$ and 0.78) and the item total score of the scale was found to be high reliability. There isn't significant relationship between BTAT and LATCH.

Conclusion and Suggestions: The BTAT Turkish version is a valid and reliable tool which that can be for the evaluation of tongue tie.

Bristol Dil Değerlendirme Aracı'nın Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş:26.08.2021

Kabul:01.11.2021

Yayın:25.04.2022

Anahtar Kelimeler:

Dil Bağı,
Emzirme,
Bristol Dil
Değerlendirme
Aracı.

Amaç: Dil bağı, dilin görünümünde ve işlevinde değişikliğe neden olan doğuştan gelen konjenital oral anomalidir. Emzirme sorunları dil bağı olan bebeklerde yaygındır. Çalışma, sağlık çalışanlarının “dil bağı” konusunda farkındalıklarını artırmak ve tanı aracı olarak Bristol Dil Değerlendirme Aracı'nın (BDDA) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma, Ağustos 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında Konya'da özel bir hastanede 129 anne-bebek çifti ile gerçekleştirildi. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu, BDDA Türkçe versiyonu ve LATCH Emzirme Değerlendirme Aracı ile toplanmıştır.

Bulgular: Taslak ölçek kapsam geçerliliği için 8 uzman tarafından incelenmiştir. Ölçekteki dört maddenin Content Validity Index (CVI) değerinin 0.80'den yüksek, toplam ölçek değerinin 0.94 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0.70 olup Barlett testi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=128.953$, $df=6$, $p=0,000$). BDDA toplam varyansın %55.28'ini açıklamaktadır. Cronbach alfa katsayısı 0.72 olup ölçeğin güvenilir olduğu görülmüştür. Araştırmada madde puanları-ölçek toplam puanı arasında güvenilirlik katsayılarının $r=0.42$ ile 0.78 arasında olmak üzere pozitif yönde ve önemli düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiş olup, ölçeğin madde toplam puan güvenirliliği yüksek bulunmuştur. BDDA ve LATCH arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler: BDDA Türkçe versiyonu dil bağının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.

* This study was presented as an oral presentation at the “3th International 4th National Istanbul Midwifery Days” (8-10 October 2020, Istanbul/Turkey).

Atıf/Citation: Onat, G., Bekmezci, E. & Karakoç, H. (2022). The reliability and validity of the bristol tongue assessment tool in the Turkish language. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 12-20.



“This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)”

INTRODUCTION

Ankyloglossia, also defined as tongue-tie, is a congenital oral anomaly characterized by a short frenulum in which the tip of the tongue cannot extend beyond the lower incisors (Belmehdi, Harti, & Wady, 2018; Rowan-Legg, 2011). Tongue-tie is caused by insufficient apoptosis of the tongue from the floor of the mouth during prenatal differentiation (Belmehdi et al., 2018). It is indicated that its prevalence is between 1% and 10% and it is more common in males (Becker & Mendez, 2019; Belmehdi et al., 2018; Jamilian, Fattahi, & Kootanayi, 2014; Rowan-Legg, 2011).

Tongue-tie is classified according to the region where the lingual frenulum is attached to the floor of the mouth, its thickness, and the flexibility of the floor of the mouth (Genna, 2013). The tie called the lingual frenulum leads to changes in the appearance and function of the tongue since it is close to the tip of the tongue (Genna, 2013; Srinivasan et al., 2019). A thick, fibrous, short, inelastic frenulum and narrow mouth floor significantly affect the language functions (Genna, 2013).

Tongue-tie is an anomaly that causes breastfeeding problems as well as speech problems related to language function (Çaka, Topal, & Altinkaynak, 2017; Pransky, Lago, & Hong, 2015). While breastfeeding problems rate is 3% in those without tongue-tie, its rate is 25% (eight times more) in those with tongue-tie (Ingram et al., 2015). The infant with a very short tongue-tie chews mother's nipple instead of sucking it since they cannot move the tongue properly. Problems such as damage/crack in the nipple, failure to completely empty breasts, pain in the nipple, blocked lactiferous ducts, mastitis, and the loss of trust in the newborn can be observed, and it may also lead to the early start of complementary foods (Becker & Mendez, 2019; Çaka et al., 2017; Rowan-Legg, 2011).

The lack of a Turkish scale to evaluate tongue-tie was the main reason for the planning of this study because there are different opinions about diagnostic criteria. The diagnostic criteria established by several studies are the length of the lingual frenulum, the degree of tongue movement, heart-shaped appearance of the tongue tip, and the thickness of the frenulum (Belmehdi et al., 2018). The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) developed for this purpose is an objective, simple and clear indicator of the severity of tongue-tie. This scale is advantageous because it has a higher possibility of identifying mild to moderate cases compared to other scales, and it is easy to use (Ingram et al., 2015). To increase the awareness of healthcare professionals of "tongue-tie," and to contribute to the identification of tongue-tie type, adaptation of this tool to Turkish is necessary. So, this study aimed to assess the validity and reliability of the Turkish Bristol Tongue Assessment Tool.

METHOD

Research Design

This research was carried out methodologically.

Research Sample

In general, at least 5-10 times more individuals than the total number of items of the scale are selected to perform analyses on a sufficient number of individuals (Erdoğan, Nahcivan, & Esin, 2014). Ingram et al., (2015) who developed the Bristol Tongue Assessment Tool conducted their study with 126 infants during the validity and reliability study of the scale. Following the literature's recommendation and the study by Ingram et al., (2015), 30 times more individuals were selected for the validity and reliability study of the 4-item scale, it was aimed to include 120 mother-infant couples, and 129 mother-infant couples were included within the specified date range. The random sampling method was used to select participants.

The inclusion criteria were mothers who were over the age of 18 years, speaking Turkish, literate, had no health problem that was an obstacle for breastfeeding, volunteered to participate

in the study.

Research Instruments and Processes

This research was conducted in the postpartum department of a private hospital in Konya province from August 2018 to January 2019. The data were collected by the researchers through face-to-face interview and observational evaluation methods.

The data were collected using the LATCH (L: for how well the baby attaches to the breast, A: for the number of swallows, T: for the nipple type, C: for the maternal comfort grade and H: for the amount of assistance that the mother requires when holding her baby to her breast), BTAT and Introductory Information Form.

Introductory Information Form: It was prepared by the researchers by reviewing the literature to evaluate the socio-demographic and obstetric characteristics as well as breastfeeding histories.

Bristol Tongue Assessment Tool: It was developed by Ingram et al. in 2015 (Ingram et al., 2015). It is a 3-point Likert-type scale with four items. The appearance of the tongue tip (1), the connection of the tongue-tie with the lower gingival line (2), the elevation of the tongue as the entire mouth width while crying (3), tongue sticking out of the lower lip (4). The minimum and maximum scores obtained from the scale are 0 and 8, respectively. While high scores indicate that language function is at a good level, scores between 0-3 indicate a significant decrease in language function. The Cronbach's alpha value of the original form of the scale was indicated as 0.70, in this study cronbach's alpha was found to be 0.72 and was found to be suitable for clinical use.

LATCH Breastfeeding Diagnosis and Assessment Tool: It was developed by Jensen and Wallace (Jensen, Wallace, & Kelsay, 1994), and its adaptation to Turkish was conducted by Yenal and Okumuş (Yenal & Okumuş, 2003). The LATCH has five assessment criteria that stand for the first letters of these five criteria in English. L: Latch on the breast; A: Audible swallowing; T: Type of the nipple; C: Comfort breast/nipple, and H: Hold/Help. Items score between 0-2 points. The total score obtained from the tool is 10, and a high score refers to effective breastfeeding. While the Cronbach's alpha value of the original form of the tool 0.93, in this study cronbach's alpha was found to be 0.75.

Data Analysis

To analyse the data, mean, percentage, and standard deviation were used for descriptive characteristics. Transfer of the scale to Turkish language and content validity and construct validity were examined to check the validity of the scale. For content validity, expert opinions were explored and the content validity index (CVI) was calculated. For construct validity, exploratory and confirmatory factor analyses were used. Different tests were used to assess the reliability such as Pearson correlation analysis for concurrent criterion validity of reliability and item analysis, and Cronbach's alpha analysis for internal consistency.

Ethics

The permission for using the English scale was obtained from Jenny Ingram via e-mail. Also, ethics committee approval was obtained before starting the study (dated 18.11.2016 and numbered 2016/005). All participants were informed about the study aims and consent was obtained.

RESULTS

Characteristics of the Participants

The average age of the mothers was 28.36 ± 4.13 (range: 20-38), 45% were housewives, and 50.4% had university education and above. Among mothers, 51.2% had a vaginal delivery at their current birth, 51.2% had their first delivery, 82.9% never had a miscarriage, and 87.6% never had an abortion. The average age (days) of the infants was 1.23 ± 0.42 , 45.7% were male and 63.6% were exclusively breastfed (Table 1).

Table 1. Characteristics of the Participants

Characteristics of mothers	n	%
Education		
Primary school	17	13.2
Middle School	12	9.3
High school	35	27.1
University	65	50.4
Profession		
Worker	23	17.8
Clerk	48	37.2
Housewife	58	45.0
Income status		
Low	103	79.8
Middle	6	4.7
High	20	15.5
Total number of pregnancies		
1	52	40.3
2	45	34.9
3 ≥	32	24.8
Number of living children		
1	66	51.2
2	45	34.8
3 ≥	18	14.0
Number of births		
1	60	46.5
2	47	36.4
3 ≥	22	17.1
Infant's characteristics	n	%
Gender		
Female	70	54.3
Male	59	45.7
What is the method of infants feeding?		
Exclusively breast milk	82	63.6
Exclusively formula	22	17.0
Breast milk and formula	25	19.4
Mode of delivery		
Vaginal delivery	66	51.2
Cesarean with general anesthesia	10	7.7
Cesarean with epidural	53	41.1

Validity Analysis

Language Validity: The following four steps were followed to ensure the language validity of the Bristol Tongue Assessment Tool:

➤ The original scale was translated into Turkish as by the researchers without making any changes on the scale.

➤ The draft scale was translated into English by a native speaker of English and Turkish who was not a member of the research team and had not seen the original scale. Then, it was sent to Jenny Ingram, who developed the original scale, for conformity, and her approval was obtained.

➤ After that, the scale was examined by 8 expert, (3 pediatrics physicians, 2 delivery room midwives, 3 academician of women’s health and obstetrics nurses), and necessary changes were made in line with their recommendations.

➤ Next, a pilot study was performed with 30 mothers to resolve the spelling, expression, or format problems of the scale. This pilot study showed that there was no need to change the scale draft form. Preliminary data of the pilot study were not included in the research data.

Content Validity: For content validity, the draft scale was examined by 8 experts including 3 pediatrics physicians, 2 delivery room midwives, 3 academician women’s health and obstetrics nurses, and necessary changes were made in line with their recommendations. The Davis technique was used to obtain expert opinions. In the Davis technique, items are rated as “appropriate,” “the item should be slightly reviewed,” “the item should be seriously reviewed,” and “the item is inappropriate.” In this technique, the number of experts who marked the options “the item is inappropriate” and “the item should be slightly reviewed” was divided by the total number of experts, and the content validity index (CVI) of the item was obtained. The fact stated that the acceptable level is at least 0.80 (Erdoğan et al., 2014; Karakoç & Dönmez, 2014; Taşkın & Akat, 2010). In this study, the total value of CVI was 0.94 (94%). The lowest and highest scores given by the experts to the items, mean, standard deviations, and CVI values are presented in Table 2.

Table 2. Evaluation of Expert Opinions for Content Validity of Bristol Tongue Assessment Tool Items (S= 8)

Scale Items	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max	Number of Experts Giving 3-4 Points to the Scale	CVI*
1. Tongue tip appearance	1.13±0.35	1-2	8	1.00
Heart shaped	1.00±0.00	1-1	8	1.00
Slight cleft/notched	1.63±0.74	1-3	7	0.88
Rounded	1.00±0.00	1-1	8	1.00
2. Attachment of frenulum to lower gum ridge	1.63±0.74	1-3	7	0.88
Attached at top of gum ridge	1.88±0.64	1-3	7	0.88
Attached to inner aspect of gum	1.75±0.89	1-3	7	0.88
Attached to the floor of mouth	1.38±0.74	1-3	7	0.88
3. Lift of tongue with mouth wide (crying)	1.75±0.71	1-3	7	0.88
Minimal tongue lift	1.75±0.71	1-3	7	0.88
Edges only to mid-mouth	1.88±0.83	1-3	7	0.88
Full tongue lift to mid-mouth	1.50±0.76	1-3	7	0.88
4. Protrusion of tongue	1.13±0.35	1-2	8	1.00
Tip stays behind gum	1.38±0.52	1-2	8	1.00
Tip over gum	1.25±0.46	1-2	8	1.00
Tip can extend over lower lip	1.50±0.76	1-3	8	0.88
Score				0.94

- The minimum and maximum expert assessment score for all items is between 1 and 4.

* Content Validity Index: Number of experts giving 3 and 4 points for item eligibility / total number of experts.

Exploratory Factor Analysis: The principal components analysis and varimax rotation method were used in the exploratory factor analysis for the factor analysis of the Bristol Tongue Assessment Tool. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) coefficient of the scale was found to be 0.70, and Bartlett’s test result was found to be significantly meaningful ($X^2=128.953$, $df=6$, $p=0.000$). In the exploratory factor analysis, the draft scale items were collected in one dimension in accordance with the theoretical structure (Table 3). The Bristol Tongue Assessment Tool explains 55.28% of the total variance.

Table 3. Explained Total Variance Analysis of Bristol Tongue Assessment Tool

Item	Total Variance Explained					
	Initial Eigenvalues			Extraction sums of squared loadings		
	Score	Variance percentage (%)	Cumulative %	Score	Variance percentage (%)	Cumulative %
1	2.211	55.284	55.284	2.211	55.284	55.284
2	0.911	22.781	78.065			
3	0.559	13.964	92.029			
4	0.319	7.971	100.000			

Confirmatory Factor Analysis: The predetermined factor structure of the Bristol Tongue Assessment Tool was tested by confirmatory factor analysis. The goodness of fit values obtained as a result of confirmatory factor analysis which are presented in Table 4.

Table 4. Confirmatory Factor Analysis Compatibility Values of Bristol Tongue Assessment Tool

DFA Compatibility Value	Bristol Tongue Assessment Tool
CMIN/DF	0.680:2=0.340
RMSEA	0.000
CFI	1.000
NFI	0.995
GFI	0.997
RMSEA	0.000

Reliability Analysis

Internal Consistency: For internal consistency, BTAT’s Cronbach's alpha coefficient was used and it was 0.72.

Item Analysis: Using the Pearson correlation analysis, it was determined that the correlation reliability coefficients were positively and statistically significantly correlated between $r=0.42$ and 0.78 ($p<0.001$, Table 5).

Table 5. Bristol Tongue Assessment Tool Item-Total Score Correlations

Scale Items	r	p
1. Tongue tip appearance	0.417	0.000
2. Attachment of frenulum to lower gum ridge	0.674	0.000
3. Lift of tongue with mouth wide (crying)	0.777	0.000
4. Protrusion of tongue	0.782	0.000

Concurrent criterion validity: For the criterion validity, it was determined that there was no statistically significant correlation between the scale scores and concurrently measured LATCH Scale scores ($r=0.105$, $p=0.237$, $p>0.05$).

DISCUSSION

The purpose of this study was to adapt the Bristol Tongue Assessment Tool to Turkish and assess its validity and reliability. In general, our result showed that the Bristol Tongue Assessment Tool is a highly valid and reliable diagnostic tool, which can be used in Turkish.

The recommended steps were applied to ensure the language validity of the scale. Validity is understood as the ability of a structured scale to predict certain events or its relationship with the measurement of other structures. The three main types of validity are content validity, construct validity and criterion-based validity (Avşar, 2017).

Content validity is assessed to evaluate whether the scale and each item in the scale measure the concept intended to be measured and whether they include different concepts. For content validity, the CVI value is obtained by receiving the opinions of the relevant experts (Erdoğan et al., 2014; Polit & Beck, 2010). The fact that the CVI value is at least 0.80 refers to an acceptable level (DeVellis, 2012; Erdoğan et al., 2014; Karagöz, 2014; Karakoç & Dönmez, 2014; Taşkın & Akat, 2010). In the study, it was determined that the CVI value of all four items in the scale examined by 8 experts was higher than 0.80 and that the total scale CVI value was 0.94 (94%).

Exploratory factor analysis is the examination to obtain information about the measured sub-dimensions instead of testing a particular hypothesis. It is aimed to create a model suitable for the structure of the data. In the exploratory factor analysis, the suitability of the data set for factor analysis is evaluated in the first stage. Therefore, Bartlett's test is applied to test whether the KMO value and variables are correlated with each other. The KMO value of below 0.50 indicates that the sample size is not sufficient for validity analysis (Erdoğan et al., 2014). In this study, the fact that the KMO coefficient was found to be 0.70 indicated that the sample was suitable for factor analysis, and the fact that Bartlett's test was significantly meaningful ($p=0.000$) indicated that the correlation matrix of items was suitable for performing factor analysis. Sub-dimensions were obtained in the next step. In the study, tests were performed with different numbers of sub-dimensions, and the items were collected in one sub-dimension in accordance with the theoretical structure.

For the construct validity of a scale, the "goodness of fit statistics" produced in confirmatory factor analysis should be at the desired level (Erdoğan et al., 2014). CMIN/DF, RMSEA, CFI, and NNFI are examined as the goodness of fit statistics. Accordingly, the CMIN/DF values of 5 and below 5 indicate an acceptable goodness of fit, (Çapık, 2014; Erdoğan et al., 2014) and the values below 0.05 for RMSEA indicate a good fit (Erkorkmaz, Etikan, Demir, Özdamar, & Sanisoğlu, 2013; Kline, 2011).

The CFI value of equal to or greater than 0.90 and the NNFI value of equal to or greater than 0.90 also indicate a good fit. In the study, the CMIN/DF value of $0.680:2=0.340$ indicated that the model was an acceptable model, the RMSEA value of (0.000) indicated a good fit, and the CFI (1.00) and NNFI (0.995) values indicated that the scale items had a perfect fit with the sub-dimensions (Table 2).

Internal consistency is reliability that determines whether all aspects of the scale have a measurement capability. For a scale to have internal consistency reliability, it should be proven that all sub-dimensions of the scale measure the same feature (Erdoğan et al., 2014; Polit & Beck, 2010). The most appropriate way to determine the internal consistency is to calculate Cronbach's alpha reliability coefficient. It is frequently used while determining the internal consistency of Likert-type scales (Erdoğan et al., 2014; Polit & Beck, 2010). A scale is quite reliable if Cronbach's alpha reliability coefficient is between 0.60-0.80 (Karagöz, 2014). In this study, Cronbach's alpha reliability coefficient was found to be 0.72, and the scale was found to be reliable according to the internal consistency coefficients.

Item-total correlation is calculated by comparing the variance of each test item with the variance of the total test score and examining the correlation between them. If the items in the scale are of equal weight and independent items, the correlation coefficient between each item and total values is expected to be high (Erdoğan et al., 2014). Items with high value are more desirable than items with low value (Sağkal, 2017). In the study, it was determined that there was a positive and statistically significant correlation between item scores and the scale's total score. This result indicated that the item total score reliability of the scale was high.

Invariance is the ability of the measurement tool to give consistent results from application to application and to show invariance over time. When the same measurement tool is applied to individuals at different times, the fact that responses of individuals to the measurement tool items are similar, in other words, they are consistent, indicates the invariance of the measurement tool. It is an essential feature for a reliable measurement tool. Invariance can be proven by test-retest and parallel form reliability (Erdoğan et al., 2014; Polit & Beck, 2010). However, this method is not suitable for this study in case of the possibility of early discharge from the hospital and the possibility that the intervening 15-day period will change the results. The “parallel form” technique was preferred due to the above-mentioned reasons. A parallel form sample is called alternative or equivalent form reliability. It is applied when there is an alternative form of the concept intended to be measured. This method is preferred, especially if the researcher wants to prove that the test he/she uses is powerful (Erdoğan et al., 2014). It was determined that there was no significant correlation between the mean score of the Bristol Tongue Assessment Tool and the mean score of the LATCH scale, which was used as a parallel form. It was observed that this result was affected by the fact that the use of the LATCH in the early postpartum period was not very convenient.

CONCLUSION AND SUGGESTIONS

It was determined that the Bristol Tongue Assessment Tool is a highly valid and reliable diagnostic tool, which can be used in Turkish. We recommend the use of the Bristol Tongue Assessment Tool in order to of healthcareprofessionals detection and evaluation of “tongue-tie”.

Financial Support

No financial support.

Conflict of Interest

No conflict of interest.

Author Contributions

Design: G.O, E.B., Data Collection or Processing: G.O, E.B., Analysis or Interpretation: G.O, E.B., H.K., Literature Search: G.O, E.B., Writing: G.O, E.B., H.K.

REFERENCES

- Becker, S. & Mendez, M. D. (2019). Ankyloglossia. *Treasure Island: StatPearls Publishing*.
- Belmehtdi, A., Harti, K., & Wady, W. (2018). Ankyloglossia as an oral functional problem and its surgical management. *Dental and Medical Problems*, 55, 213-216. <https://doi.org/10.17219/dmp/85708>
- Çaka, S., Topal, S., & Altınkaynak, A. (2017). Problems encountered during breastfeeding. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*, 3, 120-128. https://www.researchgate.net/publication/319207881_Anne_Sutu_ile_Beslenme_Karsilasilan_Sorunlar_Problems_Encountred_During_Breastfeedinghttps://www.researchgate.net/publication/319207881_Anne_Sutu_ile_Beslenme_Karsilasilan_Sorunlar_Problems_Encountred_During_Breast_feeding
- Çapık, C. (2014). Use of confirmatory factor analysis in validity and reliability studies. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(3), 196-205. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29691>
- DeVellis, R. (2012). Scale Development Theory and Applications (4 ed.). *Chapel Hill, USA: SAGE Publications*.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N. & Esin, N. (Eds.). (2014). Data collection methods and tools & reliability and validity of data collection tools. *İstanbul: Nobel Medical Bookstore*.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K. & Sanisoğlu, S. Y. (2013). Confirmatory factor analysis and fit indices. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26747>
- Genna, C. (2013). Supporting sucking skills in breastfeeding infants. In Gerçek E, Didişen AN, Karabudak SS, (Eds): Nobel Akademik Publishing.
- Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., Taylor, H., & Emond, A. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 100(4), F344-F349. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>

- Jamilian, A., Fattahi, F., & Kootanayi, N. (2014). Ankyloglossia and tongue mobility. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 15(1), 33-35. <https://doi.org/10.1007/s40368-013-0049-0>
- Jensen, D., Wallace, S. & Kelsay, P. (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 23(1), 27-32. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x>
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS applied biostatistics*. Ankara: Nobel Publishing, (1 nd ed.)
- Karakoç, F. & Dönmez, L. (2014). Basic principles in scale development studies. *Medical Education World*, 40(1), 39-49. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/199275>
- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling, third. In: *New York: The Guilford Press*.
- Polit, D. & Beck, C. (2010). Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization (Vol. 7). *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*.
- Pransky, S., Lago, D. & Hong, P. (2015). Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: The influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(10), 1714-1717. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.07.033>
- Rowan-Legg, A. (2011). Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatrics & Child Health*, 16(4), 222. <https://doi.org/10.1093/pch/16.4.222a>
- Sağkal, A. (Ed.) (2017). Scale development principles (3 nd ed.). Ankara: Nobel Academic Publishing.
- Srinivasan, A., Al Khoury, A., Puzhko, S., Dobrich, C., Stern, M., Mitnick, H., & Goldfarb, L. (2019). Frenotomy in infants with tongue-tie and breastfeeding problems. *J Hum Lact*, 35(4), 706-712. <https://doi.org/10.1177/0890334418816973>
- Şengül Avşar, A. Validity. Scale Development. Ankara: Nobel Publisher. 2017; 59-72.
- Taşkın, Ç., & Akat, Ö. (2010). Structural equation modeling in research methods. Bursa: Ekin Publisher.
- Yenal, K., & Okumuş, H. (2003). A study examining the reliability of the LATCH breastfeeding diagnostic tool. *Journal of Research and Development in Nursing*, 1, 38-44. <http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2003/2003-vol5-say1-76.pdf>

The Relationship Between Pregnant Women's Prenatal Attachment Levels and Health Practices During Pregnancy and Affecting Factors

Arzu ABİÇ¹  Ahu AKSOY CAN²  Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ³ 

¹Eastern Mediterranean University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Gazimağusa, Turkish Republic of Northern Cyprus, arzu.abic@gmail.com (Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

²Mersin University, Faculty of Nursing, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Mersin, Turkey, aksoyahu91@gmail.com

³Mersin University, Faculty of Nursing, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Mersin, Turkey, duyguulu@gmail.com

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 21.09.2021

Accepted: 21.12.2021

Published: 25.04.2022

Keywords:

Prenatal Attachment,
Pregnancy,
Health Promotion,
Nursing.

Purpose: The aim of the study was to examine the factors affecting maternal satisfaction and early parenting behavior at birth and the relationship between them.

Method: The research is descriptive and relationship-seeking. It was conducted with 168 women who had just given birth at the Faculty of Medicine Hospital in Konya and met the inclusion criteria between 03.04.2020 and 03.06.2020. The data of the study were collected during the introductory information form, Postpartum Satisfaction Scale and Postpartum Parenting Behavior Scale.

Results: It was found that there is a statistically significant relationship between the type of delivery, income status and planned pregnancy status of the women and their postpartum satisfaction scores. A significant relationship was observed between birth type, age, pregnancy and number of living children and postpartum early parenting behavior. It was determined that there was a weak, positive and statistically significant relationship between postpartum satisfaction and early parenting behavior.

Conclusions and Suggestions: Our study results showed that as women's postpartum satisfaction increases, their early parenting behaviors may also increase. Health professionals, especially midwives, should adopt and provide evidence-based and holistic care in order to increase birth satisfaction. This will lead to an increase in positive parenting behaviors that will affect the future life of the baby.

Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ile Gebelikteki Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörler

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 21.09.2021

Kabul: 21.12.2021

Yayın: 25.04.2022

Anahtar Kelimeler:

Prenatal Bağlanma,
Gebelik,
Sağlık Uygulamaları,
Hemşirelik.

Amaç: Bu araştırma, üçüncü trimesterde bulunan gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile gebelikteki sağlık uygulamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırmanın örneklemini 134 üçüncü trimester gebe oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan gebe tanımlama formu, Prenatal Bağlanma Envanteri ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada gebelerin prenatal bağlanma ve gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi ($r=0.496$; $p<0.001$). Araştırmamızda öğrenim düzeyi yüksek olan ve gebelikleri planlı olan kadınların prenatal bağlanma ve gebelikteki sağlık uygulamaları düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Buna ek olarak çalışan, gelir durumu iyi olan ve primipar gebelerin gebelikte sağlık uygulamalarına katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler: Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri arttıkça gebelikte sağlık uygulamalarına katılımının arttığı belirlendi. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda verilecek hemşirelik bakımında gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri göz önüne alındığında gebelerin sağlık uygulamalarına katılımı artırılabilir.

*Bu çalışma 07-09 Ocak 2021 tarihinde 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Citation: Abiç, A., Aksoy Can, A. & Vefikuluçay Yılmaz, D. (2022). The relationship between pregnant women's prenatal attachment levels and health practices during pregnancy. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 21-28.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). (CC BY-NC 4.0)"

INTRODUCTION

Pregnancy is a crucial time for mothers, newborn, and child that needs some health practices. Health practices during pregnancy is defined as the activities surrounding the health of pregnant women as well as the fetus and newborn which affecting the course and result of the pregnancy (Lindgren, 2005). These practices involve balanced nutrition, not smoking or consuming alcohol, not using redundant pills, adequate physical activity, and participation in prenatal courses. Following these health practices can improve the health of the mother, fetus, and newborn and decrease the rate of negative health results (Lindgren, 2003; Alhusen et al., 2012; Alhusen et al., 2016). However, improper execution of these commands may lead to several problems such Health practices during pregnancy is defined as the activities surrounding the health of pregnant women as well as the fetus and newborn which affecting the course and result of the pregnancy (Lindgren, 2005). as stillbirth, premature birth, premature rupture of membranes, low birth weight, congenital anomalies, and mental retardation (Aksoy and Vefikuluçay Yılmaz, 2019).

Health practices during pregnancy have a crucial role in prenatal care. The Antenatal Care Model of the World Health Organization (WHO) and the Prenatal Care Management Guide of the Ministry of Health in Turkey suggest four follow-ups practices during pregnancy. These follow-ups practices include the detection of pregnancy complications, immunizations, assessment of alcohol use and smoking, detection of teratogens and other viral diseases, and acquisition of healthy life behaviors (World Health Organization, 2016; TC Sağlık Bakanlığı, 2014).

Studies showed that participation of mothers in health practices during pregnancy is related to many factors such as mental state, social support, health education, and planning of the pregnancy (Alhusen et al., 2016, Sezer and Sen, 2020, Hadian et al., 2019, Lindgren, 2001, Lancaster et al., 2010, Yanikkerem et al., 2013). One important factor that may affect participation in health practices during pregnancy is prenatal attachment (Maddahi et al., 2016). Prenatal attachment is a special relationship developed between the mother and fetus during pregnancy (Salehi and Kohan, 2017). The mother's acceptance of the changes that occur in her body during pregnancy and her ability to transfer positive emotions to her baby underlies this attachment. Prenatal attachment causes pregnant women to adapt to the motherhood role and establish a healthy relationship with her baby during the postpartum period (Abazari et al., 2017; Alhusen et al., 2013; Wada et al., 2020). Also, it was determined that pregnant women with a high level of prenatal attachment demonstrate more positive health behaviors and practices since they think that this will positively affect the health of their babies (Canella et al., 2018).

Health practices during pregnancy and prenatal attachment are two closely related factors. To the best of our knowledge, there are very few studies related to this subject, which is important for the protection and maintenance of society's health, especially the mother's and children's health. The result of this study can provide guidance in the planning of the consultancy related to the prenatal period and the delivery of nursing services. So, this study aimed to determine the relationship between the prenatal attachment levels of pregnant women in the third trimester and health practices during pregnancy.

METHOD

Research Design

This was a descriptive cross-sectional study that was conducted from 2019 to 2020 in Turkey.

Research Sample

The population included 134 pregnant women in the third trimester who applied to the Non-Stress Test Polyclinic of a public hospital for prenatal follow-up between the dates of November 2019 to January 2020. The inclusion criteria were the age 18 and above, being able to speak Turkish fluently,

not having any communication problem, chronic disease, or infertility treatment history, and being agree to participate in the study. The sample size of the study was calculated to be 82 with 80% statistical power and 0.05 margin of error considering the efforts to find a correlation of 0.3 rates, meaning mediocre effect size, between the Prenatal Attachment Inventory (PAI) and Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II (HSQ-II) using the G Power 3.1.9.4 program.

Research Instruments and Processes

Data were collected using Prenatal Attachment Inventory (PAI) and Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II (HSQ-II) as well as an identification form prepared by researchers in line with literature.

Pregnant Women Identification Form: This form included eight questions regarding the pregnant women's sociodemographic characteristics (age, education, Job, and income) and their obstetric characteristics (gravida, planning status of the pregnancy, experiencing health issues during pregnancy, and knowing the gender of the baby) (Lindgren, 2003; Lindgren, 2005; Alhusen et al., 2012; Alhusen et al., 2013; Alhusen et al., 2016; Abrazi et al., 2017).

Prenatal Attachment Inventory: This tool was developed by Muller in 1993 and adapted to Turkish by Yilmaz and Beji in 2009. This scale evaluate prenatal attachment and have 21 short items. The scale is scored with a 4-Likert options of "almost always (4 points)," "most of the time (3 points)," "sometimes (2 points)," and "almost never (1 point)". The lowest score is 21 and the highest score is 84. A higher score indicates a higher level of prenatal attachment. Yilmaz and Beji found the total Cronbach's Alpha coefficient to be .84 (Yilmaz and Beji, 2013). In this study, the Cronbach's Alpha coefficient was .90.

Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II: This scale was used to collect the health practices of the pregnant women. This scale was developed in 2005 by Lindgren and its Turkish reliability and validity study was conducted in 2006 by Er. The scale includes 34 questions. However, during the Turkish reliability and validity study, a question related to marijuana abuse had a low internal validity mean score; therefore, it was excluded from the scale and the scale was administered with 33 questions. Items 5, 6, 7, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 32, and 33 are reverse items and their coding is reversed. The lowest score is 33 and the highest score is 165. The highest score indicates that the best health practices were used during pregnancy. The lowest score indicates poor health practices. The Cronbach's alpha coefficient of the Turkish form of the scale is .74 (Er, 2006). In this study the Cronbach's Alpha coefficient was .77.

Data Analysis

Data were analyzed by a biostatistic specialist using the SPSS 20.0 package program (Statistical packet for Social Sciences for Windows). Descriptive statistic test were percentage, mean, and standard deviation. Variables were evaluated in terms of normality and homogeneity after controlling for prerequisites (Shapiro-Wilk Test and Levene test). Analytic statistic tests were Student's t-test for two-group mean score comparison, One Way ANOVA for mean score comparison of more than two groups, and Tukey test for multiple comparison tests. Pearson's correlation coefficient was used to determine the relationship between the two continuous variables. The level of statistical significance was considered at $p < 0.05$. Test power was found to be 99% at the end of the study.

Ethic

The social sciences and humanities ethics committee of a public university approved this study on October 2019 (numbered 027). Also, written and oral permissions were obtained from the pregnant women who agreed to participate in the study.

RESULTS

Our analysis showed that the mean age of the pregnant women was 27.55±5.78. In total, 76.1% were not working, 69.4% had an equal income to their expenses, and 61.2% were multipara. Also, 70.9% had a planned pregnancy, 79.1% did not experience any health issues during pregnancy, and 53% had a male unborn baby. As table 1 indicates the mean PAI scores of the pregnant women were 61.57±11.73 and their mean HSQ-II scores were 123.48±14.00.

Table 1. Pregnant Women's Mean PAI and HSQ-II Scores (n=134)

	$\bar{X}\pm SD$	Min.-Max.	Cronbach α
PAI	61.57±11.73	35-84	.90
HSQ-II	123.48±14.00	84-151	.77

Our analysis showed significant difference between the mean scores of PAI and the education levels, whether the pregnancy was planned or not, and having any health issues during pregnancy (p<0.05) (Table 2). However, no statistically significant difference was found between the total score of PAI and the Gravida classification. However, primipara pregnant women's scores in the items of "I like to feel the movements of my baby," "I plan what will I do with my baby," and "I wonder where I touch on my baby's body" were significantly higher compared to multiparas.

Also, there were a statistically significantly difference between the mean scores of HSQ-II and the level of education, working status, level of income, gravida, and pregnancy's planning situation (p<0.05). Especially, primiparas possibilities to "regularly exercise at least three times a week twenty minutes a day," "take the multivitamins and prenatal vitamins prescribed by the physician or midwife," "attend the prenatal appointments," and "participate in prenatal class or plan to participate in an prenatal class" were determined to be highly significant compared to multiparas (p<0.05) (Table 2).

Table 2. Mean scores of PAI and HSQ-II According to Sociodemographic and Obstetrics Characteristics of Pregnant Women (n=134)

	n	Mean PAI Scores		Mean HSQ-II Scores	
		$\bar{X}\pm SD$	test / P	$\bar{X}\pm SD$	test / P
Education level^a					
Illiterate	16	52.62±13.06		114.00±12.42	
Primary school	52	59.73±12.62	<i>F</i> / p	116.63±12.67	<i>F</i> / p
High school	38	61.47±8.80* †	10.407 / <0.001	126.68±10.27* †	25.225 /
University and more	28	70.21±6.69* † ‡		137.28±8.78* † ‡	<0.001
Working					
Yes	32	64.78±10.93	<i>t</i> / p	131.93±14.13	<i>t</i> / p
No	102	60.55±11.85	1.790 / 0.076	120.83±12.93	4.143 / <0.001
Income Status^a					
Income<Expenditures	33	60.21±12.50		117.63±14.77	
Income=Expenditures	93	61.52±11.61	<i>t</i> / p	124.88±13.39*	<i>t</i> / p
Income>Expenditures	8	67.62±8.95	1.291 / 0.278	131.37±10.71*	4.877 / 0.009
Gravida					
Primipara	52	63.07±11.87	<i>t</i> / p	127.500±14.62	<i>t</i> / p
Multipara	82	60.60±11.62	1.187 / 0.237	120.93±13.05	2.704 / 0.008
Pregnancy					
Planned	95	63.14±11.24	<i>t</i> / p	126.58±12.23	<i>t</i> / p
Not planned	39	57.71±12.15	2.479 / 0.014	115.92±15.27	4.254 / <0.001
Experiencing health problems during pregnancy					
Yes	28	62.61±11.51	<i>t</i> / p	123.16±14.47	<i>t</i> / p
No	106	57.60±11.93	2.031 / 0.044	124.67±12.22	-0.506 / 0.614
Gender of the Baby^a					
Girl	57	60.12±12.26		122.75±13.53	
Boy	71	62.56±11.23	<i>F</i> / p	124.74±14.41	<i>F</i> / p
I don't know	6	63.50±13.09	1.347 / 0.264	115.50±12.37	0.766 / 0.467

^a Analysis of variance

* Difference from the first category

† Difference from the second category

‡ Difference from the third category

This study found a positive mediocre significant correlation between PAI and HSQ-II ($r=0.496$; $p<0.001$). Accordingly, as the prenatal attachment levels of pregnant women increased, their participation levels in the health practices during pregnancy also increased (Table 3).

Table 3. Relationship Between PAI and HSQ-II Mean Scores of the Pregnant Women

	Statistical Value	HSQ-II
PAI	r*	0.496
	p	<0.001

*Pearson’s Correlation

DISCUSSION

This study aimed to determine the relationship between prenatal attachment and health practices during pregnancy. Our results showed that as the prenatal attachment levels of pregnant women increased, their participation levels in the health practices during pregnancy also increased.

This study showed that the prenatal attachment levels of the pregnant women was mediocre (61.57 ± 11.73). Previous studies result also were similar with this study (Coşkun et al., 2019; Bakır and Sarıazayim, 2020). A review of the literature showed that a higher prenatal attachment level is related to positive pregnancy, labor, and postpartum results. Pregnant women with a higher prenatal attachment have a healthier pregnancy, less labor-related fear, and a lower rate of depression and anxiety in the postpartum period (Salehi and Kohan, 2017; Coşkun et al., 2019; Bakır and Sarıazayim, 2020; Pakseresht et al., 2018).

The minimum score of participation in health practices was 33 and the maximum score was 165. Thus, pregnant women’s participation in the health practices was at a good level (123.48 ± 14.00). Participation in health practices during pregnancy decreases risky pregnancies and postpartum complications, causes newborns to be healthy, and decreases the burden on healthcare services (Alhusen et al., 2016).

One of our findings was that prenatal attachment was directly affected by the status of pregnancy (planned or not). So, planned pregnancies can increase the prenatal attachment level. Previous studies also support this finding (Ossa et al., 2012; Yılmaz and Beji, 2013; Karakoç and Ozkan, 2017; Pakseresht et al., 2018; Coşkun et al., 2019; Karabulutlu et al., 2020; Çelik and Güneri, 2020). Pregnant women with unplanned pregnancies fall behind in receiving health care services, encounter more risky situations, have more complications, and have less self-care (Boden et al., 2015; Goossens et al., 2016; Sreewart et al., 2016; Canella et al., 2018). In this regards, Zibellina et al. highlighted that a planned pregnancy and women’s level of education has great importance for the increase of prenatal attachment and a healthy pregnancy. They said that as the level of education increased, prenatal attachment levels also increased (Zibellina et al., 2021). Similarly, Yılmaz and Beji (2013) and Çelik and Güneri (2020) found that the level of attachment between mother and baby increased during the prenatal period as the mother’s level of education increased (Yılmaz and Beji, 2013; Çelik and Güneri, 2020). These results can be explained by the fact that women with higher level of education and planned pregnancies are ready to carry out their new roles and responsibilities.

This study also found that pregnant women who worked and had a good income participated more in the health practices. Similarly, previous studies showed that participation in health practices was associated with several sociodemographic characteristics. It was said that women’s participation in health practices increases as their socioeconomic level increases (Onat and Aba, 2014; Gokyildiz et al., 2014). As Kim et al. stated, the socio-economical levels can affect nutrition, exercise, going to the pregnancy follow-ups, and taking the necessary vitamins during the pregnancy period (Kim et al., 2018). The level of education, working, and income status are the most significant determiners of the socioeconomic status and provided advantages for women to access health practices during pregnancy and the later periods, contributing to the mother’s and child’s health.

This study found that the participation in the health practices of multiparas was lower than that of the primiparas. Also, in a meta-analysis it was found that parity may decrease following health practices during subsequent pregnancies (Canella et al., 2018). This result indicated that multiparas were in a risky group in terms of health practices and they should be evaluated more carefully by nurses.

Furthermore, we found that as the prenatal attachment levels increased among pregnant women, the level of participation in health practices also increased. Brandon et al. (2009) indicated that pregnant women with higher prenatal attachment levels had higher levels of participation in health practices (Brandon et al., 2009). Also, Canella et al. (2018) found that prenatal attachment is a significant factor in health practices during pregnancy (Canella et al., 2018). So, nursing interventions that can evaluate and increase prenatal attachment seems to play a significant role in bringing health practices to the desired level during pregnancy.

CONCLUSION AND SUGGESTIONS

Our results showed that as the prenatal attachment levels of pregnant women increased, their participation levels in the health practices during pregnancy also increased. So, it is important to learn strategies to increase prenatal attachment to develop positive health behaviors during the prenatal period as well as using informing and consulting services. These consultancy services should involve not only the pregnant women but also the spouse and other family members. It should be highlighted that inadequate prenatal attachment may have negative effects on health practices performed by pregnant women. Women's health nurses can play a crucial role in these consultant services and it is recommended to determine the prenatal attachment levels of pregnant women and the affecting factors. Also, support groups should be created regarding prenatal care and training should be provided regarding the subject. Also, the relationship between prenatal attachment and health practices during pregnancy should be deeply explored by a qualitative studies or a quantitative one with larger sample groups.

Financial Support

No financial support.

Conflict of Interest

No conflict of interest.

Author Contributions

Design: A.A., A.A.C., D.V.Y., Data Collection or Processing: A.A., A.A.C., Analysis or Interpretation: A.A., A.A.C., Literature Search: A.A., A.A.C., D.V.Y., Writing: A.A., A.A.C., D.V.Y.

Acknowledgements

We thank all pregnant women who supported the conduct of the study.

REFERENCES

- Abazari, F., Pouraboli, B., Tavakoli, P., Aflatoonian, M., & Kohan, M. (2017). Anxiety and its relationship with maternal fetal attachment in pregnant women in southeast of Iran. *i-Manager's Journal on Nursing.*, 7(3), 16-27. <https://doi.org/10.26634/jnur.7.3.13788>
- Aksoy, A., & Vefikuluçay, Yılmaz, D. (2019). Toplum sağlığını arttırmada yeni bir hizmet modeli: prekonsepsiyonel bakım ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.*, 16(1), 60-67. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.060>
- Alhusen, J.L., Gross, D., Hayat, M.J., Woods, A.B., & Sharps, P.W. (2012). The influence of maternal fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Res Nurs Health.* 35, 112-120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22262085/>
- Alhusen, J.L., Hayat, M.J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521-529. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23737011/>

- Alhusen, J.L., Ayres, L., & DePriest, K. (2016). Effects of maternal mental health on engagement in favorable health practices during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 61(2), 210-216. doi: 10.1111/jmwh.12407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26849176/>
- Bakır, N., Ölçer, Z., & Oskay, Ü. (2014). Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1, 16–36. <https://dergipark.org.tr/en/download/issue-file/7875>
- Bakır, N., & Sarızayım, S. (2020). The relationship between psychosocial health and prenatal attachment in pregnant women. *Perinatal Journal.*, 28(2), 73–81. <https://www.perinataldergi.com/Files/Archive/tr-TR/Articles/PJ-69e8e270-91d0-4163-a7d1-9ac70d61a409.pdf>
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2015). Outcomes for Children and Families Following Unplanned Pregnancy: Findings from a Longitudinal Birth Cohort. *Child Indic Res.* 8(2), 389-402. doi:10.1007/s12187-014-9241-y. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12187-014-9241-y.pdf>
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Stringer, C.A., & Evans, H.M. (2009). A History of The Theory of Prenatal Attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 23, 201–222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083029/pdf/nihms184421.pdf>
- Cannella, B.L., Yarcheski, A., & Mahon, N.E. (2018). Meta-analyses of predictors of health practices in pregnant women. *Western Journal of Nursing Research*. 40(3), 425-446. <https://doi.org/10.1177/0193945916682212>
- Coşkun, A., Okcu, G., & Arslan, S. (2019). The impact of distress experienced during pregnancy on prenatal attachment. *Perinatal Journal*. 27(2), 49–55. <https://www.readcube.com/articles/10.23999/2Frpn.19.0272001>
- Çelik, F.P., & Güneri, S.E. (2020). The relationship between adaptation to pregnancy and prenatal attachment in high-risk pregnancies. *Medicina Academica Mostariensia*. 8(1), 170-177. <https://hrcaak.srce.hr/file/381901>
- Er, S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dissertation [Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi]. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/gebelikte-saglik-uygulamalari-olcegi-toad.pdf>
- Gokyildiz, S., Alan, S., Elmas, E., Bostancı, A., & Kucuk, E. (2014). Health promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. *International Journal of Nursing Practice.*, 20(4), 390-397. <https://doi.org/10.1111/ijn.12187>
- Goossens, J., Van, Den, Branden, Y., Van, der, Sluys, L., Delbaere, I., Van, Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Hum Reprod*. 31(12), 2821-2833. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew266>
- Hadian, T., Mousavi, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2019). Adolescent pregnant women's health practices and their impact on maternal, fetal and neonatal outcomes: A mixed method study protocol. *Reproductive Health*. 16(45). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0719-4>.
- Karabulutlu, Ö., Beydağ, K.D., & Lazoğlu, M. (2020). Prenatal attachment levels and affectig factors of pregnant women living in istanbul and kars. *Kafkas J Med Sci.*, 10(1), 24–31. doi: 10.5505/kjms.2020.35002. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1151016>
- Karakoç, H., & Ozkan, H. (2017). The relationship with prenatal attachment of psychosocial health status of pregnant women. *International Journal of HealthSciences*. 5(1), 36-46. http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol_5_No_1_March_2017/6.pdf
- Kim, M.K., Lee, S.M., Bae, S.H., Kim, H.J., Lim, N.G., Yoon, S.J., Lee, J.Y., & Jo, M.J. (2018). Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system. *International Journal for Equity in Health*. 17, 2. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-017-0715-7.pdf>
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., & Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919747/pdf/nihms-204040.pdf>
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24(3):,203-217. <https://doi.org/10.1002/nur.1023>
- Lindgren, K.A. (2003). Comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 32, 313-321. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x>
- Lindgren, K. (2005). Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 34, 465–472. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515342842?via%3Dihub>
- Maddahi, M.S., & Dolatian, M. (2016). Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electronic Physician*, 8(7), 2639-2644. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5014503/pdf/epj-08-2639.pdf>
- Onat, G., & Aba, Y.A. (2014). Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turkish Journal of Public Health.*, 12(2), 69-79. <https://doi.org/10.20518/thsd.69694>

- Ossa, X., Bustos, L., & Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), 689–696. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0266613811001318?token=322AB8C0AD1D88963E2EAF993A0412A862314946B009F9DCB654B43077A711F62DDD01D0D81745314641C428C721BE5A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220223074131>
- Pakseresht, S., Rasekh, P., & Leili, E.K. (2018). Physical health and maternal-fetal attachment among women: Planned versus unplanned pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 335-341. http://ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_298.pdf
- Salehi, K., & Kohan, S. (2017). Maternal-fetal attachment: what we know and what we need to know. *International Journal of Pregnancy & Child Birth*, 2(5), 146–148. <https://medcraveonline.com/IPCB/IPCB-02-00038.pdf>
- Sezer, G., & Sen, S. (2020). The effect of individual counseling intervention on health practices in pregnancy: A randomized controlled trial. *Health Education Research*, 35(5), 450-459. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa025>
- Stewart, H., McCall, S.J., McPherson, C., Towers, C.L, Lloyd, B., Fletcher, J., & Bhattacharya, S. (2016). Effectiveness of peri-abortion counselling in preventing subsequent unplanned pregnancy: A systematic review of randomised controlled trials. *J Fam Plann Reprod Health Care.*, 42(1), 59-67. <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/42/1/59.full.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Öncesi Bakım Rehberi. 2014. Accessed May 18, 2020. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>
- Wada, F.H., Prabandari, Y.S., & Hapsari, E.D. (2020). Bonding and attachment experience among postnatal mothers with spontaneous childbirth. *Belitung Nursing Journal.*, 6(1), 14-20. <https://doi.org/10.33546/bnj.779>
- World Health Organization (WHO) (2016). Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary. Highlights and Key Messages from the World Health Organization's 2016 Global Recommendations for Routine Antenatal Care. Accessed May 18, 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf;jsessionid=F6025C1A56C9C4D8C7AE5B1946F31329?sequence=1>
- Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x>
- Yılmaz, S.D, & Beji, N.K. (2013). Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 103-109. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29648>
- Yılmaz, S.D, & Beji, N.K. (2013). The effects of perinatal loss on the current pregnancy in Turkey. *Midwifery*, 29(11), 1272–1277. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0266613812002240?token=5AE63C0A55852985861D952771E903ABE39D874DEDB659306212D9463DCFFB9EA2B58483189DE8B4DE9A47BE259E32EC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220223074905>
- Zibellinia, J., Muscat, D.M, Kizirianc, N., & Gordon, A. (2021). Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women and Birth.*, 34(2), 180-186. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1871519219308546?token=F892C596F1202F2CE9640089D9A2F331515B536FB8422BD93D10D5B28539BB8D416F1A84247221A02C0BE98B28AAB5B1&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220223074941>

Choosing Nursing As a Profession During The Covid-19 Pandemic

Funda KARAMAN¹  Ayşe Nur YEREBAKAN²  Sultan ÇAKMAK³ 

¹Istanbul Gelisim University, Faculty of Health Sciences, Department of (English) Nursing, Istanbul, Turkey, fkaraman@gelisim.edu.tr (Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

²Istanbul Gelisim University, Faculty of Health Sciences, Department of (English) Nursing, Istanbul, Turkey, anyerebakan@gelisim.edu.tr

³Istanbul Gelisim University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Istanbul, Turkey, sucakmak@gelisim.edu.tr

Article Info

Article History

Received: 30.09.2021

Accepted: 03.01.2022

Published: 25.04.2022

Keywords:

Covid 19,
Nursing,
Nursing Students

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to determine the factors that affect students' choice of the nursing profession during the Covid-19 pandemic.

Method: The study was planned in the correlational descriptive design type. The sample group consisted of 262 students who voluntarily participated and studied in the first year of the Nursing Department, Faculty of Health Sciences. The data were collected using the "Introductory Information Form" and the "Nursing Profession Choice Scale (NPCS)". For analysis of the data; frequency, average, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used.

Results: It was determined that 57.3% of the participants preferred nursing because of their personal interest in the profession, 85.1% found themselves suitable for the nursing profession and 67.6% felt ready for nursing. 74.4% of the students stated that nursing was their first choice. As a result of the research, the total score average of the scale was found to be 45.82 ± 6.73 . Vocational suitability and life-related reasons sub-scale mean scores were determined as 32.90 ± 5.49 and 12.90 ± 2.98 , respectively.

Conclusions and Suggestions: It was determined that most of the students chose the nursing profession willingly with their personal interests and found themselves suitable for the profession. Comprehensive and comparative studies are needed in this research area.

Covid-19 Pandemi Döneminde Hemşireliği Meslek Olarak Seçmek

Makale Bilgileri

Makale Geçmişi

Geliş: 30.09.2021

Kabul: 03.01.2022

Yayın: 25.04.2022

Anahtar Kelimeler:

Covid 19,
Hemşirelik,
Hemşirelik Öğrencileri

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, öğrencilerin Covid-19 pandemi döneminde hemşirelik mesleğini tercih etmelerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarım tipinde planlanmıştır. Örneklem grubunu; bir vakıf üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 1. sınıfında öğrenim gören ve araştırmaya gönüllü katılım sağlayan 262 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama, standart sapma, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma katılımcılarının %57.3'ünün mesleğe olan kişisel ilgiden dolayı hemşireliği tercih ettiği, %85.1'inin kendisini hemşirelik mesleğine uygun bulduğu ve %67.6'sının kendisini hemşireliğe hazır hissettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %74.4'ü hemşireliğin ilk tercihleri olduğunu ifade etmiştir. Araştırma sonucunda ölçeğin toplam puan ortalaması 45.82 ± 6.73 bulunmuştur. Mesleki uygunluk ve yaşamsal nedenler alt boyut ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla 32.90 ± 5.49 ve 12.90 ± 2.98 olarak saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Öğrencilerin çoğunun hemşirelik mesleğini kişisel ilgi alanları doğrultusunda isteyerek seçtiği ve kendilerini mesleğe uygun buldukları saptanmıştır. Bu araştırma alanında, kapsamlı ve karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Citation: Karaman, F., Yerebakan, A.N. & Çakmak, S. (2022). Choosing nursing as a profession during the Covid-19 pandemic. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 29-37.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). (CC BY-NC 4.0)"

INTRODUCTION

The selection of profession is the most important stage that affects the life of the individual. With the choice of profession, the living standards of the individual are also determined. (Ozkol Kilinc et al., 2020). In adolescence and young adulthood, choosing a profession is a very critical process. Young people, in this process, while trying to find their identity and personality, also choose a profession (Ozkol Kilinc et al., 2020; Messineo et al., 2019).

Young people, in this period, prioritize professions where they will not have a fear of being unemployed. Nursing, which is one of the prominent professions considering job opportunities, economic and social conditions, continues to maintain its popularity from past to present (Ozkol Kilinc et al., 2020).

In choosing the nursing profession, features such as interest, desire and ability should be prioritized. Because the nursing profession is a discipline that deals with human health, it has certain difficulties and professional professionalism is important. Therefore, it is extremely significant to be aware while choosing a profession (Ozkol Kilinc et al., 2020; Islam et al., 2020; Milton, 2020; Swift et al., 2020).

Students who will select the nursing profession should have the necessary knowledge and skills, adopt the profession, be aware of their professional obligations and responsibilities, and be able to direct professional practices in order to perform the profession in the best way and to provide professional satisfaction (Islam et al., 2020; Santos, 2020a; Jung, 2019).

Students should be certain of what factors influence their choice when they want to choose the nursing profession, because the nursing profession is too valuable and important to be done reluctantly on the basis of fear of being unemployed and financial reasons (Messineo et al., 2019; Jung, 2019).

The nursing profession has a great role in the health care system which encounter with the Covid-19 pandemic. Nurses are performing nursing care at different level with great sacrifice and dedication, and have to maintain the health of themselves and their families (Milton, 2020; Jackson et al., 2020). In this situation, if the candidates do not have sufficient and correct perceptions about the nursing profession, or if their criteria for choosing the profession are insufficient, they may experience job dissatisfaction and this will be a great obstacle to perform their roles effectively, and a major reason for leaving the job (Jung, 2019; Santos, 2020a; Nie et al., 2021).

It is very important to determine and evaluate the reasons for choosing nursing as a profession, which demands great effort, positive guidance, scientific contribution, and sacrifice for protecting human health and maintaining well-being (Buheji and Buhaid, 2020). It was determined that the candidates choose nursing based on the advice of their educators, family members, and their social and cultural expectations. However, they do not want to work as a nurse after graduation due to their inability to adapt to the educational process and differences in their personal goals (Santos, 2020b; Rainbow and Steege, 2018). Similarly, it was observed that students who cannot understand and adopt to the nature, responsibilities, and workload of the nursing profession tend to quit nursing education (Salmi, 2019). Although the candidates mostly prefer the nursing profession for social and economic reasons, they have great difficulties due to the differences between the education process and their expectations, lack of interest and desire for the profession, and having different personality traits (Santos, 2020b).

Current studies have shown that the Covid-19 pandemic causes psychological stress, anxiety, and concerns in nursing students about their future career lives (Aslan and Pekince, 2021; Huang et al., 2020; Savitsky, 2020). Identifying the reasons why candidates prefer the nursing profession during the Covid-19 pandemic will give important clues about career choices in the future.

So, this study aimed to define the reasons for choosing nursing as a profession during the Covid-19 pandemic period.

METHOD

Research Design

This was a correlational descriptive study that was conducted on 1-15 March 2021.

Research Sample

The participants consisted of 284 junior students studying in the first year in the nursing department of the Faculty of Health Sciences. The whole population was selected. Finally, the study was conducted on 262 nursing students who agreed to participate in the study and completed the data collection forms completely. 22 nursing students could not participate in the study due to their busy schedules.

Research Instruments and Processes

The data were collected using the “Introductory Information Form” prepared by the researchers regarding the individual characteristics of the students and their choice of profession and the “Nursing Profession Choice Scale (NPCS)”. This tool was developed by Zysberg and Berry in 2005 and the Turkish validity and reliability of this scale was assessed by Onler and Saracoglu in 2010. The 0%-100% points were considered for each question, consisting of 17 items. Each item was rated between 0% (was not effective in choosing a profession) and 100% (it was the most important factor in choosing a profession). The scale has Vocational Suitability (1,2,3,4,5,7,9,14,15,16,17) and Life-related Reasons (6,8,10,11,12,13) sub-scales.

The total Cronbach Alpha value of the scale was found to be 0.79. In this study, the Cronbach Alpha value was found to be 0.80. The data were collected by sharing the online questionnaire form on WhatsApp groups. The students were informed about the objective, scope and ethical aspects of the study. Those who agreed to provide data were able to move onto the other pages which includes the personal information and the Nursing Profession Choice Scale (NPCS).

Data Analysis

Data were analyzed via SPSS version 21.0 using frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis Test. A Kolmogorov-Smirnov test of normality was performed on the data to determine which test was appropriate. As a result of Kolmogorov-Smirnov normality test, the p value was found to be less than 0.05 and it was determined that the data were not suitable for normal distribution. For this reason, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests, which are nonparametric tests, were used in comparisons. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$ in the study.

Ethic

The ethical approval was obtained from the Istanbul Gelisim University Ethics Committee (dated 25.02.2021 and numbered 2021/06). Each student who accepted to participate in the study was informed about the purpose of the study and an informed consent form was obtained. The permission was obtained from the author (dated 24.09.2020) for the use of the scale.

RESULTS

The analysis showed that 67.9% of the students were female, 51.5% of them graduated from Anatolian-Science High School, 57.3% lived in the city. Moreover, 74.4% of students preferred nursing as their first choice (Table 1).

The students' total score average of NPCS was 45.82 ± 6.73 . Vocational suitability and Life-related reasons sub-scale mean scores were determined as 32.90 ± 5.49 and 12.90 ± 2.98 , respectively.

Table 1 indicated that there was no significant difference between the mean scores of NPCS and gender, school graduated, mother's and father's education level, income level, place of residence, and nursing department preference order ($p > 0.05$) (Table 1).

According to table 2, 57.3% of the students preferred nursing because of their personal interest in the profession, 62.2% were effective in choosing the profession rather than external factors. Moreover, student's 85.1% found themselves suitable for the nursing profession and 67.6% felt ready for the nursing profession (Table 2). Considering the students' feelings about nursing; 64.1% of them considered that "I chose the profession willingly and I believe that I can do it fondly."

Major of the students (95.8%) stated that they considered nursing as a professional occupation, understood how valuable the profession was during the pandemic, and that their perspective on the nursing profession was positive. Moreover, 63% of students stated that the pandemic did not change their perspective on the nursing profession (Table 2).

No significant relationship was observed between the NPCS scale score mean and some features such as "reason for choosing nursing" ($p=0.24$), "person who is effective in choosing a profession" ($p=0.58$), "change on students' perception of the nursing profession during the pandemic" ($p=0.71$) ($p > 0.05$) (Table 2).

A statistically significant difference was found when the mean score of NPCS was compared with the students' status of "finding the nursing profession suitable for yourself ($p < 0.05$). Those who find the nursing profession suitable for themselves had higher overall score average of NPCS (Table 2).

When the mean scores of NPCS was compared with the students' "feeling ready for the profession", there was significant relationship ($p < 0.05$). Students who felt ready for the profession had higher mean score on the scale (Table 2).

Table 2 indicated that there was significant differences between "seeing nursing as a professional occupation" and NPCS general score mean ($p < 0.05$). It was determined that the overall average score of NPCS for those who consider nursing as a professional occupation was higher (Table 2). Moreover, the Kruskal–Wallis test showed a statistically significant relationship between the total NPCS score and some features such as students' understanding of how valuable the profession is during the pandemic" and "students' perception of nursing profession" ($p = 0.00$) ($p < 0.05$). Students who understood the importance of nursing during the pandemic process and students with a positive perception of the nursing profession had a higher mean score on the scale.

Table 1. Distribution and Comparison of NPCS General Score Averages According to Students' Individual Characteristics (n=262)

Individual Characteristics	n	%	Mean Rank	χ^2 / Z	p
Gender					
Female	178	67.9	129.32		
Male	84	32.1	136.11	Z=-0.36	0.49
School Graduated					
Health Vocational High School	27	10.3	118.02		
Normal Highschool	62	23.7	129.91		
Anatolian-Science High School	135	51.5	135.54		
Other	38	14.5	129.30	$\chi^2=1.30$	0.72
Education Level of Mother					
Illiterate	23	8.8	132.43		
Literate only	92	35.1	139.14		
Primary education	78	29.8	132.00		
Secondary Education High education	47	17.9	110.47	$\chi^2=4.97$	0.29

Educational Level of Father					
Illiterate	4	1.5	124.63		
Literate only	11	4.2	171.27		
Primary education	78	29.8	145.44		
Secondary Education	93	35.5	117.10		
High education	76	29.0	129.41	$\chi^2=9.14$	0.06
Income level					
Good	39	14.9	134.69		
Medium	198	75.6	130.93		
Low	25	9.5	131.06	$\chi^2=0.96$	0.82
Residence					
Province	150	57.3	127.61		
District	92	35.1	136.39		
Village	20	7.6	138.20	$\chi^2=0.93$	0.62
Nursing Department Preference Order					
1st Choice	195	74.4	131.14		
2nd Choice	27	10.3	142.33		
3rd Choice	12	4.6	113.92		
4th Choice	4	1.5	161.88		
Other	24	9.2	125.94	$\chi^2=1.97$	0.74

$p^*<0.05$ (Mann Whitney U and Kruskal Wallis test were used)

Table 2. *NPCS Total Score Average According to the Knowledge of Nursing Students Regarding the Choice of Profession and Comparison of Them (n=262)*

Features	n	%	Mean Rank	χ^2 / Z	P
Reason for Choosing Nursing					
Social reputation	2	0.8	91.50		
Family request	18	6.9	102.22		
Occupation guarantee	69	26.3	126.92		
Academic career	17	6.5	118.24		
Score eligibility	6	2.3	106.67		
Personal interest in the profession	150	57.3	140.15	$\chi^2=6.63$	0.24
The Person Effective in Choosing a Profession					
Myself					
My family	163	62.2	136.04		
My teachers	75	28.6	126.07		
My friends	10	3.8	119.55		
Having acquaintances who are healthcare professionals	1	0.4	42.00		
	13	5.0	122.04	$\chi^2=2.82$	0.58
Finding Yourself Suitable for the Profession					
Yes	223	85.1	139.80		
No	4	1.5	22.88		
Hesitant	35	13.4	91.03	$\chi^2=20.92$	0.00*
Feeling Ready for the Profession					
Yes	177	67.6	139.93		
No	35	13.4	107.89		
Hesitant	50	19.0	118.20	$\chi^2=7.14$	0.02*
Seeing Nursing as a Professional Occupation					
Yes	251	95.8	134.40		
No	6	2.3	67.33		
Hesitant	5	1.9	62.80	$\chi^2=8.80$	0.01*
Understanding the Importance of Nursing is During Pandemic					
Yes	251	95.8	134.37		
No	5	1.9	27.90		
Hesitant	6	2.3	97.58	$\chi^2=10.93$	0.00*
Perception of Nursing Profession					
Positive	251	95.8	135.49		
Negative	4	1.5	14.13		
Hesitant	7	2.7	55.43	$\chi^2=17.38$	0.00*

Whether the Pandemic has Changed the Perception of Nursing Profession or not					
Changed	97	37.0	133.71		
Not Changed	165	63.0	130.20	Z=-0.36	0.71

*p**<0.05 (Mann Whitney U and Kruskal Wallis test were used)

DISCUSSION

The present study was aimed to determine the factors that affect students' choice of nursing profession during the Covid-19 pandemic. The total score mean of the scale was found to be 45.82 ± 6.73. In other studies, Bolukbas (2018) found the total mean score of the scale of the students to be 32.46±24.68. Ozdemir and Sahin (2016) were found out that the total scale score was found to be 50.56±15.07 (Bolukbas, 2018; Ozdemir and Sahin, 2016). As a result of the research, it was seen that the scores of the vocational suitability sub-scale were higher than the scores of the life-related reasons sub-scale. In similar studies conducted with nursing students, scores of the vocational suitability sub-scale were found higher (Bolukbas, 2018; Tosunoz et al., 2019).

It was observed that the ideal profession of 57.3% of the students participating in the study was nursing. 64.1 % of the students expressed their thoughts towards the profession as “I willingly chose the profession and I believe I can do it fondly”. When the literature was examined, it was found that most of the students chose nursing voluntarily (Liaw et al., 2016; Liaw et al., 2017; Olgun and Adibelli, 2020). Students' choice of nursing consciously and willingly will be the most important step that will enable them to do the profession fondly, increase the quality of care and patient satisfaction, and provide success and professional satisfaction (Ciftci et al., 2021; Glerean et al., 2017; Sabanciogullari and Dogan, 2017).

In the present study, 78% of the students preferred nursing profession in the first and 67.6% of the students stated that they felt ready for the nursing profession. Similarly, in Guven and Unsal's (2020) study, 66.1% of the students conducted that they preferred nursing first and 53.7% felt themselves ready for the profession. (Guyen and Unsal, 2020). As a result of this, It is predicted that the student who feels ready for the nursing profession will perform nursing profession in the best way and contribute to increasing the professional status.

Another factor affecting students' choice of nursing profession was job guarantee (26.3%). In other studies with students showed, one of the first three factors that are effective in choosing nursing is the guarantee of not being unemployed (Dragusheva et al., 2018; Haddad et al., 2021; Kahraman and Firat Kilic, 2021). With the results can be interpreted as nursing being perceived as a guaranteed profession, given that the need for nurses is high and the possibility of finding jobs in private and state sector is more accessible than other professions, and therefore families direct their children to this profession.

The NPCS scale score was found to be significantly higher in students who preferred nursing because of their interest in the profession, considered nursing as a suitable profession, felt ready for the profession, and considered nursing as a professional profession. Olgun and Adibelli (2020) found that 77% of the students adopted the nursing profession.

In the present study, students who understood the importance of nursing during the pandemic process and students with a positive perception of the nursing profession had a higher mean score on the scale. In a study conducted with student nurses in the Covid-19 pandemic, while the positive thoughts of students about the nursing profession were 63.4% before the pandemic, this rate decreased to 50.6% during the pandemic process (Cici and Yilmazel, 2021). Bahcecioglu Turan et al. (2021) stated that students who studied nursing in provinces where the epidemic was intense had more positive thoughts about the profession (Bahcecioglu Turan et al., 2021).The pandemic and

environmental conditions negatively affected the nurses psychologically who are struggling in the frontline. This situation may harm student nurses' point of view and their desire to perform the profession.

The pandemic process has once again revealed the importance and difficulties of the nursing profession. The pandemic process is effective in understanding the value of the profession and increasing their awareness in students who are suitable for the nursing profession.

CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS

In this study, it was determined that most of the students chose the nursing profession willingly with their personal interests and found themselves suitable for the profession. The fact that there are few studies on the choice of nursing profession during the pandemic process makes it difficult to compare and generalize the findings. Comprehensive and comparative studies are needed in this research area.

LIMITATIONS

Since the research was conducted with first-year students of a university, the findings cannot be generalized to the whole country. The limited number of studies on this subject is another limitation of the study.

Financial Support

No financial support.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

Author Contributions

Design: F.K., A.N.Y., S.C., Data Collection or Processing: A.N.Y., S.C., Analysis or Interpretation: F.K., Literature Search: A.N.Y., S.C., Writing: F.K., A.N.Y., S.C.

Acknowledgements

We would like to thank all of the students participated in this study. No financial support was received by the authors for the research of this article.

REFERENCES

- Aslan, H., Pekince, H. (2021). Nursing students views on the Covid-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57, 695-701. <https://doi.org/10.1111/ppc.12597>
- Bahcecioglu Turan, G., Ozer, Z., Ciftci, B. (2021). Analysis of anxiety levels and attitudes of nursing students toward the nursing profession during the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12766>
- Bolukbas, N. (2018). Occupational selection of nursing students and the effecting factors. *Ordu University Journal of Nursing Studies*, 1(1), 10-7. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ouhcd/issue/41738/456765>
- Buheji, M., Buheid, N. (2020). Nursing human factor during Covid-19 pandemic. *International Journal of Nursing Science*, 10(1), 12-24. <https://doi.org/10.5923/j.nursing.20201001.02>
- Cici, R., Yilmazel, G. (2021). Determination of anxiety levels and perspectives on the nursing profession among candidate nurses with relation to the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 358-362. <https://doi.org/10.1111/ppc.12601>
- Ciftci, B., Aras, G.N., Yildiz, O. (2021). Examining the correlation between intercultural sensitivity and individualized care perception of nursing students. *Nurse Education Today*, 102(104937), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104937>
- Dragusheva, S., Torniyova, B., Bakova, D., Petleshkova, P., Nasteva, L., Duran, N. (2018). Students reason for choosing the profession of registered nurse. *Knowledge International Journal*, 22(5), 1375-9. <https://ikm.mk/ojs/index.php/KIJ/article/view/2820/2692>

- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., Haavisto, E. (2017). Young peoples' perceptions of the nursing profession: an integrative review. *Nurse Education Today*, 57, 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.008>
- Güven, S.D., Unsal, A. (2020). Determining nursing profession perceptions of nursing students. *IBAD Journal of Social Sciences*, 52-61. <https://doi.org/10.21733/ibad.756180>
- Haddad, L.M., Annamaraju, P., Toney-Butler, T.J. Nursing shortage. [updated 2020 Dec 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Date of Access 4th June 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: a comparative study. *Plos One*, 15(8), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Islam, A., Shafique, K.M.A., Islam, T., Rajib Islam, S. (2020). Perception of college students towards nursing as a career choice. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 3(3), 1-9. <https://www.journalajrnh.com/index.php/AJRNH/article/view/30111/56499>
- Jackson, D., Jones-Bradbury, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of Covid-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2041-3. <https://doi.org/10.1111/jocn.15257>
- Jung, M.Y. (2019). Nursing students career identity, satisfaction with major, and career stress by career decision type. *Japan Journal of Nursing Science*, e12281, 1-10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12281>
- Kahraman, I., Firat Kilic, H. (2021). Professional self-esteem levels of nursing students and influential factors. *Journal of Adnan Menderes University Health Sciences Faculty*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.487565>
- Liaw, S.Y., Wu, L.T., Chow, Y.L., Lim, S., Tan, K.K. (2017). Career choice and perceptions of nursing among healthcare students in higher educational institutions. *Nurse Education Today*, 52, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.008>
- Liaw, S.Y., Wu, L.T., Holroyd, E., Wang, W., Lopez, V., Lim, S., et al. (2016). Why not nursing? Factors influencing healthcare career choice among Singaporean students. *International Nursing Review*, 63(4), 530-538. <https://doi.org/10.1111/inr.12312>
- Messineo, L., Allegra, M., Seta, L. (2019). Self-reported motivation for choosing nursing studies: a self-determination theory perspective. *BMC Medical Education*, 19(192), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1568-0>
- Milton, L. (2020). Living the art of nursing: lessons from a pandemic. *Nursing Science Quarterly*, 33(4), 297-8. <https://doi.org/10.1177/0894318420943135>
- Nie, S., Sun, C., Wang, L., Wang, X. (2021). The Professional identity of nursing students and their intention to leave the nursing profession during the Coronavirus Disease (Covid-19) pandemic. *The Journal of Nursing Research*, 29(2), 1-8. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000424>
- Olgun, S., Adibelli, D. (2020). Factors affecting/influencing career choices of nursing students. *Acibadem University Journal of Health Sciences*, (1), 55-60. <https://doi.org/10.31067/0.2020.242>
- Onler, E., Varol Saracoglu, G. (2010). Validity and reliability of the Turkish version of the HMSÖ. *E-Journal of Dokuz Eylul University Nursing Faculty*, 3(2), 78-85. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/4554>
- Ozdemir FK, Sahin, ZA. (2016). Factors affecting the career choice of nursing first year students. *ACU Journal of Health Sciences*, 1, 28-32. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/647082>
- Ozkol Kilinc, K., Caylak Altun, E., Sarioglu Kemer, A., Ozturk, H. (2020). Factors affecting the choice of profession of 1st grade nursing students. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(3), 361-8. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.525852>
- Rainbow, G.J., Steege, M.L. (2018). Transition to practice experiences of first-and second-career nurses: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1193-1204. <https://doi.org/10.1111/jocn.14726>
- Sabancıogullari, S., Dogan, S. (2017). Nurses' views on their profession in Turkey and influencing factors. *Archives of Nursing Practice and Care*, 3(1), 016-025. <http://dx.doi.org/10.17352/anpc.000020>
- Salmi, E., Vehkakoski, T., Aunola, K., Määttä, S., Kairaluoma, L., Pirttimaa, R. (2019). Motivational sources of practical nursing students at risk of dropping out from vocational education and training. *Nordic Journal of Vocational Education and Training*, 9(2), 112-131. <https://doi.org/10.3384/njvet.2242-458X.1992112>
- Santos, D.M.L. (2020a). How does Covid-19 pandemic influence the sense of belonging and decision-making process of nursing students: The study of nursing students experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5603), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155603>
- Santos, D.M.L. (2020b). I am a nursing student but hate nursing: The east asian perspectives between social expectation and social context. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17(2608), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072608>
- Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the Covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 46(102809), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809>

- Swift, A., Banks, L., Baleswaran, A., Cooke, N., Little, C., McGrath, L., et al. (2020). Covid-19 and student nurses: a view from England. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3111-4. <https://doi.org/10.1111/jocn.15298>
- Tosunoz, I.K., Eskimez, Z., Oztunc, G. (2019). Factors affecting the career choices of nursing students. *Journal of Health Sciences of Kocaeli University*, 5(2), 91-7. <https://doi.org/10.30934/kusbed.532097>
- Zysberg, L., Berry, D. (2005). Gender and students' vocational choices in entering the field of nursing. *Nursing Outlook*, 53(4),193-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16115512/>

Hemşirelerin Cerrahi Hastalarında Normoterminin Sürdürülmesi Hakkındaki Bilgi Durumları ve Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma

Melike DURMAZ¹  Şerife KURŞUN²  Rukiye BURUCU³ 

¹Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, melikebiryolduramaz@gmail.com (Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

²Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, serifekursun@hotmail.com

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye rburucu@hotmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
<p>Makale Geçmişi Geliş: 04.10.2021 Kabul: 20.01.2022 Yayın: 25.04.2022</p> <p>Anahtar Kelimeler: Normotermi, Hemşire, Cerrahi Hasta Bakımı.</p>	<p>Amaç: Bu çalışma, cerrahi klinik hemşirelerinin normoterminin sürdürülmesine yönelik bilgi durumlarını ve klinik uygulama girişimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.</p> <p>Yöntem: Araştırma bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan 15 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, Temmuz 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu ile toplanmıştır. Veriler, geleneksel içerik yöntemi ile analiz edilmiştir.</p> <p>Bulgular: Katılımcı hemşireler toplam 183 görüş bildirmiştir. Yapılan içerik analiz sonucunda, dört ana tema ve sekiz alt tema belirlenmiştir. Hemşirelerin tamamı normoterminin önemli olduğu görüşünü belirtmişlerdir. Normotermik değer aralığından sapmalar geliştiğinde, hipotermi durumundan daha çok, özellikle hipertermi durumunda dikkatli davrandıklarını, durumu önemsediklerini, takip, tedavi ve bakım girişimlerini uyguladıklarını belirtmişlerdir.</p> <p>Sonuç ve Öneriler: Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin normotermi hakkında farkındalıklarının olduğu ama daha çok cerrahi hasta takibinde hipertermiyi dikkate aldıkları, hipotermi durumunda yapılması gereken girişimleri bildikleri ama bu girişimleri uygulamadıkları sonucuna varılmıştır.</p>

Nurses' Knowledge and Practices on Maintaining Normothermia in Surgical Patients: A Qualitative Study Example

Article Info	ABSTRACT
<p>Article History Received: 04.10.2021 Accepted: 20.01.2022 Published: 25.04.2022</p> <p>Keywords: Normothermia, Nurse, Surgical Patient Care.</p>	<p>Purpose: This study was conducted to evaluate the knowledge of surgical clinic nurses regarding the maintenance of normothermia and their clinical practice attempts.</p> <p>Method: The research was conducted with 15 nurses working in the surgical clinics of a university hospital. Data were collected between July 2019 and September 2019 with Personal Information Form and Semi-Structured In-depth Interview Form. The data were analyzed with the traditional content method.</p> <p>Results: Participating nurses gave a total of 183 opinions. As a result of the content analysis, four main themes and eight sub-themes were determined. All of the nurses stated that normothermia is important. They stated that when deviations from the normothermic value range develop, they act more carefully, especially in hyperthermia, than in the case of hypothermia, they care about the situation, and they apply follow-up, treatment and care interventions.</p> <p>Conclusions and Suggestions: It has been concluded that nurses working in surgical clinics are aware of normothermia, but they mostly consider hyperthermia in surgical patient follow-up, they know the interventions to be done in case of hypothermia, but they do not apply these interventions.</p>

*Bu çalışma İstanbul Yeni yüzyıl Üniversitesi Ulusal Hemşirelik Kongresi, 14-16 Haziran 2021 tarihinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Citation: Durmaz, M., Kurşun, Ş. & Burucu, R. (2022). Hemşirelerin cerrahi hastalarında normoterminin sürdürülmesi hakkındaki bilgi durumları ve uygulamaları: Nitel bir çalışma. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 38-50.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Bireyin canlılığını koruması ve yaşamını sürdürebilmesi için uygun vücut sıcaklığına gereksinimi vardır. Vücut sıcaklık üretimi hipotalamus tarafından kontrol edilmekte ve sıcaklık değerinin 35.5-37.6°C aralığında olması “normotermi” olarak tanımlanmaktadır (Kumar et al.). Sıcaklık değerinin 37.6°C üzerinde olması hipertermi, 35.5°C altında olmasına ise hipotermi olarak kabul edilmektedir (Duff et al., 2018; Soysal & İlçe, 2018; Yüksel & Uğraş, 2016). Sıcaklık değer aralığında vücut tarafından tolere edilemeyecek (0.2 °C artan) sapmalar olduğunda sistemsel olarak birçok komplikasyon gelişebilmektedir (Duff et al., 2018).

Ameliyat olan hasta grubunda hem hipotermi hem de hipertermi görülebilmektedir. Özellikle ameliyat sonrası dönemde hipotermi görülme durumu hipertermiden daha fazladır (Allene, 2020). Ameliyattan hemen sonraki süreçte, hipertermiye (1/10000-15000) oranla hipotermi %50-90 oranda daha sık karşılaşılan bir durumdur (Allene, 2020; Belayneh, Gebeyehu, & Abdissa, 2014). Özellikle ameliyat sonrası dönemde hipotermi görülme durumu hipertermiden daha fazladır (Allene, 2020). Ameliyat sonrası hipertermi, genellikle anestejik ajan ve süksinilkoline bağlı olup, ölüm riski yüksek olan patofizyolojik bir durumdur (Agarwal, Graham, Kigwana, & Castresana, 2020). Cerrahi hastalarında normoterminin sürdürülememesi sonucu oluşan diğer bir olay da hipotermidir. Hipotermi, yaygın görülen ve birçok komplikasyona neden olabilen ciddi bir durumdur. Ameliyat sonrası hastalarda hipotermi gelişmesinin farklı nedenleri vardır. Bunlar; anestezinin vazodilate etkisi, ameliyatların uzun sürmesi, ameliyathanenin düşük sıcaklıkta olması, ileri yaş, ASA (American Society of Anesthesiologists) skorunun II ve üstü olması, ameliyat öncesi (klinik hasta odasında, asansör, ameliyathane koridoru veya ameliyat odasında) bekleme süresinin uzaması ve ayrıca ameliyat sonrası dönemde örtülerin ıslak olması, soğuk intravenöz sıvıların, kan ve kan ürünlerinin verilmesi, kıyafetlerinin (çorap, pijama, başlık vb.) giydirilmemesi, nevresim, battaniye gibi pasif ısıtma yöntemleri ile yeterli yalıtımın sağlanmadığı durumlardır (Agarwal et al., 2020; Kumar et al., 2019). Normoterminin sağlanamaması sonucu vücut sıcaklığı istemsiz bir şekilde düşerek hipotermi meydana gelmekte ve birçok sorun ve komplikasyona (kan kaybıyla birlikte kan transfüzyonu, cerrahi alan enfeksiyonlarında ve titremede artış, termal konforda bozulma, ilaç metabolizmasının etkilenmesi, derin ven trombozu, miyokardial iskemisi hasarı bağımsızlık fonksiyonunun bozulması ve mortalite) neden olmakta (Agarwal et al., 2020; Duman & Yılmaz, 2016) ve hastanın iyileşme süresi uzayarak hastanede kalınan sürede artış ve dolayısıyla sağlık bakım hizmetlerinde maliyet artmaktadır (Polderman, 2009). Bu nedenle, kontrollü hipotermi oluşturulan bazı cerrahi girişimler dışında hipotermi, cerrahi hastasında istenmeyen bir sorundur (Kleimeyer et al., 2018; Vural, Çelik, Devenci, & Yasak, 2018; Yüksel & Uğraş, 2016). Normoterminin sürdürülmesi ve hipotermi önlenmesi; morbidite ve mortaliteye neden olabilecek komplikasyonların önlenmesi, hasta güvenliği, hasta memnuniyeti, hasta konforu, hastanede kalış süresi, tedavide kullanılan ilaç miktarını azaltarak olumlu cerrahi sonuçların elde edilmesi ve kaliteli bakımın sürdürülmesi için önemlidir ((Polderman, 2009). Normotermi gerekli önlemlerin ve girişimlerin uygulanması halinde hem korunabilir hem de sürdürülebilir fizyolojik durumdur. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde cerrahi hastasında normoterminin korunması, takip edilmesi ve komplikasyonların erken dönemde fark edilmesinde hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Cerrahi hemşireleri hipertermi ve hipotermi risk faktörlerini, belirti-bulgularını değerlendirmeli ve kaydetmeli, hastaların vücut sıcaklığını yakından izlemeli, vücut sıcaklığına göre uygun girişimleri belirleyebilmeli ve uygulayabilmelidir. (Vural et al., 2018; Yüksel & Uğraş, 2016). Literatürde ise hemşirelerin cerrahi hastasında normoterminin sürdürülmesi hakkındaki görüş ve önerilerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamakta ve hemşirelerin düşünceleri ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı; cerrahi klinik hemşireleri ile derinlemesine görüşme yapılarak, hemşirelerin normotermi durumları hakkındaki bilgi durumları ve klinik uygulamayı değerlendirmek amacıyla fenomonolojik desende nitel olarak yapılması planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Araştırma, fenomenolojik yaklaşımın kullanıldığı kalitatif bir araştırma türüdür.

Örneklem

Araştırmanın evrenini, bir tıp fakültesi hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan 98 hemşire oluşturdu. Nitel araştırmalarda farklı örnekleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler; amaçlı, rastgele, gönüllü ve evren örneklemedir. Amaçlı örnekleme yöntemi nitel araştırmalarda oldukça sık kullanılmakta olup, bu araştırmanın örneklem hesabında da amaçlı örnekleme yöntemi kullanıldı. Amaca yönelik örneklemede örneklem sayısına kesin sınır getirilmemekle birlikte 5-25 katılımcı önerilmekte (Creswell, 2016), fazla sayıda katılımcının yorumlamayı zorlaştırabileceği belirtilmektedir (Baltacı, 2018). Araştırmanın örneklemini, “Genel Cerrahi, Nöroşirürji, Ortopedi-Travmatoloji, Kalp-Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahi ve Üroloji” kliniklerinde cerrahi hemşiresi olarak çalışan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 15 cerrahisi hemşire oluşturdu. . Katılımcılarda çalışılan klinik dışında başka bir dışlama kriteri uygulanmamıştır. Katılımcı sayısı, veri doygunluğu ilkesine göre belirlendi. Buna göre, katılımcıların vermiş oldukları cevapların tekrar etmeye başlaması fark edilmesiyle katılımcı sayısı sonlandırıldı (Baltacı, 2018).

Veri Toplama Araçları ve Süreçleri

Veriler, Temmuz 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında toplandı. Görüşmelerde, ses/ görüntü kaydı alınmasına kurum ve katılımcılar onay vermediği için sadece not tutma tekniği kullanılmıştır. Katılımcıların her kelimesi bire bir kaydedilerek görüşme tamamlanmıştır. Araştırmacılarından biri moderatör, diğeri ise raportör olarak görev almıştır. Kliniklerin en sakin olduğu gün ve saatler belirlenerek, hemşireler ile klinik içinde bir eğitim odasında odak grup görüşmesi yapıldı. Her bir görüşme ortalama 50-60 dakika sürdü. Odak grup görüşmeleri kliniğin iş akışını bozmamak için küçük gruplar halinde, üç ayrı görüşme ile tamamlandı.

Nitel araştırmalarda kullanılan farklı güvenilirlik önlemleri bulunmaktadır. Bunlardan biri de uzman görüşlerine başvurmadır (Ültay & Aydın, 2017). Bu nedenle araştırma öncesi yarı yapılandırılmış görüşme formu için uzman görüşü alındı. Odak grup görüşmesinde mesleki ve sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı veri toplama formu (9 soru) ve yarı yapılandırılmış görüşme formu (5 soru) toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Cerrahi hastalarında sık görülen sorunlardan biri olan normotermi durumunun değişmesi nedir? Bu konu hakkında bilgilerinizi paylaşabilir misiniz?
2. Sizce ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hastalarda normoterminin sürdürülmesi neden önemlidir?
3. Çalıştığınız cerrahi kliniğinde hastaların normotermi durumlarının değişmesine sizce neler sebep olabilir? Açıklar mısınız?
4. Sizce bir cerrahi hemşiresi ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde normotermiyi sürdürmeye yönelik hastasına hangi girişimleri uygulayabilir? Siz bunlardan hangilerini uyguluyorsunuz?
5. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalarınıza normotermiyi sürdürmeye yönelik ne gibi önerilerde bulunabilirsiniz?

Verilerin Analizi

Verilerin çözümlenmesinde, konvansiyonel (geleneksel) nitel veri analizi kullanıldı (Sönmez ve Alacapınar, 2014). Önce temalar oluşturuldu ardından kategorize edildi. Nitel veri analizinde; Colaizzi'nin fenomenolojik yorumlama yöntemi kullanıldı. Bu yöntemin, olaylara yüklenen anlamı doğru şekilde ifade ettiği kabul edilmektedir (Demir ve ark., 2017; Onat Kocabıyık, 2016). Araştırmada güvenilirliğin sağlanmasında, yarı yapılandırılmış görüşme formuna ve kodlayıcıların belirledikleri temalara Miles & Huberman uyumluluk analizi kullanıldı (Arastaman, ve ark., 2018; Guba, 1981; Ocak ve Kutlu Kalender, 2017). Miles & Huberman analiz sonucuna göre >0,80 olarak hesaplandı. Yazılı kayıtlar önce her üç araştırmacı tarafından bağımsız olarak analiz edildi, ardından veriler birleştirildi. Veri çözümlenmesi sonrasında ise dört ana ve yedi alt tema ortaya çıktı. Veri çözümlenme aşamasında bazı kavramların netleşmesi açısından nitel araştırmalarda uzman bir öğretim üyesinin görüşü alındı. Odak grup görüşmesi yapılan hemşirelere 1'den 15'e kadar sayı verildi, isimler kullanılmadı. Bazı kısımlarda temalar, alıntılarla desteklendi ve her bir alıntının ardından, ifadeyi kullanan hemşirenin numarası parantez içinde belirtildi (Örn: K.H 1: Katılımcı hemşire 1). Araştırmanın analiz basamakları aşağıda sunuldu (Tablo 1).

Tablo 1. Colaizzi'nin Fenomenolojik Yorumlama Yöntemine Göre Analiz Basamakları

1. Verilerin kaydedilmesi *
2. Önemli ifadelerin belirlenmesi**
3. İfadelerin anlamlandırılması**
4. Temaların gruplanması**
5. Gruplanan temaların geliştirilmesi ve ayrıntıların tanımlanması**
6. Araştırılan olgunun anlaşılır şekilde ifade edilmesi
7. Temel yapının doğrulanması***

* Veri kaybı olmaması için raportör tarafından metinler her görüşmeden sonraki ilk 72 saat içinde birleştirilerek kaydedildi ve tüm araştırmacılar tarafından okundu.

** İfadelerin belirlenmesi, anlamlandırılması ve gruplanmasında Miles & Huberman modeli (A. Baltacı, 2017) kullanıldı.

*** Araştırmacıların yorumu olmaksızın tereddüt edilen noktalarda katılımcılara ulaşıp doğrulandı.

Geçerlik ve Güvenirliği

Çalışmada doygunluğun sağlanması için aynı türden cevaplar alıncaya kadar görüşme sürdürüldü (Yağar ve Dökme, 2018) ve inandırıcılığın sağlanması için; görüşmeler katılımcılar için uygun olan zaman dilimine göre planlandı ve tamamlandı (Jeong & Othman, 2016).

Etik

Araştırma için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Karar No: 2019/Sayı No: 607)'nden araştırma izni alındı. Araştırma, Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) checklisti kullanılarak raporlanmıştır (O'Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014). Katılımcı hemşirelerden hem yazılı hem de sözlü onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklerasyonu'na uygun planlanmış, uygulanmış ve tamamlanmıştır. Ayrıca, araştırmanın her aşamasında araştırma ve yayın etiğine dikkat edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada toplam 15 cerrahi klinik hemşiresi ile odak grup görüşmesi yapıldı. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.2±5'dir. Hemşirelerin toplam mesleki ve cerrahi kliniklerde deneyim süreleri sırayla 8.4±4 ve 4.2±3 yıldır. Hemşirelerin %60'ı erkek ve %26.2'si lisans mezunudur. Odak grup görüşmesinde araştırma sorularına toplam 183 görüş bildirildi. Araştırmaya katılan hemşireler ile görüşmelerin analizinde içerik analiz yöntemi uygulandı. Analiz sonucunda dört ana tema ve ana temaların altında gruplandırılmış yedi alt tema oluşturuldu (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcı Hemşirelerin Görüşleri

Ana Temalar	Alt Temalar	Görüş Sayısı
✓ Normotermi önemlidir.		15
✓ Normoterminin bozulmasına neden olan faktörler.	✓ Hastaya bağlı faktörler ✓ Ameliyata bağlı faktörler ✓ Ortama bağlı faktörler	17 15 7
✓ Hemşirelerin normoterminin sürdürülmesi için yaptığı uygulamalar	✓ Hipotermi durumunda yapılan uygulamalar ✓ Hipertermi durumunda yapılan uygulamalar	11 8
✓ Normoterminin sürdürülmesi için yapılması gerekenler/bilgi durumları	✓ Hipotermi durumunda yapılması gerekenler ✓ Hipertermi durumunda yapılması gerekenler	8 7

1.Tema: Normoterminin Önemi

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu normotermiyi “...vücut sıcaklığının yükselmesi veya azalması...” olarak ifade ederken, katılımcılardan bazıları “...vücut sıcaklığının düşmesi...” bazıları ise “...vücut sıcaklığının artması...” şeklinde yanıtladı. Normotermi ve önemi ile ilgili olarak hemşirelerin çoğu sıklıkla ameliyat sonrası hastalarda normoterminin bozulmasına bağlı olarak gelişen sorunlarla karşılaştıklarını ifade etti. Hemşirelerin tamamı normoterminin korunması ve sürdürülmesinin önemli bir durum olduğunu, normotermik değer aralığında değişimlerin; hipovolemi, enfeksiyon, anestezi etkisinin uzaması, kanama gibi sorun ve komplikasyonlara neden olabileceği için önemli olduğunu belirtti. Hemşirelerin normoterminin önemi ile ilgili 15 ifadesinden bazıları:

“...enfeksiyon bulgusu olabilir ve özellikle de cerrahi hastalarında vücut sıcaklığının artışına neden olabilir...” (P.N-P.N-2).

“...hipovolemi açısından önlenmesi gereken bir durum...”(P.N-3).

“...kanama riski yönünden dikkatli olunması gerekir...”(K.H_6).

“...düşme riskini beraberinde getirmesi sebebiyle...”(K.H_7).

“...iyileşme süresinin uzamasına neden olmasından dolayı...”(K.H_9).

“...ağrı durumunu olumsuz etkilemesi açısından...”(K.H_10).

“...yatış süresinin uzamasına neden olur...”(K.H_12).

“...kan şekerinin düşmesine sebebiyet verir...”(K.H_15).

2.Tema: Normoterminin Bozulmasına Neden Olan Faktörler

Katılımcılar tarafından normoterminin bozulmasına neden olan faktörlerle ilgili toplam 39 görüş bildirildi. Görüşler; hastaya, ameliyata ve ortama (çevresel) bağlı olmak üzere üç alt temada ele alındı.

2.1. Alt tema: Hastaya bağlı olan faktörler ileri yaş, anksiyete, bilgi eksikliği, korku, uykusuzluk, yorgunluk olarak ifade edildi. Katılımcılara ait bazı cevaplar:

“...hastanın yaşlı olması...”(K.H_1).

“...hastanın anksiyetesinin fazla olması...”(K.H_4).

“...hastanın bilgilendirilmemesi...”(K.H_5).

“...hastada korku ve endişesinin çok olması...”(K.H_8).

“...hastanın ameliyattan önce uykusuz kalması...”(K.H_11).

2.2. Alt tema: Normotermiye etki eden ameliyata bağlı faktörler; ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması, öngörülen fazla kanama, anestezi etkisinin uzaması, enfeksiyon ve cerrahiye bağlı gelişen komplikasyonlar ameliyatın neden olduğu faktörler olarak belirtildi. Hemşirelere ait ifadeler:

“...ameliyat sırasında ve sonra kan kaybı...”(K.H_2).

“...ameliyatla olmakla gelişen komplikasyonlar...”(K.H_12).

2. 3. Alt tema: Normotermiyi etkileyen ortama bağlı (çevresel) faktörler; düşük ortam sıcaklığı, soğuk sedye ile ameliyat masası, ıslak yeşil örtüler ve hastanın yeterince örtülmemesidir. Katılımcı hemşireler normoterminin bozulma nedenleri olarak birbirinden farklı görüşler bildirmişlerdir. Belirtilen görüşlerden birkaçı:

“...ameliyathanenin soğuk olması...”(K.H_4).

“...ıslanmış yeşil örtüler...”(K.H_7).

“...soğuk sedyelere direk alınması...”(K.H_9).

“...hastanın üzerinin yeterince örtülmemesi...”(K.H_12).

3.Tema: Hemşirelerin Normoterminin Sürdürülmesi İçin Yaptığı Uygulamalar

Normoterminin korunma ve sürdürülebilirliğin sağlanmasıyla ilgili olarak katılımcıların görüşleri iki alt temada toplanmıştır. Bunlar, hipotermi ve hipertermi durumunda yapılması gereken uygulamalarla ilgili görüşlerdir.

3.1. Alt tema: Hipotermi durumunda; hastanın ısıtılmasının ve bunun sağlanabilmesi için ısıtma cihazı, bir kat daha örtülmesi, giydirilmesi, ılık içecek verilmesi gerektiğini vurguladılar. Katılımcı hemşireler tarafından sunulan görüşlerden bazıları:

“...hastanın bir şekilde ısınmasını sağlarım...”(KH_1).

“...soğuk uygulama yaparım...”(KH_2).

“...medikal tedaviyi yaparım...”(KH_4).

“...hastayı ısıtıcı ile ısıtırım...”(KH_8).

“...ılık bir şeyler içeririm...” (KH_10).

“...ıslak çamaşırları değiştirilmeli...”(KH_11).

“...ameliyathane örtülerinin kalın olmasını/ çift kat örtülmesini sağlanmalı...”(KH_13).

“...bekleme alanında da üşümesine engel olunmalı...” (KH_14).

“...hastanın cilt bulgular takip edilmeli...” (KH_15).

3.2. Alt tema: Hipertermi durumunda hastaya soğuk uygulama yapılması, kan kültürü alınması, hekime haber verilerek tıbbi tedavi uygulanması gerektiği belirtildi. Bazı katılımcı hemşirelerin vermiş oldukları ifadeler:

“...hekime haber verilmeli...”(KH_1).

“...tıbbi tedavi uygulanmalı...”(KH_6).

“...kan kültürü alınmalı...”(KH_7).

“...soğuk uygulama yapılmalı...”(KH_10).

4.Tema: Normoterminin Sürdürülmesi İçin Yapılması Gerekenler/ Bilgi Durumları

Normoterminin devamının sağlanabilmesi hakkında katılımcılar farklı görüşler sundular. Belirtilen ifadeler daha çok vücut sıcaklığını arttırmaya yönelik uygulanan girişimleri kapsamaya yönelik olsa da bunun tam tersi olarak vücut sıcaklığını azaltmaya yönelik görüşler de sunuldu. Verilen cevaplar iki alt temada toplandı.

4.1. Alt tema: Hipotermi durumunda yapılması gerekenler: Klinikte hemşireler tarafından hipotermi durumunda yapılan uygulamalar: hastaların ameliyat öncesi bilgilendirilmesi, giydirilmesi, battaniye ile bir kat daha örtülmesi ve hekime haber verilmesi olarak belirtildi. Bazı ifadeler:

"...ameliyattan önce hasta ve yakıları bilgilendirilmeli..." (KH_2).

"...ameliyattan hemen sonra hasta giydirilmeli..." (KH_5).

"...fazladan bir kat battaniyeyle üzeri örtülmeli..." (KH_9).

4.2. Alt tema: Hipertermi durumunda yapılması gerekenler: Hipertermi durumunda da: medikal tedavinin hemen başlanması, soğuk uygulama yapılması ile kan kültürünün alınması gerektiğini ifade ettiler.

"...medikal tedaviye geçirim..." (KH_1).

"...soğuk uygulama yapılmalı..." (KH_6).

"...hemen kan kültürü alırım..." (KH_13).

TARTIŞMA

Normoterminin Önemi

Cerrahi hasta grubunda normotermi ameliyat sonrası iyileşme açısından oldukça önemli bir parametredir (Alexander Torossian et al., 2015). Prospektif randomize kontrollü çalışmalar, ameliyat sırasında normoterminin sürdürülmesinin, cerrahi alan enfeksiyonlarında azalma, kan kaybında azalma, daha az kardiyak komplikasyon, iyileşme süresi ve artan konfor dahil olmak üzere birçok klinik fayda sağladığını göstermiştir (Kumar et al., 2019). Ancak, normotermik aralığın değişmesi ameliyat sonrası sık karşılaşılan bir durumdur (Agarwal et al., 2020). İstenmeyen bu değişimler, birçok sorun ve komplikasyonlara neden olmakta, iyileşmeyi ve taburculuğu geciktirmekte, ameliyatın başarısını ve sağlık bakım maliyetini olumsuz etkilemektedir (Leaper, Tanner, Kiernan, Assadian, & Edmiston Jr, 2015; Vural et al., 2018). Literatürde normotermi aralığının değişmesi sonucu kardiyak komplikasyonlar, derin ven trombozu (DVT), cerrahi alan enfeksiyonu ve kanama gibi komplikasyonların arttığı yatış süresinin uzadığı, taburculuğun ertelendiği ve maliyetin arttığı bildirilmiştir (Kleimeyer et al., 2018; A. Torossian et al., 2016; Vural et al., 2018). Bu araştırma da hemşirelerin tamamı normoterminin cerrahi hastalar için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak, hastaların vücut sıcaklık değerinde sapa olduğunda hemşirelerin çoğunluğu bu durumu hipotermi olarak kabul ettiklerini, gerekli izlem ve bakımı yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda hemşirelerin cerrahi hastalarında normotermi ve öneminin farkında oldukları, ancak normotermik değerlerin değişme durumunu sadece hipotermi olarak yorumlamalarının irdelenmesi gerektiği söylenebilir. Literatürdeki benzer çalışmalarda, hemşirelerin normotermi bilgi durum düzeylerinin düşük ve farkındalıkların yetersiz olduğu sonucunu ortaya koymuş olup, çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir (Evans & Kenkre, 2006; Giuliano & Hendricks, 2017; Tamer & Karadağ, 2020).

Normotermiyi Bozan Etmenler

Normoterminin değişmesine neden olan faktörler; hastaya, ameliyata, ortama (çevresel) bağlı faktörler olarak gruplanabilir (Guedes Lopes, Sousa Magalhães, Abreu de Sousa, & Batista de Araújo,

2015; İnal, Ural, Çakmak, Arslan, & Polat, 2017). Hastaya ait faktörler yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, komorbid hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, immün sistemsel hastalıklar, kemoterapi/radyoterapi alıyor olmak, 'tır (Karacabay, 2016; Kumar et al., 2019). Yapılan ameliyata bağlı olarak; ameliyatın büyüklüğü, ameliyat bölgesi, ameliyat süresi, anestezi türü ve süresidir (Kumar et al., 2019). Normoterminin değişmesine neden olan bir diğer faktör de ortam (çevresel) faktörlerdir. Bunlar; ameliyathane, derlenme ünitesi ve bekleme koridorlarının düşük sıcaklıkta olması, sedye, ameliyat masasının soğuk olması, ıslak yeşil örtülerdir (Çakır & Çilingir, 2018; İnal et al., 2017; Kumar et al., 2019). Çalışmamızda katılımcıların cevaplarına göre, hemşirelerin çoğunun, normoterminin değişme sebeplerini kısmen açıklayabildikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda hemşirelerin normotermi durumunu olumsuz etkileyen unsurların farkında oldukları ancak bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve dolayısıyla bu durumun cerrahi hasta bakım kalitesinin istendik düzeyde olmasına engel olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin Normoterminin Sürdürülmesi İçin Yaptığı Uygulamalar

Normoterminin değişmesi sonucu meydana gelen hipotermi ve hipertermi durumunda yapılması gereken girişim ve uygulamalar birbirinden farklıdır (Çakır & Çilingir, 2018; Karacabay, 2016). Hipertermi cerrahi hastalarda, özellikle cerrahi girişim sırasında, anestejik ajan ve süksinilkoline bağlı gelişmekte ve prevalansı yaklaşık 100.000'de 1'dir. Erkeklerde bu risk kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olup, mortalite ile sonuçlanma ihtimali oldukça fazladır (Brady, Sun, Rosenberg, & Li, 2009). Hipertermi gelişmesi durumunda ise; o esnada tüm anestetik ajan ve süksinilkolinin sonlandırılması, %100 oksijen desteği 10lt/dk sürekli bir şekilde verilmesi, Dantrolen sodyumun 2.5 mg/kg verilmesi, vücut sıcaklığını düşürmek için hastanın koltuk altı ve kasık bölgelerine buz paketleri yerleştirilmesi, sıvı desteği sağlanması akut dönemde yapılması gereken öncelikli uygulamalardandır (Glahn et al., 2010; Larach, Gronert, Allen, Bandom, & Lehman, 2010; Luck, Dossey, & Schaub, 2011; Weant & Gregory, 2021). Normoterminin değişmesi sonucu gelişebilecek bir durum ise hipotermidir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında hipotermi gelişen hastalarda özellikle pnömoni, sepsis ve cerrahi yara enfeksiyonunda artış, (Geurts, Macleod, Kollmar, Kremer, & van der Worp, 2014), başka bir çalışmada ise, yara enfeksiyonu insidansını artırdığını, hastanede kalış süresini uzattığını, morbid kardiyak olayların ve ventriküler taşikardi insidansını artırdığını ve pıhtılaşmayı bozduğunu kanıtlamıştır (Leslie & Sessler, 2003). Hipoterminin tedavisindeyse; tüm hastalar ameliyat öncesi, sırası ve sonrası vücut sıcaklık değerleri belli aralıklarla ölçülerek aktif veya pasif ısıtma yöntemleri kullanılarak ısıtılmalıdır. Ameliyathanedeki ortam sıcaklığı yetişkin hastalar için en az 21°C, çocuklar için en az 24°C olmalıdır. Hastaya verilmesi planlanan infüzyonlar ve kan transfüzyonları ısıtılmadan kesinlikle verilmemelidir. Ameliyat sonrası hipotermi, varsa, hasta normotermiye ulaşılan kadar konvektif veya iletken ısı verilerek tedavi edilmesi gerektiği yönünde açıklamalar yer almaktadır (Agarwal et al., 2020; Duman ve Yılmaz, 2016; (Leslie & Sessler, 2003). Bu bağlamda cerrahi hemşirelerinin rolü, hem hipotermi hem de hipertermiye katkıda bulunabilecek faktörlerin erken tespiti, cerrahi hastası için hasta temelli bir bakım planının geliştirilmesi ve perioperatif dönemde kanıta dayalı müdahalelerin uygulanmasına odaklanmalıdır. Cerrahi hastasında normoterminin sürdürülmesinde önemli bir yere sahip olan hemşireler kilit noktadadır. Tamer ve Karadağ (2020) çalışmasında hemşirelerin hipotermi bakımına yönelik bilgi ve uygulama düzeylerinin yeterli olmadığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin normoterminin sağlanması için yapılması gereken uygulamalar hakkında farkındalıklarının iyi olduğu ancak bildiklerinin hepsini uygulamadıkları belirlendi. Hemşirelerin bilgilerini uygulamaya geçirememiş olmasının farklı sebepleri olabilir. Sık hasta sirkülasyonu, az hemşire ve fazla nöbet sayısı, klinik iş yoğunluğu (takip, tedavi, yatış, taburculuk, komplike hasta izlemi, dökümantasyon, elektronik sistem işleri vb) hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması ve mesleki deneyim yetersizliği ile ilgili olabilir.

Normoterminin Sürdürülmesi İçin Yapılması Gerekenler/ Bilgi Durumları

Yapılan çalışmalar; hemşirelerin hipotermi durumunu önlemek ve bakımı doğru yönetebilmek için yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermiştir (Benjamin & Jarone, 2017; Giuliano & Hendricks, 2017; Ireland et al., 2006). Hemşirelerin hipertermi bilgi durumlarını inceleyen başka bir çalışmada ise; hemşirelerin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı belirlenmiştir (Sousa & Cunha, 2014). Bu çalışmada ise; katılımcı hemşirelerden az sayıda hemşirenin hipotermi durumunda; hastaların ameliyat öncesi bilgilendirmelerinin sağlanması, kıyafetlerinin giydirilmesi, battaniye ile bir kat daha örtülmesi ve hekime haber verilmesi; hipertermi durumunda ise, medikal tedavinin hemen başlanması, soğuk uygulama yapılması ile kan kültürünün alınmasını uyguladıkları görülmüştür. Araştırma bulguları, hemşirelerin hem hipotermi hem de hipertermi ile girişim/uygulamada yetersizliklerinin olduğunu, düzeltilmesi gereken bazı bilgi eksikliklerinin olduğunu ortaya koydu. Bu çalışmada da hemşirelerin bilgi eksiklerinin olduğu sonucuna ulaşılmış olup, hemşirelerin cerrahi hasta bakımında normotermiyi koruma ve sürdürme açısından yetersiz oldukları söylenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin normotermi hakkında farkındalıklarının olduğu ancak cerrahi hasta takibinde genellikle hipertermiyi dikkate aldıkları, hipotermi durumunda yapılması gerekenleri bildikleri ama tamamını farklı sebeplerle hastaya uygulamadıklarını gösterdi. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; cerrahi hasta izleminin tüm aşamalarında normotermiyi koruma ve sürdürmeye yönelik kanıta dayalı rehberlerin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca; hemşirelere normotermi ve önemi, normotermik aralıktan sapma (hipotermi ve hipertermi) durumlarında uygulanan tedavi ve girişimlerinin ayrıntılı olarak anlatılması, olası riskleri azaltmak için hipotermi ve hipertermi algoritmalarının oluşturulması ve yataklı tedavi kurumlarında uygulamaya geçirilmesi (hastanelerde "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" ne vücut ısısı ölçümü ile ilgili bir soru ekleme) hasta güvenliği için önemlidir. Aynı şekilde hemşirelik öğrencileri için de aynı eğitim ve algoritmalar lisans eğitim müfredatında yer almalıdır. Tüm hastanelerde "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine" vücut ısısı ölçümü ile ilgili bir soru eklenmesi normoterminin sağlanmasına yönelik farkındalığı artırabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin cerrahi hastalarında normoterminin sürdürülmesi hakkındaki görüş ve önerilerinin değerlendirildiği az sayıda çalışma olup, hemşirelerin düşünceleri ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bu çalışma, hemşirelerde normotermi durumu ve önemi hakkında farkındalık oluşturacağı ve ilgili literatüre katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Hemşirelerin edinecekleri bu kazanımlar sayesinde cerrahi hasta bakım kalitesinde artış beklenilmektedir.

Finansal Destek

Finansal destek yoktur.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Tasarım/Design: M.D., R.B., Ş.K., Veri toplama veya veri girişi yapma/Data collection or processing: M.D., R.B., Analiz ve yorum/Analysis or interpretation: M.D., R.B., Ş.K., Literatür tarama/Literature search: M.D., R.B., Ş.K., Yazma/Writing: M.D., Ş.K.

KAYNAKÇA

- Agarwal, S., Graham, K., Kigwana, S., & Castresana, M. (2020). Successful management of hypothermic cardiopulmonary bypass in a malignant hyperthermia susceptible patient. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 23(3), 367. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559943/>
- Allene, M. D. (2020). Postoperative hypothermia and associate factors at Debre Berhan comprehensive specialized hospital 2019: A cross sectional study. *International Journal of Surgery Open*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S240585722030036X>
- Baltacı, A. (2017). Nitel Veri Analizinde Miles-Huberman Modeli. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 1-15. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/318527>
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274. <https://dergipark.org.tr/en/pub/bitlissos/issue/38061/399955>
- Belayneh, T., Gebeyehu, A., & Abdissa, Z. (2014). Post-operative hypothermia in surgical patients at University of Gondar Hospital, Ethiopia. *J Anesth Clin Res*, 5(11), 1-4. <https://doi.org/10.4172/2155-6148.1000461>
- Benjamin, E. E., & Jarone, A. (2017). Knowledge of staff nurses regarding neonatal hypothermia and effectiveness of embrace thermopod in prevention of hypothermia. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 18(1), 43. <https://www.ijcne.org/article.asp>
- Brady, J. E., Sun, L. S., Rosenberg, H., & Li, G. (2009). Prevalence of Malignant Hyperthermia Due to Anesthesia in New York State, 2001–2005. *Anesthesia & Analgesia*, 109(4), 1162-1166. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181ac1548>
- Creswell, J. W. (2016). Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni (3. Baskı). *Ankara: Siyasal Kitapevi*.
- Çakır, G., & Çilingir, D. (2018). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Ameliyat Sürecinde Normoterminin Sağlanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 137-143. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/38205/327226>
- Duff, J., Walker, K., Edward, K. L., Ralph, N., Giandinoto, J. A., Alexander, K., . . . Stephenson, J. (2018). Effect of a thermal care bundle on the prevention, detection and treatment of perioperative inadvertent hypothermia. *J Clin Nurs*, 27(5-6), 1239-1249. <https://doi.org/1111/jocn.14171>
- Duman, A. Y., & Yılmaz, E. (2016). Ortopedi ameliyatlarında perioperatif hipotermi insidansı ve risk etmenleri. *Cukurova Medical Journal*, 41(4), 687-694. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/23861/254195>
- Evans, J., & Kenkre, J. (2006). Current practice and knowledge of nurses regarding patient temperature measurement. *Journal of medical engineering & technology*, 30(4), 218-223. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16864233/>
- Geurts, M., Macleod, M. R., Kollmar, R., Kremer, P. H. C., & van der Worp, H. B. (2014). Therapeutic hypothermia and the risk of infection: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 42(2), 231-242. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a276e8>
- Giuliano, K. K., & Hendricks, J. (2017). Inadvertent perioperative hypothermia: Current nursing knowledge. *AORN Journal*, 105(5), 453-463. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.03.003>
- Glahn, K. P. E., Ellis, F. R., Halsall, P. J., Müller, C. R., Snoeck, M. M. J., Urwyler, A., & Wappler, F. (2010). Recognizing and managing a malignant hyperthermia crisis: Guidelines from the European Malignant Hyperthermia Group. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 105(4), 417-420. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq243>
- Guedes Lopes, I., Sousa Magalhães, A. M., Abreu de Sousa, A. L., & Batista de Araújo, I. M. (2015). Preventing perioperative hypothermia: An integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14027>
- İnal, M. A., Ural, S. G., Çakmak, H. Ş., Arslan, M., & Polat, R. (2017). Türkiye'de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarının perioperatif hipotermiye yaklaşımlarının değerlendirilmesi: Anket çalışması. *Türk J Anaesthesiol Reanim*, 45, 139-145. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2017.81567>
- Ireland, S., Murdoch, K., Ormrod, P., Saliba, E., Endacott, R., Fitzgerald, M., & Cameron, P. (2006). Nursing and medical staff knowledge regarding the monitoring and management of accidental or exposure hypothermia in adult major trauma patients. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 308-318. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.09.003>
- Karacabay, K. (2016). Normoterminin sağlanması. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*, 2(2), 33-38. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/38205/327226>
- Kleimeyer, J. P., Harris, A. H., Sanford, J., Maloney, W. J., Kadry, B., & Bishop, J. A. (2018). Incidence and risk factors for postoperative hypothermia after orthopaedic surgery. *JAAOS*, 26(24), e497-e503. <http://dx.doi.org/10.5435/JAAOS-D-16-00742>
- Kumar, A., Martin, D. P., Dhanorker, S. R., Brandt, S. R., Schroeder, D. R., Hanson, A. C., . . . Dowdy, S. C. (2019). Improving the rate of surgical normothermia in gynecologic surgery. *Gynecologic Oncology*, 154(3), 590-594. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.06.027>

- Larach, M. G., Gronert, G. A., Allen, G. C., Brandom, B. W., & Lehman, E. B. (2010). Clinical presentation, treatment, and complications of malignant hyperthermia in North America from 1987 to 2006. *Anesthesia & Analgesia*, 110(2), 498-507. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181c6b9b2>
- Leaper, D. J., Tanner, J., Kiernan, M., Assadian, O., & Edmiston Jr, C. E. (2015). Surgical site infection: Poor compliance with guidelines and care bundles. *International wound journal*, 12(3), 357-362. <https://doi.org/10.1111/iwj.12243>
- Leslie, K., & Sessler, D. I. (2003). Perioperative hypothermia in the high-risk surgical patient. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(4), 485-498. [https://doi.org/10.1016/S1521-6896\(03\)00049-1](https://doi.org/10.1016/S1521-6896(03)00049-1)
- Luck, S., Dossey, B., & Schaub, B. G. (2011). Holistic nurse coach leadership can transform healthcare. *Beginnings*, 31(1), 8-10. <https://inursecoach.com/wp-content/uploads/2012/04/Beginnings-ArticleLuckDosseySchaubWinter11.pdf>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Polderman, K. H. (2009). Mechanisms of action, physiological effects, and complications of hypothermia. *Critical Care Medicine*, 37(7), S186-S202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19535947/>
- Sousa, C. S., & Cunha, A. L. M. (2014). Knowledge of nursing professionals of a surgical center regarding malignant hyperthermia. *Revista gaucha de enfermagem*, 35, 43-48. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.44643>
- Soysal, G. E., & İlçe, A. (2018). Ameliyat Döneminde İstenmeyen Hipotermide Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Bozok Medical Journal*, 8(2), 72. <https://dergipark.org.tr/en/pub/bozoktip/issue/38108/440050>
- Tamer, F., & Karadağ, M. (2020). Cerrahi Hemşirelerinin İstenmeyen Perioperatif Hipotermi Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 12(1). <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-cerrahi-hemshirelerinin-istenmeyen-perioperatif-hipotermi-bakimina-yonelik-bilgi-ve-uygulamalarinin-belirlenmesi-86916.html>
- Torossian, A., Bräuer, A., Höcker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E.-P. (2015). Preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(10), 166. <https://dx.doi.org/10.3238%2Faztebl.2015.0166>
- Torossian, A., Van Gerven, E., Geertsen, K., Horn, B., Van de Velde, M., & Raeder, J. (2016). Active perioperative patient warming using a self-warming blanket (BARRIER EasyWarm) is superior to passive thermal insulation: A multinational, multicenter, randomized trial. *J Clin Anesth*, 34, 547-554. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.06.030>
- Ültay, E., & Aydın, M. (2017). Fen bilimleri eğitiminde yapılmış nitel çalışmaların içerik analizi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(2), 701-720. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/trkefd/issue/30516/297682>
- Vural, F., Çelik, B., Deveci, Z., & Yasak, K. (2018). Investigation of inadvertent hypothermia incidence and risk factors. *Turkish Journal of Surgery*, 34(4), 300. <https://dx.doi.org/10.5152%2Fturkjsurg.2018.3992>
- Weant, K. A., & Gregory, H. (2021). Pathophysiology and treatment of malignant hyperthermia. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 43(2), 102-110. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000344>
- Yüksel, S., & Uğraş, G. A. (2016). Cerrahi hastasında hipotermi gelişimini önlemede hemşirenin rolü. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 113-121. <https://dergipark.org.tr/en/pub/mersinsbd/issue/24537/259943>

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Maintaining the normothermia temperature and preventing hypothermia; It is important for the prevention of complications that may cause morbidity and mortality, patient safety, patient satisfaction, patient comfort, hospital stay, reducing the amount of medication used in the treatment, obtaining positive surgical results and maintaining quality care (Demirarslan, 2017; (Polderman, 2009). Surgical nurses should evaluate and record the risk factors and symptom findings of hyperthermia and hypothermia, closely monitor the body temperature of the patients, and be able to determine and apply appropriate interventions according to body temperature (Vural et al;2018: Yüksel ve Uğraş 2016). In the literature, there is no study that evaluates the views and suggestions of nurses about the preservation and maintenance of normothermia in surgical patients, and little is known about the thoughts of nurses. Therefore, the aim of this study is; In-depth interviews were conducted with surgical clinic nurses, and it was planned to conduct qualitative research in a phenomenological design in order to evaluate the knowledge status of nurses about normothermia status and clinical practice.

Method: In the focus group interview, a data collection form in which occupational and sociodemographic characteristics were questioned and a semi-structured interview form were used, and expert opinion was taken for this. First, themes were created and then categorized. In qualitative data analysis; Colaizzi's phenomenological interpretation method was used.

Semi-Structured Interview Questions

1. What is the change in normothermia, which is common in surgical patients? Can you share your knowledge about this subject?
2. Why do you think it is important to maintain and maintain normothermia in pre- and postoperative patients?
3. What do you think might cause a change in the normothermia status of the patients in the surgery clinic you work for? Can you explain?
4. In your opinion, what actions can a surgical nurse take to protect and maintain patients' preoperative and postoperative normothermia? Which of these do you practice?
5. What suggestions can you make to protect and maintain the normothermia status of patients in the pre- and post-operative period?

Results: The mean age of the nurses participating in the study was 28.2±5. The total experience of nurses in occupational and surgical clinics was 8.4±4 and 4.2±3 years, respectively.60% of the nurses are male and 26.2% have a bachelor's degree. In the focus group interview, a total of 183 opinions were submitted to the research questions. Content analysis method was used in the analysis of the study. As a result of the study, four main themes and eight sub-themes were obtained. The main themes are; The importance of normothermia, factors causing deterioration of normothermia, practices of nurses to maintain normothermia, things to do/knowledge situations to maintain normothermia.

Theme 1: The importance of normothermia

"...a situation that should be prevented in terms of hypovolemia..."(P.N _3).

Thme 2: Factors causing deterioration of normothermia

"...the patient has high anxiety..."(P.N _4).

"...blood loss during and after surgery..."(P.N _2).

"...wet green cloths..."(P.N _7).

3. Theme: Practices of nurses to maintain normothermia

"...I make the patient warm somehow..."(P.N _1).

"...medical treatment should be applied..."(P.N _6).

Theme 4: What to do to maintain normothermia/knowledge situations

“...the patient should be dressed immediately after the operation...” (P.N _5).

“...I switch to medical treatment...” (P.N _1).

Discussion: In-depth interviews were conducted with surgical clinic nurses in a descriptive phenomenological design in order to evaluate nurses' knowledge of normothermia status and clinical practice. According to the results of the research analysis; It has been concluded that nurses working in surgical clinics are aware of normothermia, but they mostly consider hyperthermia in surgical patient follow-up, they know what to do in case of hypothermia, but they do not apply all of them to the patient for different reasons. Prospective randomized controlled trials have shown that maintaining normothermia during surgery provides patients with many clinical benefits, including reduction in surgical site infections, reduction in blood loss, fewer cardiac complications, recovery time, and increased comfort (Kumar et al., 2019). In this study, all of the nurses stated that normothermia is important in surgical patients and that they encounter hypothermia more frequently in the clinic as a result of the change in normothermia value in patients. According to the answers of the participants in our study, it was concluded that most of the nurses could partially explain the reasons for the change in normothermia, but this was not sufficient. In this context, it can be said that nurses are aware of the factors that negatively affect the normothermia situation, but their level of knowledge is not sufficient, and therefore this situation may prevent the quality of surgical patient care from being at the desired level. In case of hypothermia and hyperthermia that occur as a result of the change in normothermia, interventions and practices are different from each other (Çakır and Çilingir, 2018; Karacabay, 2016). Nurses, who have an important place in protecting and maintaining the normothermia status of surgical patients, are at a key point. In the study of Tamer and Karadağ (2020), it is stated that the knowledge and practice levels of nurses about hypothermia care are not sufficient. According to the results of a study; It was concluded that nurses do not have enough knowledge to prevent hypothermia and to manage care correctly (Benjamin & Jarone, 2017; Giuliano & Hendricks, 2017; Ireland et al., 2006).

Conclusion and Suggestions:

- According to this research; It has been concluded that nurses working in surgical clinics are aware of normothermia, but they mostly consider hyperthermia in surgical patient follow-up, they know what to do in case of hypothermia, but they do not apply all of them to the patient for different reasons.
- Attention was drawn to the importance of nurses in preserving and maintaining normothermia in surgical patients throughout the entire surgical process.
- It is thought that it will raise awareness about the normothermia situation in nurses.

The Validity And Reliability of Nursing Relationship Scale in Turkey

Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN¹  Fatma ÖZ² 

¹Ankara University, Faculty of Nursing, Department of Nursing, Ankara, Turkey

ayavas@ankara.edu.tr (Corresponding Author)

²Lokman Hekim University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Ankara, Turkey

fatma.oz@lokmanhekim.edu.tr

Article Info

Article History

Received: 25.01.2022

Accepted: 08.03.2022

Published: 25.04.2022

Keywords:

Nursing,
Nurse-Patient Relations,
Reproducibility of Results.

ABSTRACT

Purpose: In this research, the "Nursing Relationship Scale (NRS) was adapted to Turkish and its validity and reliability was evaluated.

Method: The research was carried out methodologically and aimed to determine the psychometric properties of "NRS". For validity, 7 times of the 34 questions in the scale were reached and 238 nurses participated in the research. For reliability, test-re test (three weeks later) was applied in 59 nurses working in the same hospitals

Results: The total Cronbach α value of the "Turkish Version of Nursing Relationship Scale" (TVNRS) was 0.87; the Cronbach α values of the subscales of the scale were determined as "Caregiver/Supporter"; 0.80, "Nursing Satisfaction"; 0.75, "Authoritarian Stance"; 0.27 and "Negativity"; 0.72. In the scale, Cronbach α values and factor loads of five items were found to be low and t-tests were not found to be significant ($p > 0.05$). For this reason, the scale, which was originally 34 items, was reduced to 29 items.

Conclusions and Suggestions: Our result showed that TVNRS is a valid and reliable in Turkish culture and it is suggested to be used in evaluating the patient nurse relationship.

Hemşirelik İlişkisi Ölçeği'nin Türkiye için Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Makale Bilgileri

Makale Geçmişi

Geliş: 25.01.2022

Kabul: 08.03.2022

Yayın: 25.04.2022

Anahtar Kelimeler:

Hemşirelik,
Hemşire-Hasta İlişkisi,
Sonuçların
Tekrarlanabilirliği.

ÖZ

Amaç: Hemşirelik, temeli sağlık gereksinimi bulunan birey ile kurulan ilişkiye dayanan bir meslektir. Türkçe alanyazında, hemşirelik ilişkisinin belirlenmesine ve somutlaştırılmasına yönelik bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu araştırmada klinik hemşirelerin hemşirelik ilişkisi düzeylerinin belirlenebilmesi amacıyla "Nursing Relationship Scale"(NRS)" isimli ölçeğin psikometrik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma metodolojik olarak gerçekleştirilmiş, ölçeğin geçerlik ve güvenirligi yapılmıştır. Araştırmanın geçerlik aşaması için, ölçekteki 34 sorunun 7 katına ulaşılmış ve 238 hemşireye çalışmaya katılmıştır. Ölçek güvenirligi için aynı hastanede çalışan 59 hemşireye üç hafta aryla ölçek yeniden uygulanmıştır.

Bulgular: "Hemşirelik İlişkisi Ölçeği (HİÖ)"nün genel Cronbach α değeri 0.87; ölçeğin alt boyutlarının Cronbach α değerleri: "Bakım Verici /Destekleyici";0,80, "Hemşirelik Doyumu";0,75, "Otoriter Duruş";0,27 ve "Negatiflik";0,72 olarak saptanmıştır. Ölçekte, beş maddeye ait Cronbach α değerleri ile faktör yüklerinin düşük çıktığı ve t testlerinin anlamlı çıkmadığı ($p > 0,05$) bulunmuştur. Bu sebeple beş madde ölçekten çıkarılmış ve orijinali 34 madde olan ölçek, 29 maddeye indirilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Ölçeğe ait sonuçların alanyazında kabul edilebilir sınırlar içinde yer alması ve ölçeğin orijinaline ait sonuçlar ile benzerlik göstermesi nedeniyle ölçek, Türk Kültürü için, geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

*This study is a part of a Ph. D. Thesis and presented as an oral presentation at "V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress, 2018, Antalya/Turkey"

Citation: Yavaş Ayhan, A.G. & Öz, F. (2022). Nursing relationship scale the validity and reliability study for Turkey. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 51-61.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

INTRODUCTION

Nursing is a discipline of health concerned with giving care to patients and built on scientific foundations (Ann & Barrett, 2015). The application of scientific knowledge together with practices based on the nursing relationship is what drives the care and practice aspects of nursing (ICN, 2020). This is why the nursing relationship used in nursing practices is an indispensable part of the nursing process (Bach & Grant, 2018, Arnold, & Boggs, K, 2019). The term “nursing relationship” refers to a dynamic and therapeutic process based on nursing care that forms between the nurse and the patient with medical needs (Özcan, 2015; Bach & Grant, 2018). In this relationship the nurse bears more responsibility. It is initiated by the nurse and progresses as a result of the interactions between the nurse and the patient, and is terminated, by the nurse in an appropriate time (Özcan, 2015). The nursing relationship is a process that establishes effective and constructive interaction between the nurse and the patient being cared for by giving importance to the personal characteristics of the individual in the nurse's care and letting the individual be treated holistically (Arnold, & Boggs, K, 2019). Moreover, a properly-established nursing relationship will provide a solid basis for effective care (Gürhan & Okanlı, 2017). The nursing relationship is also vital for identifying the requirements of the individuals being cared for (Özcan, 2015; Arnold & Boggs, 2019) making the correct nursing diagnoses, and fully meeting the requirements of individuals with medical needs (Lees et al., 2014). Furthermore, this relationship needs to be utilized effectively in all preventative, treatment, and rehabilitation processes (Ku & Minas, 2010) because it is a fundamental care factor (Haugan et al., 2013) to improve the quality of care (Bach & Grant, 2018) and ensuring recovery (APNA, 2015).

The nursing relationship is a process that hastens recovery in individuals with medical needs (Bach & Grant, 2018), reduces levels of anxiety and depression (Haugan, Innstrand & Moksnes, 2013), increases feelings of hope (Haugan et al., 2016), as well as becoming better and fit for life and awareness (Yalçın, 2010). Moreover, an effective nursing relationship increases nurses' professional satisfaction (Hosseinabadi & Etemadinezhad, 2018) and contributes not only to their personal and professional development (Rasheed et al., 2019) but also to the establishment of a professional identity (Gürhan & Okanlı, 2017). For organizations, good nursing relationships help reduce costs and shorten hospitalization times (Kornhaber et al., 2016).

A review of literature on the subject of nursing relationships showed that effective nursing relationships contribute greatly to the nursing profession and practices, patient care outcomes and the recovery process, and reduce the institution's costs. It is known, however, that the nursing relationship in Turkey is a problems (Şantaş & Kahraman, 2017; Şengül, 2013; Geçkil, 2008). Busy working conditions, staff shortages, and the high number of patients to nurses form a significant barrier to forming a proper and effective nursing relationship (Şengül, 2013). When the nursing relationship is not at the desired level, this leads to inadequate communication between nurses too (Şengül, 2013) that case dissatisfaction in nursing too (Şantaş & Kahraman, 2017). There is a need for the right instruments to assess the nursing relationship and its associated problems. The lack of studies in Turkey regarding the concept of the nursing relationship and the absence of a scale specifically developed for the nursing relationship makes it hard to assess the topic's visibility, resulting in the need for an objective measurement tool for this topic. A review of the literature in this context showed that the Nursing Relationship Scale (NRS) developed by Ku & Minas (2010) is a scale that could be useful in determining the levels of nursing relationships. This tool can raise our awareness regarding nursing relationship and its importance, provide a means for showing nurses existence, contribute to patient care, and add value to the nursing profession. So, this study aimed to adapt the NRS to Turkish culture.

METHOD

Research Design

The research followed a methodical structure to determine the psychometric properties of the NRS. Two questions were considered in the research.

1. Is the Turkish version of the NRS (TVNRS) valid?
2. Is the TVNRS reliable?

Participants

The research was carried out in three hospitals (two training and research hospitals and one university hospital) with at least 500 bed capacity during 2017-2018.

The sample of the research was composed of nurses who were working in the internal, surgical, and psychiatry clinics of the mentioned hospitals and selected by a simple random sampling method. The total 238 nurses working in the clinics of three hospitals consisted of this research sample.

Inclusion criteria for the research were “volunteering to participate in the research” and “working in adult clinics of hospitals included within the scope of the research”. Exclusion criteria were “working as a head nurse in the clinic and working in intensive care”.

Research Instruments and Processes

Nursing Relationship Scale (NRS): This scale was developed by Ku and Minas in 2010. It is a “5-point Likert-type scale” consisting of 34 items, grading from disagree (0) to agree (4) (Ku & Minas, 2010). There is no reverse coded question on the scale. The obtained points from the scale are a minimum point is “0” and a maximum point is 136. The scale has no cut-off point or reverse-coded item, and it is asserted that as the scale score increases the nursing relationship does, too. The scale consists of four sub-scales under the headings of “Caring/Supportive Approach”, “Nursing Satisfaction”, “Authoritarian Stance” and “Negativity”. The Caring/Supportive Approach sub-scale evaluates nurses' tendencies to encourage patients, spend time explaining, and make explanations for care and treatment. The Nursing Satisfaction sub-scale evaluates nurses' perception of the satisfying aspects of the nursing profession. While the authoritarian stance evaluates the tendency to take over the management, Negativity evaluates the tendency to avoid, to give incomplete information about the prognosis, and to feel a barrier towards the patient. The alpha coefficients for diabetes case in the reliability analysis of NRS were as follows: Caring/Supportive Approach, 0.91; Nursing Satisfaction, 0.75; Authoritarian Posture, 0.65; and Negativity, 0.78. The alpha coefficients for the mental illness case were: Caring/Supportive Approach, 0.91; Nursing Satisfaction, 0.75; Authoritarian Posture, 0.73; and Negativity, 0.85.

Data Analysis

SPSS 20.0 and LISREL 8.7 programs were used to analyze the data. Firstly, the “language validity”, “content validity”, and “construct validity” assessments of the scale were carried out as part of the validity study of the research. Within the scope of language validity, the scale was translated by two language experts. The scale whose language validity was made was then sent to seven experts for content validity and was structured in line with the suggestions. After the content validity was made, the consistency of the experts' opinions was assessed with the “Content Validity Ratio” (CVR) and “Content Validity” (CVI) analysis.

In the reliability study of the research, the “*test-retest evaluation*” of the scale was assessed with “*Pearson correlation analysis*”, and the compatibility analysis was assessed with the t-test independent groups, the item-total score analysis for the scale and its subscales were assessed with “*Pearson correlation analysis*”, and the internal consistency of the scale and sub-scales was assessed with the Cronbach α coefficient and the intra-class correlation coefficient. Factor analysis was used for the item-factor relationship, and Confirmatory Factor Analysis (CFA) was used to determine whether the items and sub-scales explained the original structure of the scale.

Ethic

The non-clinical research ethics committee of Hacettepe University approved the study. Written official permissions from the hospitals were obtained (16969557-762). Written permission for the use of the scale was obtained from Tan Kan KU, the author of the original questionnaire. Also, the nurses were informed about the data collection tool, and their written consent was obtained.

RESULTS

Validity Study

Language Validity: The original form of the scale is in English. To ensure validity, language equivalence was first established, and accordingly, the scale was then translated from “*English to Turkish*” by seven experts (1 language expert, 6 psychiatric nursing experts). Two psychiatric nursing experts evaluated these translations, and the Turkish version of the scale was prepared. The Turkish form was sent back to the same six psychiatric nursing experts, and the scale was finalized by taking their recommendations. The scale, which was translated into Turkish and its final form was taken, was sent back to two language experts and translated back into English. Next, it was sent to Ku and Minas (2010), the developers of the scale, to compare the translation with the original.

Content Validity: Content validity was calculated using the Lawshe technique (Ayre & Scally, 2014). The scale, for which language equivalence was ensured and a Turkish version was formed, was sent to 6 psychiatric nursing experts to conduct the content validity. For content validity, experts were asked about the grading criteria [(1=Completely applicable; 2=Applicable (requires minor changes to the item); 3=Slightly applicable (the item needs to be adjusted); 4=Not applicable)] specific to each item in the scale by using the Davis technique and they were asked to make an assessment. The “*Content Validity Ratio*” (CVR) and the “*Content Validity Index*” (CVI) were found to be in line with the opinions of experts and the expressions for the scale items were corrected.

Construct Validity: The Turkish translation, whose content validity was made, was translated into English, the original language of the scale, and sent to the scale developers. The scale was applied for research after the scale developers approved it as being applicable. Lisrel 8.7 package program was used to assess the construct validity. Factor analysis was used for the item-factor relationship, and “*Confirmatory Factor Analysis*” (CFA) was used to determine whether the items and sub-scales explained the original structure of the scale. Items with at least 30 load values in CFA were included in the factor construct.

The fit indices of TVNRS on all nurses (n=238) were examined. The RMSEA value was found to be 0.08 and the p-value to be $p < 0.001$ in our research.

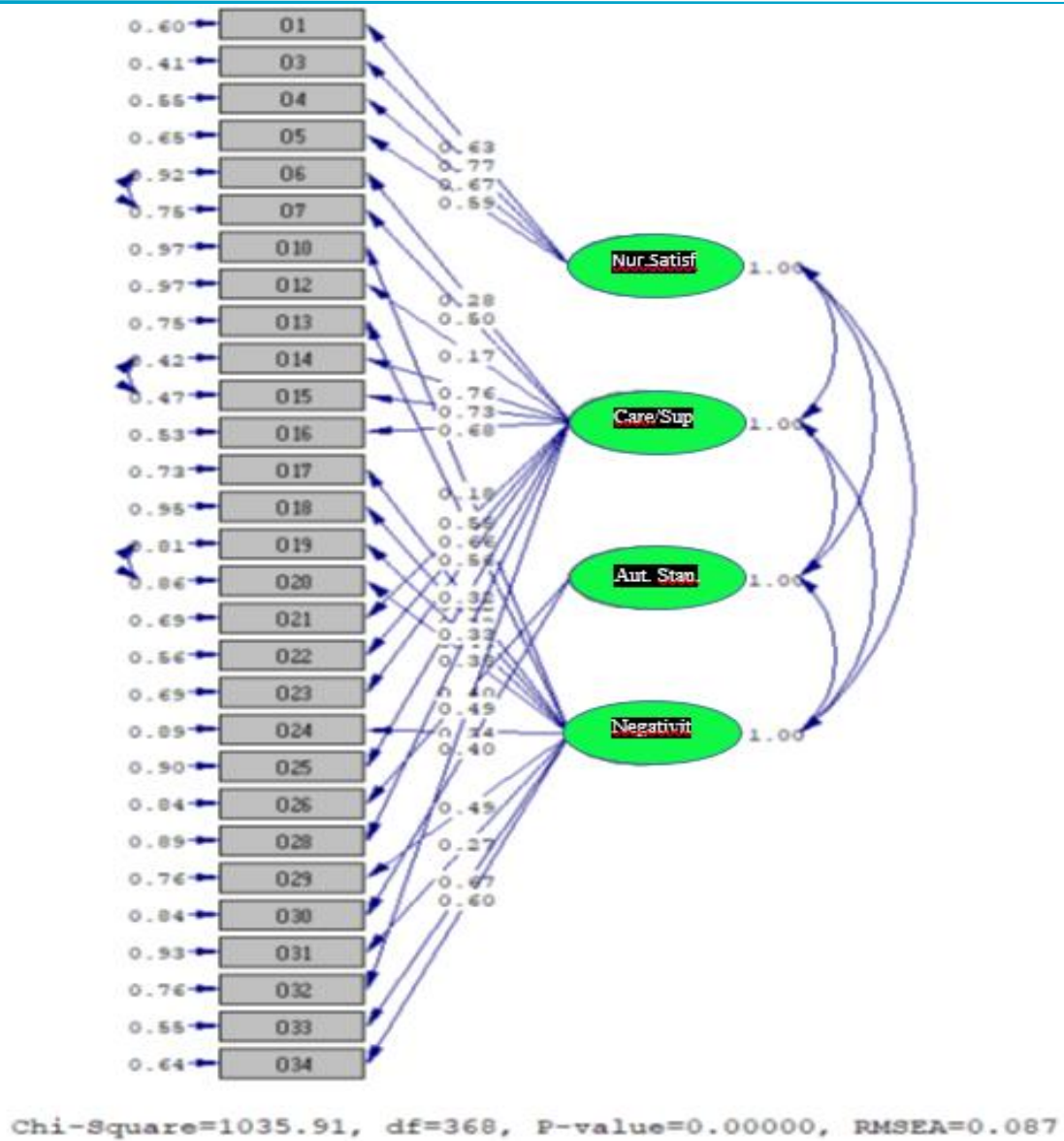


Figure 1. Structural Equation Modeling Results of TVNRS

Structural Equation Model results of the TVNRS showed that five items (items 2, 8, 9, 11, and 27) were not compatible with the original scale developed by Ku and Minas (2010), the Cronbach α values and factor loads of these five items were low, and the t-tests were not significant ($p>0.05$). For this reason, five items (items 2, 8, 9, 11, and 27) were excluded from the scale, reducing the 34-item scale to 29 items (Figure 1). The items 1, 3, 4 and 5 of the scale reduced to 29 questions constitute the "Nursing Satisfaction" sub-scale, the items 6, 7, 12, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 25, 28 and 32 constitute the "Caring/Supportive Approach" sub-scale, the items 26 and 30 constitute the "Authoritarian Stance" sub-scale, and the questions 10, 13, 17, 18, 19, 20, 24, 29, 31, 33 and 34 constitute "Negativity" sub-scale.

Reliability Study

Reliability indicates the consistency of the measurement tool (Sönmez & Alacapınar, 2014). The test-retest method is the implementation of the same measurement material to the same people under the same conditions at least twice. It shows the stability of the test in measuring (Alpar, 2020). It is considered sufficient for nurses to participate in the test-retest method as much as 25% of the first application group (Alpar, 2020). In the research, 59 nurses, 25% of the 278 nurses to whom the measurement tool was first applied were retested three weeks after the first application. Afterward, the correlation between the scores the nurses obtained in the

first application and the scores they obtained from the second application was calculated through the Pearson Correlation Coefficient (Alpar, 2020; Sönmez & Alacapınar, 2014). The compliance between the two applications performed in three weeks of intervals was analyzed with the intraclass correlation coefficient (ICC). Item-total-score correlation explains the correlation between the scores obtained from the test items and the total score of the test. Positive and high item-total correlation indicates that the items exemplify similar behaviors, and the internal consistency of the test is high (Evci & Aylar, 2017). The correlation coefficient is used to find and interpret the amount of the correlation between two variables. The descriptive values of the data were given as a number, percentage, mean and standard deviation, and the statistical significance level in the test results was accepted as $p \leq 0.05$.

Cronbach α internal consistency coefficient and intraclass correlation coefficient were calculated and the “test-retest method” was used in determining the reliability of the scale. “Cronbach's alpha” analysis was used to test internal consistency within the content of reliability, and the coefficient's closeness to 1 was evaluated. The “test-retest” evaluation of the scale was assessed with “Pearson correlation analysis”, and the compatibility analysis was assessed with the t-test independent groups, the item-total score analysis for the scale and its subscales were assessed with “Pearson correlation analysis”, and the internal consistency of the scale and sub-scales was assessed with the Cronbach α coefficient and the intra-class correlation coefficient.

Table 1. Cronbach α Values of NRS and TVNRS.

	Cronbach α values of NRS (n=208)		Cronbach α values of TVNRS (n=238)
	Psychiatric Nurses	General Nurses	Nurses (Adult, medical, surgical, and psychiatry)
General Cronbach α values	Undefined	Undefined	0.87
Cronbach α Values of the sub-dimensions of NRS			
Caregiver/Supporter	0.91	0.91	0.80
Nursing Satisfaction	0.75	0.75	0.75
Authoritarian Stance	0.73	0.65	0.27
Negativity	0.85	0.78	0.72

The “test-retest method” was used to determine the reliability of the TVNRS for its invariance over time. For this purpose, the scale was reapplied to 59 nurses at three weeks of intervals.

Table 2. Test-Retest Results and ICC Values for Sub-Scales of TVNRS

TVNRS	Test X \pm df	Retest X \pm df	Statistical Evaluation		ICC (Intra-Class Correlation Coefficient Values)
			T	p	
Caregiver/Supporter	3.04 \pm 0.87	3.03 \pm 0.89	0.846	0.401	0.99
Nursing Satisfaction	3.26 \pm 1.02	3.29 \pm 1.05	0.444	0.659	0.95
Authoritarian Stance	3.55 \pm 1.65	3.55 \pm 1.65	*	*	0.99
Negativity	2.37 \pm 0.74	2.36 \pm 0.74	1.657	0.103	0.97

* Since repeated measurements are the same and standard error difference is "0", "t" and "p" values were not calculated.

The mean score and ICC values for the first and re-test of TVNRS are shown in Table 2. The "t" test was used to assess whether there was a significant difference between the first test and test-retest measurements for the sub-scales of TVNRS, and no significant difference was found in any of the sub-scales ($p > 0.05$). Since the means were close to each other, Intra-Class Correlation Coefficient (ICC) values were calculated to test the reliability.

Table 3. The Correlation Between The First Test and Re-Test Measurements Of TVNRS And Its Sub-Scales (n=59)

TVNRS	Statistical Evaluation (Correlation)	
	r	p
TVNRS Total Score (Initial Test and Retest)	0.998	p<0.001
Caregiver/Supporter	0.997	p<0.001
Nursing Satisfaction	0.972	p<0.001
Authoritarian Stance	0.997	p<0.001
Negativity	0.982	p<0.001

When Table 3 is examined, the “*Pearson Product-Moment correlation coefficient*” of the total scale score was found to be 0.998 (p<0.001) between the two applications, indicating a high level of correlation between the “*test-retest measurements*” of the sub-scales (p<0.01).

Table 4. Item-Total Correlations According to Sub-scales of TVNRS

Sub-Dimensions of TVNRS	r	p
Caregiver/Supporter		
I would spend more time with Mr. A/S than with other patients on the ward.	0.409	p<0.001
I would encourage Mr. A / S more than any other patient to take as much care of herself as possible.	0.481	p<0.001
I expected Mr. A/S to follow my instructions regarding the treatment regimen.	0.406	p<0.001
I would be more careful than usual when explaining a nursing activity or treatment to Mr. A/S.	0.413	p<0.001
I would be more careful than usual when explaining to Mr. A/S about the ward's rules, upsets, and general culture.	0.437	p<0.001
I would be more careful when asking Mr. A/S about his health.	0.633	p<0.001
Compared to other patients, I would more encourage Mr. A/S's caregivers to be supportive.	0.618	p<0.001
Compared to other patients, I would be very supportive of Mr. A/S's caregivers.	0.505	p<0.001
More than usual, I would ask Mr. A/S if he would like to discuss any problems or concerns about his hospitalization.	0.404	p<0.001
If a visitor of Mr. A/S tried to stay out of visiting hours, I would allow it.	0.381	p<0.001
I would be particularly careful about the secrecy of Mr. A/S's situation.	0.531	p<0.001
Nursing Satisfaction		
It would be very satisfying for me to care for Mr. A/S as caring for him requires special skills.	0.505	p<0.001
I would make a special effort to care for Mr. A/S.	0.538	p<0.001
I would discuss Mr. A/S's management of care with my colleagues at the ward.	0.502	p<0.001
Looking after Mr. A/S would be a challenge that I would look forward to.	0.482	p<0.001
Authoritarian Stance		
I would not completely trust the opinion of Mr. A/S in making treatment decisions.	0.390	p<0.001
I would be wary of discussing Mr. A/S's condition with any of his visitors.	0.440	p<0.001
Wouldn't be too optimistic about Mr. A/S's prognosis.	0.521	p<0.001
Negativity		
I would have taken a more "kind" approach to Mr. A/S than to other patients.	0.390	p<0.001
I would worry a little more than usual that Mr. A/S might become aggressive in the ward.	0.497	p<0.001
Compared with other patients, I would avoid letting Mr. A/S know about me or my private life.	0.305	p<0.001
Compared with other patients, I would avoid confrontation with Mr. A/S if he did something against the rules of the ward.	0.393	p<0.001
I would feel “barriers” between me and Mr. A/S more so than with other patients.	0.349	p<0.001
I would make an effort to encourage Mr. A/S to talk about his problems or illness.	0.304	p<0.001
I would expect Mr. A/S to be a more demanding patient than most patients.	0.420	p<0.001
I would think Mr. A/S would need more privacy than most patients in the.	0.317	p<0.001
I would be a little reluctant to work with Mr. A/S to develop the care plan.	0.480	p<0.001
I would have been more patient with Mr. A/S than with other patients at the ward.	0.536	p<0.001
Compared with other patients, I would be less persistent if Mr. A/S do not want to discuss a topic.	0.460	p<0.001

Table 4 demonstrates the item-total correlations for each sub-scale of TVNRS. When the item-total correlations are examined, it is seen that the item-total correlations of the “Caring/Supportive Approach” sub-scale range from 0.381 to 0.633, the “Nursing Satisfaction” sub-scale range from 0.482 to 0.538, the “Authoritarian Stance” sub-scale range from 0.390 to 0.521 and the “Negativity” sub-scale range from 0.304 to 0.506. The validity phase of the HLFS was performed with the Structural Equation Model (SEM).

In our study, the Cronbach α value was calculated as 0.87 for the whole nursing relationship, 0.80 for the "Caring/Supportive Approach sub-scale", 0.75 for the "Nursing Satisfaction sub-scale", 0.72 for the "Negativity sub-scale", and 0.27 for the "Authoritarian Stance sub-scale". The first test and test-retest Pearson Product-Moment correlation coefficient regarding the total score of the scale was found to be 0.998 ($p < 0.001$). Table 3 shows Cronbach's alpha values for the NRS and TVNRS. Regarding item correlations, when Table 3 is examined, these values vary between 0.38-0.63 for the "Caring/Supportive Approach" sub-scale, 0.48-0.53 for the "Nursing Satisfaction" sub-scale, 0.39-0.52 for the "Authoritarian Stance" sub-scale, 0.30-0.53 for the "Negativity" sub-scale.

DISCUSSION

In this study, we adapted the Nursing Relationship Scale to Turkish and analyzed its psychometric properties. In this study, NRS was found to be a valid and reliable measurement tool, and four conceptual dimensions called Caregiver/Supporting Approach, Nursing Satisfaction, Authoritarian Posture, and Negativity were reached, similar to the original. Also, our result showed that TVNRS is a valid and reliable measurement tool for Turkish culture because the results of the fit indices, Cronbach's α values, and item-total correlations are within acceptable limits and show similarities with the results of the original scale (Ku & Minas, 2010). Nursing relationship affects nursing care outcomes, nursing satisfaction, and the recovery process. It also contributes to the development and professionalization of the nursing profession. Therefore, it is important to determine the nursing relationship levels of nurses.

Content Validity: In a six-person expert evaluation; it is expected to be $CVR > 0.99$ for ($p = 0.05$) significance level (Ayre & Scally, 2014; Yeşilyurt & Çapraz, 2018). Since $CVR > 0.99$ in the research, no item was eliminated from the scale during the application phase. As a result of the analysis, it was determined that there was harmony among the experts. CVI value was calculated separately for each sub-scale and was found $CVI = 3$ in all sub-scales. The scale was evaluated as valid in terms of content validity since $CVI > CVR$ (Ayre & Scally; Yeşilyurt & Çapraz, 2018). The translation of the scale assessed by Ku & Minas (2010) was determined to be following its original, and the scale took its final form.

Construct Validity: All fit indices were within acceptable levels. According to the fit indices, X^2/sd value being 2 or less indicates that the model has a good fit, and 5 and less indicates that the model has an acceptable fit (Esin, 2014). In our study, the X^2/sd value was found to be less than 5 (2.81). According to this value, the model has an acceptable fit (Esin, 2014). In the literature, it is stated that the fit indices obtained in the validity and reliability studies of the scale can take values ranging from 0 to 1 and that the fit values approaching 1 indicates that the goodness of fit of the model increases and the scale exhibits a strong fit (Evcı & Aylar, 2017; Kline, 2016). Since the fit index values in our research were between 0.77 and 0.89, it can be said that the scale showed an acceptable fit. RMSEA value being equal to or less than 0.08 and the p-value being less than 0.005 indicates a very good fit, while RMSEA value being equal to or less than 0.10 indicates a poor fit (Esin, 2014). The RMSEA value obtained in our research shows that the model has an acceptable fit.

Reliability: Cronbach's alpha and intraclass correlation coefficients were calculated for reliability. The higher the Cronbach α values on the scales, the greater the time invariance of that measurement (Esin, 2014; Ku & Minas, 2010). In Ku's study (2010) it was found that Cronbach's α values in all sub-scales of the NRS ranged from 0.72 to 0.91. In our study Cronbach's α values of all sub-scales found in our research were ranged from 0.27 to 0.80 and the general Cronbach α value of scale found 0.87. Hinton et al., (2014) stated that Cronbach alpha values reveal moderate in between the interval of 0.50–0.70, high in between the interval of 0.70–0.90, and excellent reliability over 0.90. This study has high reliability with its three subscales and also general Cronbach α value of scale. The value of 0.27 determined for the "Authoritarian Stance sub-scale" is below the expected reliability. Five questions are measuring the "Authoritarian Stance" sub-scale in the TVNRS. In our research, three questions were excluded from this sub-scale because the factor loads were low (<0.30) and the t-tests were not significant ($p>0.05$). Thus, the "Authoritarian Stance" sub-scale of the TVNRS consisted of two questions with a high factor load (>0.30) and a significant t-test ($p<0.05$). Streiner et al., (2015) stated that the low number of questions may lead to Cronbach alpha values being low. Therefore the low Cronbach α value determined for the "Authoritarian Stance" sub-scale is thought to be related to the fact that two questions were measuring this sub-scale. The "Authoritarian Stance" sub-scale was not removed because the test-retest value for the "Authoritarian Stance" sub-scale of the scale was high (0.997) and statistically significant ($p<0.05$), the correlations of the items belonging to the "Authoritarian Stance" sub-scale with the whole scale were above the value of 0.30 and the overall Cronbach α value of the scale decreased when the items belonging to the authoritarian stance were removed. Therefore, it was found that the two scales were close to each other and both scales had high reliability. In the study, the item-total correlations ranged from 0.304 to 0.633. The item-total correlation demonstrates the effect of the relevant item on the total item score. It is desired that this effect should not be less than 0.40, but Evci & Aylar (2017) and Büyüköztürk (2018) state that value of 0.30 is acceptable. In this respect, it is seen that the item-total correlations are at a sufficient level. In addition, Esin (2014) and Sönmez & Alacapınar (2014) stated that 0.30 and higher item-total correlations distinguish the measured feature well. In line with all these, it is thought that the item-total correlations obtained as a result of the research are sufficient.

According to ICC, scale reliability is assessed as excellent reliable in the range of 0.95-100, highly reliable in the range of 0.85-0.89, moderately reliable in the range of 0.70-0.84, and unacceptable in the range of 0.00-0.69 (Evci & Aylar, 2017; Kline, 2016). In the statistical analysis, the ICC value of the scale was calculated as 0.998 and the reliability of the scale was found to be at an excellent level ($p<0.05$). It is seen that the intraclass reliability of the sub-scales of the scale is also within acceptable limits.

CONCLUSION AND SUGGESTIONS

The results showed that the TVNRS is a valid and reliable tool to evaluate nursing relationship levels. It is a scale with four key sub-dimensions that may contribute to a clearer understanding of the differences in nursing practice. The nursing relationship is a foundation for nursing care, an effective healing process, and a key factor in quality care. It is necessary to understand the effects of the nursing relationship in the nursing care process and to raise awareness about the importance of the nursing relationship. It is recommended that this scale be used in studies to assess the patient nurse relationship to increase the quality of nursing care provided in the changing world conditions and larger populations.

LIMITATIONS

In our study, the attitude towards adult patients was evaluated. In addition, the study could not be conducted in all planned hospitals lead to a decrease in the number of psychiatric nurses in the sample.

Financial Support

No financial support.

Conflict of Interest

No conflict of interest.

Author Contributions

Design: A.G.Y.A., F.O., Data Collection or Processing: A.G.Y.A., F.O., Analysis or Interpretation: A.G.Y.A., F.O., Literature Search: A.G.Y.A., F.O., Writing: A.G.Y.A., F.O.

REFERENCES

- Alpar, R. (2020). *Validity and reliability. Applied statistics and validity-reliability with examples from sports, health and educational sciences* (4th ed). Ankara: Detay Publishing.
- American Psychiatric Nurses Association. Scope and Standarts for Public Comment. (2015). Cited 20 Apr 2016. https://www.apna.org/wp-content/uploads/2021/03/12-11-20-PMH_Nursing_Scope_and_Standards_for_Public_Comment.pdf
- Ann, E., Barrett, M. (2015). What is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 52-60.
- Arnold, E. & Boggs, K. (2019) *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*. (8th ed.). St, Louis MO: WB Saunders.
- Ayre, C. & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe’s content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development. Meas Eval Couns Dev*, 47(1),79-86. <https://doi.org/10.1177/0748175613513808>
- Kline, R.B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. (4th ed). New York, NY: Guilford Press.
- Büyüköztürk, Ş. (2018). *Manual of Data Analysis for Social Sciences*. (27th ed). Ankara: Pegem Academy.
- Esin, M. N. (2014). *Data collection methods and tools & reliability and validity of data collection tools*. Erdoğan S, Naçivan N, Esin MN. *Research in Nursing: Process, Practice and Critical*, Istanbul: Nobel Publishing, 217-230.
- Evci, N. & Aylar, F. (2017). Review: The use of confirmatory factor analysis in scale development studies. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(10),389-412. <https://doi.org/10.16990/SOBIDER.3386>
- Geçkil, E. (2008). Evaluation of nursing satisfaction levels of patients in Adıyaman city center. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 15(2), 41-51. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88555>
- Gürhan, N. & Okanlı, A. (2017). *Secret of life: Communication*. Ankara: Nobel Publishing.
- Haugan, G., Innstrand, S. T. & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs*, 22(15-16), 2192-2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Haugan, G., Moksnes, U.K. & Løhre, A. (2016). Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse–patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scand J Caring Sci*, 30(4),790-801. <https://doi.org/10.1111/scs.12307>.
- Hinton, PR., McMurray, I., Brownlow, C. (2014). *SPSS Explained*. 2nd ed. London: Rowledge.
- Hosseinabadi, M. B. & Etemadinezhad, S. (2018). Evaluating the relationship between job stress and job satisfaction among female hospital nurses in Babol: An application of structural equation modeling. *Health Promot Perspect*, 8(2),102. <https://doi.org/10.15171/hpp.2018>
- International Council of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J. & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *J Multidiscip Healthc*. 9,537–546. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Ku, T. K., & Minas, H. (2010). Development of the Nursing Relationships Scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care. *National Journal of Mental Health System*, 4(12),1-12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-4-12>

- Lees, D., Procter, N., Fassett, D. (2014) Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 23(4):306–315. <https://doi.org/10.1111/inm.12061>
- Bach, S., & Grant, A. (2018) Communication and interpersonal skills in nursing (Transforming Nursing Practice Series). (Fourth edition). England: Learning Matters Ltd
- Özcan, A. (2015). *Nurse-patient relationship and communication* (4th ed.). Ankara: Sistem Ofset Publishing.
- Rasheed, S. P., Younas, A. & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *J Clin Nurs*, 28(5),762-774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Sönmez, V. & Alacapınar, F. G. (2014). *Illustrated scientific research methods*. Anı Publishing.
- Streiner, DL., Norman, GR., Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. 5th ed. USA: Oxford University Press.
- Şantaş, F. & Kahraman, G. (2017) Perception towards healthcare professionals: presentation of physicians, nurses and pharmacists in "Ekşi Sözlük". *Gümüşhane University Electronic Journal of the Institute of Social Science*,8(19),207-229. <https://doi.org/10.17823/gusb.356>
- Şengül, Şiše. (2013). Satisfaction of patients with their nursing services. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(2), 69-75. <https://doi.org/10.18229>
- Yalçın E.G. (2010) *Patient-nurse interactions among nurses working in the acute psychiatry service*. [Unpublished master's thesis] İstanbul University, Health Science Institute, Department of Pschiatric Nursing, İstanbul, Turkey.
- Yeşilyurt, S. & Çapraz, C. (2018). A roadmap for content validity used in scale development studies *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264. <https://doi.org/10.17556/erziefd.297741>

Electronic-Portfolio: A Tool For Nursing Students' Evaluation

Raheleh SABET SARVESTANI¹  Emine GEÇKİL² 
Semra KÖSE³ 

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye
rahelehabet88@gmail.com

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye
eminegeckil@gmail.com

³Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye,
semraak_88@hotmail.com (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 19.08.2021 Accepted: 13.10.2021 Published: 25.04.2022	Purpose: Technology has changed our life, and the health care system is no exception. So, the way nursing faculties teach and evaluate students must be integrated into the recent advances in the health care system. Nowadays, the assessment of nursing students has changed from the traditional techniques with written tests to a more structured techniques in clinical settings. As a result, using information technology such as electronic portfolios has become prevalent in nursing students' evaluations. Many studies have been done and assessed the effect of e-portfolio. So, this study aimed to review the literature regarding e-portfolio.
Keywords: E-portfolio, Nursing, Evaluation.	Method: This study was a literature review. The published articles were reviewed in Pubmed and Google Scholar from 2000 to 2020. The inclusion criteria were English language, articles related to the portfolio in nursing, and the accessibility to full-text. We found and reviewed 15 articles. Results: Our review showed that an e-portfolio is a new learning and evaluation method that can encourage students to self-reflect, tracks their progress in skill acquisition, and increase teacher-students interaction. Conclusion and Suggestions: Moreover, this tool can be used as a valuable tool instead of traditional evaluation systems in clinical settings, although it may have some disadvantages that can be prevented by some strategies.

Elektronik Portfolyo: Hemşirelik Öğrencilerinin Değerlendirmesi İçin Bir Araç

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 19.08.2021 Kabul: 13.10.2021 Yayın: 25.04.2022	Amaç: Teknoloji hayatımızın birçok alanı gibi sağlık sistemini de değişime uğratmıştır. Bu yüzden, sağlık sistemindeki son gelişmeler hemşirelik fakültelerindeki öğrenciler için öğretme ve değerlendirme yöntemlerine entegre edilmelidir. Son zamanlarda, hemşirelik öğrencilerinin klinik ortamlarda değerlendirilmesi, yazılı sınavlar ve eğitmen liderliğindeki değerlendirmeler geleneksel modelden daha yapılandırılmış bir yönetime dönüşmüştür. Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerinin değerlendirmelerinde elektronik portfolyo gibi bilgi teknolojilerinin kullanılması yaygın hale gelmiştir. Bu konu ile ilgili birçok çalışma yapılmış ve e-portfolyonun etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmada e-portfolyo ile ilgili literatürü gözden geçirmek amaçlanmıştır.
Anahtar Kelimeler: E-portfolyo, Hemşirelik, Değerlendirme.	Yöntem: Bu çalışma bir literatür taramasıdır. Pubmed ve Google Scholar'da 2000 yılından 2020 yılına kadar yayınlanmış makaleler incelenmiştir. Makale dilinin İngilizce olması, hemşirelik portföyü ile ilgili olması ve tam metne erişilebilir olması çalışmanın dahil edilme kriterleridir. Toplam onbeş makale incelenmiştir. Bulgular: Yapılan incelemeler; bir e-portfolyo, hemşirelik öğrencilerini kendi kendine düşünmeye teşvik edebilen, beceri edinmedeki ilerlemelerini takip edebilen, öğretici ve öğrenciler tarafından yüksek düzeyde kabul gören, öğrenci-öğretici etkileşimini artırabilen yeni bir öğrenme ve değerlendirme yöntemi olduğunu göstermiştir. Sonuç ve Öneriler: Stratejilerle önlenebilecek bazı dezavantajları olsa da bu araç klinik ortamlarda geleneksel değerlendirme sistemleri yerine kullanılacak değerli bir araç olarak kullanılabilir.

Atf/Citation: Sabetsarvestani, R., Geçkil, E. & Köse, S. (2022). Electronic-portfolio: A tool for nursing students' evaluation. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 62-67.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). (CC BY-NC 4.0)"

INTRODUCTION

Technology is pervasive and has changed our lives even more than the printing press did in its period. How we learn, communicate, travel, conduct business, and even play are all influenced by technology, and the health care system is no exception (Bayramzadeh & Aghaei, 2021; Curran, 2008). The health care system experiencing quick change, so the providers have to be self-directed, self-aware, and resource-effective members who like technology and be able to communicate, decrease errors, and balance health needs (Spickard et al., 2016).

There is a popular fable about a penguin colony quoted by Kotter and Rathgeber in 2006. This penguin colony lived on an iceberg in Antarctica area for several years. But when they identified the problematic symptom of the iceberg, they eventually realized that the environment had changed and it is a need to modify and change how they lived (Kotter & Rathgeber, 2006). The current health care system is dynamic and rapidly changing in line with modern technological breakthroughs. To keep pace with these trends, the nursing profession has to be vigilant and incorporate appropriate technologies, especially in educational settings.

Professional organizations such as the American Academy of Nurses (AAN) and the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) are trying to find solutions to decrease errors in health care systems. They found that using emerging and new technology can be a key to these problems. Thus recently, the American Nurse Association revised the standards of nursing curriculum based on nursing informatics. Also, the necessity of including informatics in the nursing curriculum is well highlighted in nursing literature nowadays (McNeil et al., 2004). So, the way nursing faculties teach and evaluate students must be integrated into the recent advances in the health care system.

Traditional evaluation approaches were mostly including written exams, bedside assessments with tutor-led and rating reports. These methods depend on patient availability and do not always explicit and predefined learning objectives. Furthermore, behavioral competencies such as critical thinking, communication skills, professionalism, and teamwork could not be measured accurately. Therefore, the evaluation in clinical settings has changed from the traditional techniques to a more structured techniques. Also, changes in the environment have forced the use of new evaluation tools which benefit the student in several ways and change from a summative method to a more formative method. As a result, the use of information technology such as electronic portfolios (e-portfolios) has become prevalent for the evaluation of nursing students in clinical settings (O'Brien et al., 2016). E-portfolios are information system helps for teaching, learning, and evaluation (Tsai et al., 2015). The e-portfolio is an electronic one, that enables students to show a three-dimensional record of personal and professional growth and made it possible for self and others audit (Green et al., 2014). This method has been prevalent in Europe, Australia, and Canada for many years (O'Brien et al., 2016).

What is an e-portfolio: This word “portfolio” is derived from “Portare” which is an Italian word means “to carry” and “Folio” which means “leaf or sheet”. It has been used in different disciplines at university to encourage reflective practices in students. Nursing is a relatively late user of this method. According to Green et al. (2014), the portfolio has been used for the assessment as well as a professional and personal reflection over time (Green et al., 2014).

In the past, the use of paper-based portfolios was prevalent, but students have critiqued that paper-based portfolios are too bulky due to having too much papers. One study showed that a paper-based nursing portfolio can be as heavy as 0.5 to 1.5 kg. Excessive paperwork makes portfolios time-consuming, difficult, and stressful for students. The bulkiness of them may conceal

incomplete learning. This method can also be stressful and time-consuming for academic staff to assess its content. However, e-portfolios can overcome these problems and can significantly reduce the volume (Spickard et al., 2016).

An e-portfolio is an electronic system that can help to evaluate the learning process continuously. E-portfolios are online platform that integrates information technology and electronic files. This learning tool can help students to improve professional competency in job in the future. Different from the collection of learners' documentation, this platform allows students to store learning processes, outcomes, and reflections. It may include text, digital images, electronic documents, hyperlinks, multimedia to show evidence of learning. Learners can document their learning process based on the complexities of nursing practices and clinical settings. On the other hand, instructors and teachers can use this method to assess students and revise teaching plans (Tsai et al., 2015).

Advantages of e-portfolio: E-portfolios can be considered as a self-assessment tool too because it provides a mean to assess themselves, set their own goals, solve problems and think critically. Furthermore, the importance of e-portfolios is not only in assessing cognitive skills, but it also helps to assess affective skills, and the evaluation of peers (Green et al., 2014).

It provides a valuable tool to provide and evaluate evidence and may encourage self-directed learning and reflections. It facilitates a safe and suitable platform for discussing concerns and was recommended by students. Students can receive constructive feedback during the term on their achievements. Most importantly, students who have a problem are identified early, allowing instructors to intervene and provide appropriate support. While traditional methods could not detect these problems early enough to intervene (Bogossian & Kellett, 2010).

Portfolios allow authentic formative evaluation since they allow students to learn during evaluation. Students are provided with constructive feedback during the semesters leading to increasing progression which may lead to improve their performance. Furthermore, portfolios allow students to track the history of their improvements at different times during the apprenticeship (Duque et al., 2006).

Other advantages of e-portfolio for students include improving their creativity, giving them the ability to recognize different aspects of education; identification of weaknesses and strengths; and understanding of their progress.

For faculty, the e-portfolio provide the opportunity for multiple staff to assess the progress of students or a staff to guide and assess multiple students (Bogossian et al., 2009). Also, it has been associated with reduced workloads for staff (Spickard et al., 2016).

An E-portfolio can encourage autonomy and accountability since it asks the students to take direction of learning as well as the responsibility for their learning. The e-portfolio can create a bridge between practice and theory by connecting the learning in the classroom with the practice environment (Green et al., 2014).

Many studies have been done and assessed the effect of e-portfolio. So, this study aimed to review the literature regarding e-portfolio in nursing.

METHOD

This study was a literature review. The published articles were reviewed in Pubmed and Google Scholar from 2000 to 2020. The keywords were electronic portfolio and nursing. The inclusion criteria were English language, articles related to the portfolio in nursing, and the accessibility to full-text. We found and reviewed 15 articles.

RESULTS

The review of the literature showed that an e-portfolio is a new learning and evaluation method that can encourage students to self-reflect, tracks their progress in skill acquisition, and increase teacher-students interaction. Moreover, this tool can be used as a valuable tool instead of traditional evaluation systems in clinical settings, although it may have some disadvantages that can be prevented by some strategies. In the following section, we summarized the results of these studies.

Moeinzadeh et al. in 2021 conducted a study to design, implement, and evaluate a comprehensive system for monitoring and evaluating the activities of students in clinical setting. Their result showed that students' satisfaction with the system was high or very high. So, they highlighted that the use of this portfolio in the future can affect learners' learning (Moeinzadeh et al., 2021).

In another study Lai Ch. in 2016 conducted a mixed method study to develop an e-portfolio. Their result showed that students made professional progress in both theory and practice after using the e-portfolio system. They finally recommended to adopt the appropriate mobile device and provide students with clear guidance on using the e-portfolio in a clinical setting (Lai & Wu, 2016).

Garrett et al. in 2006 developed and evaluated a tool for clinical reflection in clinical settings at the University of British Columbia School of Nursing. Their aim was to show the potential use of mobile technologies to improve clinical learning; increase reflective learning in clinical settings; encourage students in the process of knowledge translation; help contextualize and embed clinical knowledge whilst in the workplace; and to help prevent the isolation of students. Their result confirmed that students had positive attitude regarding this tool but they had some limitation due to internet access (Garrett & Jackson, 2006).

In a qualitative study, Chang et al. in 2019 conducted a study to explore the needs and perceptions of students regarding the use of e-portfolio in a baccalaureate nursing program in the final semester practice course. They concluded that e-portfolio can help in integrating knowledge, practical skills, and recognition into the learning. The use of e-portfolio can improve learning of clinical competencies in students in clinical settings (Chang et al., 2019).

One study by Tsai et al. (2015) showed that an e-portfolio can ease self-learning in students and assist instructors to plan for teaching objectives. The interaction between students and teachers can assist the learners to obtain skills for future jobs (Tsai et al., 2015).

Another study suggested that e-portfolios are effective for students because many of today's students are in favor of technology or other words they are "techno-savvy" and prefer to complete their work using computers" (Green et al., 2014).

Another study also showed that in nursing programs using e-portfolios could improve students' capability and competency in their profession (Tsai et al., 2015).

One study conducted by Cevik et al. (2018) showed that the e-portfolio is a useful instrument in clearing the learning activities of medical students in their final year during their emergency clerkship. This result can help curriculum designers and medical educators improve emergency medicine learning activities and teaching (Cevik et al., 2018).

A study by Shortis et al., (2006) confirmed that using tablet or PCs can improve communication, time management, and flexibility among students. Overall, the results showed that in the clinical setting the use of the tablet can provide advantages, while it might be limited by some physical and environmental limitations (Shortis et al., 2006).

Another study in 2009 reported that e-portfolio was highly accepted by faculty members and preceptors as well as students. However, poor accessibility to the devices in the clinical setting may limit the e-portfolio's use. The low number of computers, the inability to leave the bedside to use a PC, and the use of computers for clinical data entry may result in frustration in students (Bogossian et al., 2009).

Ramey and Hay (2003) said that e-portfolios can enhance the public's image of nursing profession as a dynamic and innovative major that can integrate new methodologies and technologies into its curriculum (Ramey & Hay, 2003).

Although some studies proved the positive effect of e-portfolio, some other research talked about its disadvantages that can be prevented by some strategies.

For example, staff and patients may express concerns about using wireless technologies. Older nurses that resistant to change cannot accept technology in clinical practice. Also, some may fear a nurse using a PC in front of a patient and regard it as 'unprofessional'. In this regard, Shaw et al. (2004) showed that wireless technologies are safe to use when located more than 1 meter from equipment (Shaw et al., 2004).

Also, Spickard et al. (2016) stated that these new trends in technologies may challenge traditional nursing culture. Older nurses may not agree with using these devices by students. So, cultural change is required and these resistance may be decreased if its benefits are recognized (Spickard et al., 2016).

A study evaluated the nursing students' attitudes regarding using an e-portfolio in the clinical setting and reported that security concerns could potentially limit its effectiveness but using lockers can be a solution (Bogossian et al., 2009).

Also, the debate regarding the virtue of learning evidence because students may not reflect honestly their performance and may show evidence that paints them in a positive way. But it can be prevented by an advisor by attesting that portfolios are representative of students performance (O'Brien et al., 2016).

CONCLUSION AND SUGGESTIONS

Our review showed that e-portfolio is a new learning and evaluation method that can encourage students to self-reflect, follow student progress in acquisition of skill, and increase student-teacher interaction. Furthermore, this tool can be used as a valuable tool instead of traditional evaluation systems in clinical settings, although it may have some disadvantages that can be prevented by some strategies. So, it is highly recommended that nursing managers and instructors develop e-portfolio based on their clinical settings to track nursing students learning.

Financial Support

No financial support.

Conflict of Interest

No conflict of interest.

Author Contributions

Design: R.S., E.G., Data collection or processing: R.S., S.K., Analysis or interpretation: R.H., E.G., Literature search: R.H., E.G., Writing: R.S., E.G., S.K.

REFERENCES

- Bayramzadeh, S., & Aghaei, P. (2021). Technology integration in complex healthcare environments: A systematic literature review. *Applied ergonomics*, 92, 103351. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103351>
- Bogossian, F. E., & Kellett, S. E. (2010). Barriers to electronic portfolio access in the clinical setting. *Nurse Educ Today*, 30(8), 768-772. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.02.003>
- Bogossian, F. E., Kellett, S. E., & Mason, B. (2009). The use of tablet PCs to access an electronic portfolio in the clinical setting: A pilot study using undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*, 29(2), 246-253. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.09.001>
- Cevik, A. A., Shaban, S., El Zubeir, M., & Abu-Zidan, F. M. (2018). The role of emergency medicine clerkship e-Portfolio to monitor the learning experience of students in different settings: A prospective cohort study. *Int J Emerg Med*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12245-018-0184-9>
- Chang, C. P., Lee, T. T., Mills, M. E., & Hsieh, Y. P. (2019). E-portfolio functional requirements for the final semester baccalaureate practicum course: A qualitative research study. *J Prof Nurs*, 35(5), 405-411. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.04.004>
- Curran, C. R. (2008). Faculty development initiatives for the integration of informatics competencies and point-of-care technologies in undergraduate nursing education. *Nurs Clin North Am*, 43(4), 523-533. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2008.06.001>
- Duque, G., Finkelstein, A., Roberts, A., Tabatabai, D., Gold, S. L., Winer, L. R., & Members of the Division of Geriatric Medicine, M. U. (2006). Learning while evaluating: The use of an electronic evaluation portfolio in a geriatric medicine clerkship. *BMC Med Educ*, 6, 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-4>
- Garrett, B. M., & Jackson, C. (2006). A mobile clinical e-portfolio for nursing and medical students, using wireless personal digital assistants (PDAs). *Nurse Educ Today*, 26(8), 647-654. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.07.020>
- Green, J., Wyllie, A., & Jackson, D. (2014). Electronic portfolios in nursing education: a review of the literature. *Nurse Educ Pract*, 14(1), 4-8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.08.011>
- Kotter, J., & Rathgeber, H. (2006). *Our Iceberg Is Melting: Changing and Succeeding Under Any Conditions* (5th ed.). St. Martin's Press.
- Lai, C. Y., & Wu, C. C. (2016). Promoting nursing students' clinical learning through a mobile e-portfolio. *Comput Inform Nurs*, 34(11), 535-543. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000263>
- McNeil, J. B., Elfrink, L. V., & Pierce, S. T. (2004). Preparing student nurse, faculty and clinicians for 21st century informatics practice: Finding from a national survey of nursing education program in the United State *MEDINFO*, 1(1), 903-907. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-949-3-903>
- Moeinzadeh, F., Ayati, S. H. R., Iraj, B., Mortazavi, M., & Vafamehr, V. (2021). Designing, implementation, and evaluation of internship comprehensive system for assessment and monitoring. *J Educ Health Promot*, 10, 93. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_626_20
- O'Brien, C. L., Sanguino, S. M., Thomas, J. X., & Green, M. M. (2016). Feasibility and outcomes of implementing a portfolio assessment system alongside a traditional grading system. *Acad Med*, 91(11), 1554-1560. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001168>
- Ramey, S. L., & Hay, M. L. (2003). Using electronic portfolios to measure student achievement and assess curricular integrity. *Nurse Educator*, 28(1), 31-36. <https://doi.org/10.1097/00006223-200301000-00012>
- Shaw, C. I., Kacmarek, R. M., Hampton, R. L., Riggi, V., El Masry, A., Cooper, J. B., & Hurford, W. E. (2004). Cellular phone interference with the operation of mechanical ventilators. *Critical Care Medicine*, 32(4), 928-931. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000120061.01431.db>
- Shortis, M., McGovern, J., Berry, M., & Farrell, M. (2006). Two case studies on the influence of mobile computing on student learning behaviour. Proceedings of the 17th Annual Conference of the Australasian Association for Engineering Education: Creativity, Challenge, Change; Partnerships in Engineering Education.
- Spickard, A., 3rd, Ahmed, T., Lomis, K., Johnson, K., & Miller, B. (2016). Changing medical school it to support medical education transformation. *Teach Learn Med*, 28(1), 80-87. <https://doi.org/10.1080/10401334.2015.1107488>
- Tsai, P. R., Lee, T. T., Lin, H. R., Lee-Hsieh, J., & Mills, M. E. (2015). Nurses' perceptions of e-portfolio use for on-the-job training in Taiwan. *Comput Inform Nurs*, 33(1), 21-27. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000112>

Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetsel Sorun Çözme ve Karar Verme Üzerine Bir Derleme

Fatma Ezgi YORGANCILAR¹  Bilgen ÖZLÜK² 

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Turkey

ezgiyorgancilar@hotmail.com (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Turkey

bilgenozluk@gmail.com

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi
Geliş: 12.05.2021
Kabul: 20.10.2021
Yayın: 25.04.2022

Anahtar Kelimeler:

Hemşirelik,
Sorun Çözme,
Karar Verme,
Yönetsel,
Yönetici Hemşire.

Sorun çözme ve karar verme süreci, hemşirelik süreci gibi bilimsel süreç aşamalarından oluşmaktadır. Sorun çözme süreci, bir sorunu tanımlama ve mümkün olduğunca fazla çözüm seçeneği oluşturmaya yönelik sistematik analizi içermektedir. İkinci aşamada, mümkün olduğunca çok kaynaktan soruyla ilgili veri toplamak gerekmektedir. Soruna açıklık getirildikten sonra girişimlerde bulunulmalı ve bu girişimlerin neticesinde gerçekleşmesi hedeflenen bireysel veya örgütsel sonuçlar belirlenmelidir. Sonraki aşamada ise, istenen sonuçlara ulaşmak için olabildiğince fazla çözüm seçeneği geliştirilmelidir. Son aşama ise, en iyi çözüme karar vermektir. Karar verme, sorun çözme sürecinde, herhangi bir seçeneği tercih etme durumudur. “Karar verme” sorun çözme sürecinin bir aşaması iken, “karar” kavramı ise sonucu tanımlamaktadır. Bu derlemede, sorun çözme ve karar verme sürecinin önemine, sorun çözme sürecinin aşamalarına, sorun çözmeyi kolaylaştıran önerilere, karar verme sürecinin yöntemlerine, karar verme türlerine, yönetici hemşirenin üstüne aktarması gereken sorunlar ve kararlara değinilerek, hemşirelere sorun çözme ve karar verme süreçlerinde katkı sağlamak amaçlanmıştır.

A Review on Managerial Problem Solving and Decision Making in Nursing Services

Article Info

ABSTRACT

Article History
Received: 12.05.2021
Accepted: 20.10.2021
Published: 25.04.2022

Keywords:

Nursing,
Problem Solving,
Decision Making,
Managerial,
Nurse Manager.

Problem-solving and decision-making process consists of scientific processes like nursing process. The problem-solving process involves a systematic analysis of identifying a problem and generating as many solution options as possible. In the second stage, it is necessary to collect data about the problem from as many sources as possible. After clarifying the problem, the initiatives have to be taken and the individual or organizational results need to be determined as the results of these initiatives. In the next step, the different possible solutions should be developed to achieve the desired results. The final step is to decide on the best solution. Decision-making is the state of choosing an option in the problem-solving process. While "decision making" is a phase of the problem solving process, the concept of "decision" defines the result. In this review, it is aimed to contribute to nurses in problem solving and decision making processes by addressing the importance of problem solving and decision making process, the stages of the problem solving process, the suggestions that facilitate problem solving, the methods of decision making process, the types of decision making, the problems and decisions that should be conveyed to the manager nurse.

Atıf/Citation: Yorgancılar, F.E. & Özlük, B. (2022). Hemşirelik hizmetlerinde yönetsel sorun çözme ve karar verme üzerine bir derleme. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 68-80.



“This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). (CC BY-NC 4.0)”

GİRİŞ

Sağlık teknolojisinde gelişmelerin artması, sağlık ihtiyaçlarının değişmesi ile sağlık hizmetleri giderek daha karmaşık bir yapıya dönüşmektedir (Bedük, 2002; Kılıç ve Taşçı, 2009). Bu şartlar altında, nitelikli hemşirelik bakımı sağlamak ve örgütsel hedeflere ulaşmak için sorumluluk alabilen, nitelikli, vizyon sahibi, yenilikçi, objektif, eleştirel düşünebilme özelliği olan yönetmel sorun çözme ve karar verme becerileri gelişmiş yetkin, otonom yönetici hemşirelere gereksinim duyulmaktadır (Hourican vd., 2008; Gabr & Mohamed, 2011). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde sorun çözme ve karar verme becerisi, yönetici hemşirelerin örgütsel hedeflere ulaşmada, olumlu hasta bakım sonuçlarının sağlanmasında en temel sorumluluklardan birisidir ve anahtar rol oynamaktadır (Huber, 2010; Abaan ve Duygulu, 2016). Sorun çözme ve karar verme becerilerinin kullanılması, yönetici hemşirenin profesyonel, özerk ve güç sahibi olması açısından bireysel kazanım sağlarken aynı zamanda astların güçlendirilmesi açısından da önem taşımaktadır. Sorun çözme karar vermeyi içerirken, karar verme her zaman sorun içermemektedir.

Karar verme, sorun çözme sürecinin bir aşaması olup, sorunlar bireyleri çözüm geliştirmeye ve karar vermeye zorlamaktadır. Karar, birden fazla seçenek içerisinde birini seçmektir (Sönmez, 2014). Karar verme, liderliğin ve yöneticiliğin temel unsuru, etkili karar verme ise başarının en önemli ölçütü olarak görülmektedir (Frank, 2010). Karar verme süreci de aynı sorun çözme süreci gibi eleştirel düşünmeyi gerektirmekte ve yetenek, deneyim gibi faktörler de etkili olmaktadır (Swansburg & Swansburg, 1999; Tomey, 2009; Frank, 2010).

Günlük uygulamalarda karşılaşılan sorunlarla baş etmede, sorunun anında çözümlendiği ya da genellikle soruna bağlı ortaya çıkan bulgulara yönelik üretilen geçici çözümlerin kullanıldığı görülmektedir. Yöneticinin bir sorun olduğunu fark etmesi önemli bir adımdır. Yönetici hemşire sorunu ya bizzat kendisi gözler, kayıt yolu ile belirler ya da sorun kendisine başkaları tarafından iletilir. Birden fazla sorun ile karşı karşıya kalınmışsa, sorunlar önemlilik sırasına göre ele alınmalıdır. Yönetici hemşirenin sorun çözme yeteneği bilimsel sorun çözme yöntemini bilmek kadar sorunları görebilmeyi ve çözmeye istekli olmayı da içermektedir (Abaan ve Duygulu, 2016). Karar verme süreci, birey tarafından bir durumun problem olarak tanımlanıp algılanması ile başlar, ulaşmak istenilen amaç için seçenekler arasında bir davranışın seçilmesini içeren zihinsel bir süreçtir. Karar verme üzerinde etkili bir değişken olan problem çözme becerisine yönelik hemşirelik alanında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle bu derlemede, hemşirelik hizmetleri yönetiminde etkin sorun çözme ve karar verme sürecinin önemine dikkat çekilerek hemşirelik hizmetleri yönetiminin etkinliği vurgulanmak istenmiştir.

1. Sorun Çözme

Sorun, “bireyin hedefine ulaşmak için gerekli olan bir şeyin eksikliği ya da fazlalığı, karşılaştığı bir engel” olarak tanımlanmaktadır (Frank, 2010). Bir şeyin olması gereken ile mevcut durumu arasındaki fark, sorunu oluşturmaktadır (Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Başarılacak bir iş, ulaşmak istenen hedefler olduğunda orada bir sorun oluşmaktadır. Sorunlar, hedeflenen en iyi sonuca ulaşmak için eleştirel düşünmeyi ve ortaya çıkan fırsatlar arasında karar vermeyi gerektirmektedir (Frank, 2010).

Sorun çözme eylemleri kavramsal olarak, bireysel sorun çözme, klinik uygulamaya yönelik sorun çözme ve yönetmel sorun çözme olarak ele alınmaktadır (Frank, 2010). Tüm hemşirelik uygulamaları, sorun çözme sürecini içermektedir. Hemşirelik süreci, “bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden soruna bilimsel bir yaklaşımla çözüm bulma yöntemi” olup, her türlü sorun çözümede kullanılabilir (Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Sorun çözme, karar verme ve hemşirelik süreci aşamaları birer bilimsel sorun çözme yöntemi olarak birbirine benzerlik göstermektedir (Sönmez, 2014).

Sorun kavramı, “hoşa gitmeyen, istenilmeyen, rahatsızlık meydana getiren ve çözülmesi gereken durum”u ifade eder. “Sorun çözme” ve “karar verme” birbirinden farklı kavramlardır. “Karar verme” durumunda bir sorun olabilir ya da olmayabilir ancak, her zaman birkaç seçenek içinden birinin tercih edilmesi

söz konusudur (Jasovsky & Kamienski, 2007). Sorunların doğru tanımlanması, analizi, kalıcı-etkin çözümler üretilmesi gerekliliği, sağlık sistemindeki sürekli değişimler nedeniyle yöneticiler açısından gittikçe daha karmaşık bir yapı haline gelmiştir. Bu nedenlerle yönetim açısından sorun çözme, genel sistemler teorisine dayanmaktadır (Frank, 2010). Yani sistemin herhangi bir parçasında ortaya çıkan değişim, diğer tüm parçaları etkileyeceğini için, sorunun etkin çözümü açısından kararın etkileyeceği tüm sistem parçalarının bu sürece dahil edilmesi gerekir (Abaan, 1996).

1.1. Sorun Çözme Süreci

Sorun çözme süreci, bir sorunu tanımlama ve mümkün olduğunca fazla çözüm seçeneği oluşturmaya yönelik sistematik analizi içermektedir. Özellikle hemşirelikte karşılaşılan sorunlar, her zaman olumsuz bir durum olarak algılanmamalı, hemşirelik ve sağlık bakım hizmetlerinde değişimler ve olumlu çıktılar elde etmede bir fırsat olarak da görülmelidir. Karşılaşılan sorunlar sayesinde hemşireler, mevcut hemşirelik bakım hizmetlerine yenilik getirme şansı elde etmektedirler (Uyer ve Kocaman, 2016). Sorun çözme sürecinin aşamaları, bir sorun ya da konu ortaya çıktığında başlamaktadır ve hemşirenin aşağıda belirtilen şu soruları sırayla kendisine sorması gerekmektedir (Welck, 2003; Sönmez, 2014):

- Bu sorun önemli mi?
- Bu sorun benimle ilgili mi? Bunun için bir şeyler yapmak istiyor muyum?
- Bir şeyler yapmak için yetkili miyim?
- Sorunu çözmek için ilgiye, bilgiye, zaman ve kaynaklara sahip miyim?
- Bu işi başkasına devredebilir miyim?
- Bu sorun çözüldüğünde ne kazanacağım?

Bu sorulardan 1 ile 4 arasındakine “hayır” olarak yanıt veriliyorsa; “çözüm için zaman, kaynak ve enerji harcanmalı mıdır?” sorusunun iyi düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu durumda sorun görmezden gelinebilir, çözülmesi için başkasına devredilebilir ya da çözüm için danışmanlık istenebilir, başkaları ile işbirliği yapılabilir. Bu seçeneklerden herhangi birisine karar verilmelidir. Diğer yandan, sorulardan 1 ile 4 arasındakine “evet” yanıtı veriliyorsa, bu bir sorun olarak kabul edilip, çözümü için sorumluluk alınması gerekmektedir (Welck, 2003; Sönmez, 2014).

Baykal ve Türkmen’in (2014) aktardığına göre, sorun çözme sürecinin aşamalarını ilk olarak Polya, 1945 yılında ortaya koymuştur. Bu aşamalar; sorunu anlama, plan yapma, planı uygulama ve geriye dönüp kontrol etme olmak üzere dört aşamayı içermektedir. Bir başka sorun çözme süreci de benzer şekilde, tanımlama ve analiz, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içeren dört aşamadan oluşmaktadır (Swansburg & Swansburg, 1999; Sönmez, 2014). Geleneksel olarak ardışık ve doğrusal yaklaşımda sorun çözme; sorunu tanımlama, veri toplama, veri analizi, çözümler geliştirme, bir çözüm seçme, çözümü uygulama ve sonucu değerlendirme olmak üzere yedi aşamadan oluşmaktadır (Welck, 2003; Sönmez, 2014).

Tekrarlayan ve devrimsel bir süreç olarak tanımlanan bir diğer sorun çözme süreci de yedi aşamadan oluşmaktadır. Bu süreçte, veri toplama aşamasından sonra yeni bilgiler ışığında sorun yeniden tanımlanabilmektedir. Bu aşamalar (Frank, 2010; Sönmez, 2014);

- Sorunu tanımla,
- Bilgi topla,
- Hedeflenen sonuçları tanımla,
- Çözümler geliştir,
- Sonuçları değerlendir,
- Karar ver,
- Çözümleri uygula ve değerlendir.

Sorunun Belirlenmesi

Soruna ilişkin farkındalığın oluşması ile başlayan sorun çözmenin en önemli aşamasını, sorunun belirlenmesi aşaması takip etmektedir. Sorun çözümünde başarısızlığın en yaygın nedeni, sorunun hızla çözülmesi amacıyla sorunun doğru tanımlanmamasıdır (Welck, 2003; Frank, 2010; Sönmez, 2014). Önemli olan sorunu doğru tanımlamak, var olan sorun ile sorunun belirtileri arasındaki farkı görebilmektir (Swansburg & Swansburg, 1999; Sönmez, 2014). Çünkü sorun gerçek bir sorun olmayabilir, tek bir sorun olmayabilir ya da çözmek için herhangi bir eylem gerektirmeyebilir (Sönmez, 2014).

Sorunun belirlenmesinde yönetici hemşireler için bir diğer önemli konusu ise, ipuçlarıdır ve bunları yakalamak son derece önemlidir. Örneğin, klinikte çarşaf, eldiven bulunmuyorsa, enjektörler istendiği gibi değilse, hasta ve çalışan şikayetleri fazlaysa, enfeksiyonlar sık görülüyorsa, işten ayrılma fazlaysa bu durumları yaratan koşulların incelenmesi gerekir. Çünkü bunlar sorun olduğunu gösteren ipuçlarıdır (Tablo 1) (Abaan, 1996; Uyer ve Kocaman, 2016).

Tablo 1. Sorunun Tanımlanmasında Dikkate Alınması Gereken Bazı İpuçları

İşlerde yığılma	Araç gereç bulmak için zaman harcama
İşlerde kesintiler	Aletlerin olması gereken yerde olmaması
Sürekli daha fazla zaman isteme	Klinikteki sürtüşmeler
İnsan araç, gereç, yer, zaman yönünden kayıplar	Yürüme, eğilme, uzanma sonucu yorgunluk
Maliyette artış	“O” klinikte çalışmak istememe
Çalışanların sık sık rapor alması	Beklentileri karşılayamama
İşe gelmeme veya memnuniyetsizlik	Planlanan hedeflere ulaşamama
Etrafta sürekli kalabalık grupların olması	Sık sık ziyaretçilerle tartışma
İlaç hataları	Servis odasındaki dağınıklık
Hastaların tetkikler için uzun süre bekletilmeleri	Hastaların sık sık komplikasyonlarla geri gelmesi
Hastaların hastanede yatış sürelerinin uzaması	

Kaynak: Abaan, S. (1996). Sorun Çözme ve Karar Verme. G. Uyer, G. Kocaman, S. Oktay, G. Argon, S. Abaan (Ed.), Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı içinde, (s.36-127) İstanbul: VKV.

Sorunla İlgili Verilerin Toplanması

Sorunu ve kaynağında yatanları saptamak için, bütün kaynaklardan düzenli olarak öznel ve nesnel veriler toplanmalı, aralarında farklılıklar olup olmadığı değerlendirilmelidir (Swansburg & Swansburg, 1999; Sönmez, 2014). Yöneticilerin sorundan çok sorunun belirtilerine yoğunlaşmaları çözüm sürecini zorlaştırmaktadır (Tomey, 2009; Sönmez, 2014). Veri toplama aşamasında, sorunun içeriği ve kaynağında yatan faktörler belirlenmektedir (Frank, 2010). Sorunla ilgili toplanan veriler değerlendirilerek sorun yeniden tanımlanmaktadır. Örneğin, bir hastanenin kalite raporlarında, hasta eğitimine ilişkin istatistiklerin düşük çıkması üzerine yönetici hemşire, sorunu hemşirelerin hasta eğitimi yapmadığı ya da yapılan eğitimin kayıt edilmediği şeklinde ele alabilir. Sorunla ilgili veriler toplandıktan sonra gerçek sorunun ortaya çıkarılması gerekmektedir (Welck, 2003; Sönmez, 2014).

Mümkün olduğunca çok kaynaktan veri toplamak ve bulgularla ilgili görünenlerin tümü hakkında veri toplamak önemlidir. Veriler yönetici hemşire tarafından toplanabileceği gibi, yöneticinin görevlendireceği kişilerce de toplanabilir. Veri toplamada dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda sıralanmıştır (Abaan, 1996; Uyer ve Kocaman, 2016):

- Ne, nerede, nasıl, neden, ne zaman, kim sorularının yanıtlarının aranması,
- Bilgilerin doğru bireylerden alınması,
- Doğru ve ilgili verilerin toplanması,
- Verilerin tümüyle objektif toplandığından emin olunması,
- “Sorun olduğunu düşündüren nedir?” sorusunun daima akılda tutulması.

Bu sorular altında sorulabilecek bazı örnek sorular Tablo.2’de gösterilmiştir. Veri toplama aşamasında her bir soru türü altında mümkün olduğunca çok soru sormak ve bu soruların cevabına ulaşmak, gerçek soruna ve nedenlerine ulaşmayı kolaylaştırır.

Tablo 2. Sorun Çözme Sürecinde Kullanılabilecek Bazı Sorular

Soru Tipi	Örnek Soru İfadeleri
Kim	Kim bunun bir sorun olduğunu söylüyor? Soruna kim sebep oldu ya da oluyor? Kimler etkilendi?
Ne	Ne oldu ya da oluyor? Belirtiler ne? Elinizde bunun sorun olduğunu gösteren neler var? Başkaları için ne tür sonuçları var? Sorunun ortaya çıkmasına neden olan koşullar nedir? İstenildiği gibi yürümeyen nedir? Sorunu tanımlamak için ne tür bilgiye gereksinim var? Eldeki verilerden ne tür sonuçlar çıkarılabilir?
Ne zaman	Ne zaman oldu? İlk ne zaman farkedildi? Ne zamandan beri olduğu düşünülüyor?
Nerede	Sorun nerede? İlk nerede meydana geldi? Sorun neleri etkiliyor ya da etkileyecek?
Niçin	Bu niye bir sorundur? Neden oldu? Sorunun ortaya çıkmasını engellemek için neden bir şey yapılmadı? Neden birisi hemen sorunu görüp bir şeyler yapmadı? Neden şimdi bu soruna çözüm bulmak gerek?
Nasıl	Süreç nasıl yürütülebilir? Başkaları bu tür sorunları nasıl çözüyor? Bunun bir sorun olduğunu nasıl anlıyorsunuz?
Diğer genel sorular	Sorunun çözüldüğünü nasıl anlayacaksınız? Beklenen durum/sonuç nedir? Soruna ilişkin farklı görüşler var mı? Bu sorulara yanıt bulmak için ne tür verilere ihtiyacınız var?

Kaynak: Abaan, S. (1996). Sorun Çözme ve Karar Verme. G. Uyer, G. Kocaman, S. Oktay, G. Argon, S. Abaan (Ed.), Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı içinde, (s.36-127) İstanbul: VKV.

Akılda tutulması gereken husus, hiçbir zaman gerçeklerin tümü hakkında bilgi toplanamadığıdır. Bireyler bazen konu ile ilgili konuşmak istemez, bazen de tüm bilgileri toplamak hem güç hem de masraflıdır. Durum böyle olunca eldeki verilerle en doğruya ulaşmak için çaba harcanır. Zaman zaman sorun çözmeye fikir üretilerek de başlanabilir ancak, bunlar doğruluğu araştırılması gereken varsayımlardır (Uyer ve Kocaman, 2016).

Beklenen Sonuçların Tanımlanması

Soruna açıklık getirildikten sonra yapılacak olan girişimler ile bu girişimler neticesinde gerçekleşmesi hedeflenen bireysel veya örgütsel sonuçlar belirlenmelidir (Yıldırım ve Özkahraman, 2011; Sönmez, 2014). Beklenen sonuçların belirlenmesi, çözüm seçeneklerinin geliştirilmesine, en iyi çözüm seçeneğine karar verilmesine ve çözümün etkisinin değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır (Frank, 2010; Sönmez, 2014).

Sorunun Çözüm Yollarının Belirlenmesi

Bu aşama, sorun için mümkün olduğunca çok çözüm önerisinin geliştirildiği aşama olup, eleştirel düşünme ve yaratıcılığa ihtiyaç duyulan aşama olarak kabul edilmektedir. Bu aşamada, beklenen sonuçlara ulaşmak için olabildiğince fazla çözüm seçeneği geliştirilmelidir (Hodgkinson & Sadler-Smith, 2018). Bunun için de çeşitli grup teknikleri (beyin fırtınası delphi tekniği nominal grup tekniği gibi) kullanılmaktadır. Birden

fazla çözüm seçeneğinin belirlenmesi, en etkili çözüm yoluna karar verilmesini ve uygulama sonrasında başarısız olunması durumunda çözüm seçeneklerinden bir diğersinin "B planı veya yedek plan" olarak uygulanmasını sağlamaktadır (Welck, 2003). Çözüm seçenekleri geliştirilirken açık görüşlü ve esnek olunması gerekmektedir. Örneğinin; bir hemşire bulunduğu konumdan şikayetçi ise, birey ya da yönetici olarak çözüm sadece, "işinde kalması" ya da "işini bırakması" gibi iki seçenekle sınırlandırılmamalıdır (Sönmez, 2014).

Bir Çözüm Yoluna Karar Verilmesi

Geliştirilen çözüm seçenekleri, belirlenen hedefler ile uyum ve öncelik açısından, aynı zamanda da maliyet, etkililik, zaman, yasal ve etik yönden de değerlendirilmelidir (Welck, 2003; Sönmez, 2014). Bu aşamada, karar verme tekniklerinden yararlanılmaktadır (Frank, 2010). Bazı sorunlar, yöneticinin doğrudan eylemde bulunmasını gerektirirken, bazıları dolaylı eylemlerini gerektirmektedir. Yönetici, sorunun çözümünü başkasına da devredebilmekte veya sorun yöneticinin kontrol alanı dışındaysa ve çözüm başka kişileri ilgilendiriyorsa o zaman yönetici "izleyerek beklemeyi", "hiçbir şey yapmamayı" da seçebilmektedir. Bu durum, "amaçlı eylemsizlik" olarak adlandırılmaktadır (Welck, 2003). Bu adımda bahsedilen çözüm kelimesinin çoğul bir kelime olduğuna dikkat çekmek gerekmektedir (Frank, 2010). Sorunlara yönelik daima birden fazla çözüm yolu vardır. Sorunları çözmede, alternatif çözüm yolları geliştirme ve geniş kapsamlı olarak irdeleme önemlidir. Çünkü her sorunun çözülmesinde birden fazla seçenek olduğu gibi, her sorun için değişmeyen olasılık ise, "hiçbir şey yapmama"dır. Olabildiğince çok seçenek üretildiğinden emin olmak için şu sorular sorulabilir (Abaan, 1996):

- Şayet bir başka hastanede / kurumda olsaydım, kurallar olmasaydı, bu durumu daha farklı bir şekilde ele alırdı mıydım?
- Başka ne yapabilirdim?
- Seçenekleri, daha işe yarar olması için gruplayabilir miydim?
- Sorun çözümlenseydi durum nasıl olurdu?
- Ne tür bir farklılık beklemeliyim?
- Kararı başkalarına nasıl onaylatabilirim?

Kararın Verilmesi

En iyi çözüm seçeneğine karar vermede bazen geçmiş deneyimlerden yararlanılabilir. Ancak sağlık bakımındaki hızlı değişimler nedeniyle bulunan çözümlerin güncelliğini kaybedebileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Karar vermede kullanılan yöntem, bu kararın diğer karar seçenekleri içerisinde seçildiğini açık bir şekilde gösterebilmelidir (Nielsen vd., 2013). Bazen uygun seçeneği seçmek için birden ona kadar olan bir puanlama sistemi kullanılabilir. Her bir seçenek ele alınıp sayısal değerlendirme yapılır, en yüksek değer alan seçeneğe karar verilir. En uygun çözüm için verilen karar ne olursa olsun etkili olmalıdır. Ancak yöneticiler kararı etkili kılacak yöntemleri tartışmaktan çok, verdikleri kararın doğruluğu üzerinde zaman harcarlar. Oysa çözümün bir etkinliğe dönüşebilmesi için, kişilerin kendinden ne beklediğini anlaması, birbirlerinden ne beklediklerini bilmeleri gerekir. Karar, başkalarından köklü değişiklikler yaratacakmış imajı ile sunulursa etkili olmayabilir. Karar, ilgili bireylerin ortak kararı olmalıdır. Böylece sorumluluk paylaşılır, kararın uygulanması için motivasyon artar (Frank, 2010; Abaan ve Duygulu, 2016).

Çözümün Uygulanması ve Sonucun Değerlendirilmesi

Bu adım eyleme geçme ve geribildirim içerir. Sorunun analizi ve karar verme, bilişsel bir süreçtir ve bu adımda verilen kararların uygulanması için eyleme geçilir. Bu adım risk alma ve cesaret gerektirebilir (Frank, 2010; Uyer ve Kocaman, 2016). Karar verildikten sonra uygulanmasına ilişkin detaylı planlama yapılmalıdır. Planlama, görevlendirme ve koordinasyonun nasıl olacağını net şekilde belirtmelidir. Planlanan etkinliklerle ilgili hedefler ve çıktılara ilişkin ölçütler saptanmalıdır. İzleme ve kontrolün nasıl, neye göre ve kimlerce yapılacağı, kimin kime, ne zaman ya da ne sıklıkla rapor vereceği belirlenmelidir. Sorun çözme sürecinde, seçilen çözüm ve kararın etkililiği için düzenli kontroller yapılması ve geribildirimler alınması gerekir.

Uygulanmayan bir karar işe yaramaz. Yönetici hemşire kararı tek başına vermişse, olabilecek engellemelere karşı kararı ilgili kişilerle tartışmalıdır. Esas olan yönetici hemşire sorunun tanımlanmasından sonra, kendisine destek olabilecek kişileri belirler ve bunların etkinliklere katılımlarını sağlarsa, olabilecek engellemeler azaltılabilir veya gerek duyulan araç-gereç ve insan gücünün sağlanmasında yardım alabilir (Uyer ve Kocaman, 2016).

1.2. Sorun Çözmeyi Kolaylaştırmak İçin Öneriler

- Görünen sorunun gerçek sorun ile aynı olup olmadığını kontrol edin.
- Sorun net ifade edilebiliyorsa, çözüm hemen hemen bulunmuştur. Ancak sorunu net ifade edemiyorsanız bulguları ya da güçlüğü ifade edin.
- Ne başarmak ya da neden kaçınmak istiyorsanız onu belirleyin. Böylece çözümü de şekillendirmiş olursunuz.
- Büyük değişiklikler getirmeyecek bir karar gerekiyorsa hemen karar alın.
- Çok kapsamlı karar verme gerekiyorsa, sorunu bölüm bölüm ele alıp inceleyin.
- Sorun ve çözümle ilgili verileri toplayın.
- Gerçeklerle görüşleri, düşünceleri birbirinden ayırın. Değiştirebileceğiniz gerçekler üzerinde kafa yorun.
- Karar alırken gücünüzün farkında olun ve gücünüzü kullanın.
- Tüm olası seçenekleri (çözümleri) bulmaya çalışın.
- Çalışabileceğiniz kişileri de işin içine katın.
- Her bir çözüm için kısıtlılıkları ortaya koyun.
- Karar bir grupça verilecekse bilgileri paylaşın.
- Yönlendirici olun.
- Eğer en doğru çözüm hiçbir karar almamaksa, karar almayın.
- Bir karar verdiyseniz, kararı hemen uygulamaya koyun.
- Sonucun etkilerini izleyerek kararı değerlendirin. Böylece yaptıklarınızı, kendinizi de gözden geçirmiş olursunuz.
- Aynı anda birkaç sorun ile karşı karşıyaysanız, sorunları önceliklere göre sıralayın (Abaan, 1996; Uyer ve Kocaman, 2016).

2. Karar Verme

Karar vermenin, bireysel ve örgütsel her iki alanı kapsayacak şekilde tanımlı, “kişi ya da kurumları amaç ve hedeflerine ulaştıracak yollar, yöntemler, teknikler, araçlar, imkanlar ve kaynaklar arasından seçim yapma işlevini içeren tüm duygusal düşünsel ve zihinsel fonksiyonların toplamıdır” (Güney, 2015). Kısaca karar verme, seçim sürecidir.

Karar verme, lider ve yöneticinin temel işlevi, etkili karar verme ise, lider ve yöneticinin başarısının en temel kaynağıdır (Sönmez, 2014). Karar verme, sorun çözme sürecinin bir aşaması olup, sorunlar bireyleri çözüm geliştirmeye ve karar vermeye zorlamaktadır. Sorun çözme karar vermeyi içerirken, tüm kararlar sorun içermemektedir (Baykal ve Türkmen, 2014).

2.1. Karar Verme Süreci

Karar verme, bilimsel sorun çözme yöntemine dayanmakta, sorun çözme süreci ile benzer aşamaları içermektedir. Bunlar (Tomey, 2009):

- Sorunun tanımlanması,
- Durumun analizi,
- Seçeneklerin belirlenmesi,

- Sonuçların değerlendirilmesi,
- En iyi seçeneğin seçilmesi,
- Kararın uygulanması,
- Sonucun değerlendirilmesi.

2.2. Örgütsel Karar Verme Yöntemleri

Akılca ve bilinçli bir seçim yapılarak verilen kararlar, bireysel özelliklerden etkilenmemektedir. Yöntemin seçimini kararın koşulları etkilemektedir. Sağlık kurumlarında, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminin örgüt çıkarlarını gözetererek aldığı, klasik karar yöntemi, rasyonel yöntem, tanımlayıcı/tatminkar yöntem, politik yöntem, eşitlik yöntemi, çöp kutusu yöntem bir çok örgütsel yöntem arasından en çok kullanılan yöntemlerdir (Sönmez, 2014). Bu durum, sağlık kurumlarının karmaşık ve emek yoğun örgütler olması nedeniyle, birçok faktörün etkileşimi ve insan faktörünün odak noktası olmasıyla ilgilidir.

Klasik Karar Yöntemi (Ussal/İktisadi/Normatif Yöntem): Bu modelin temelini ekonomik varsayımlar oluşturur. Rutin kararlarda, nesnel bilgilerin varlığında, sorunun yapılandırılabilirdiği ve tüm seçeneklerin bilindiği durumlarda kullanılabilir. Yöneticilerin nasıl karar vermeleri gerektiği standart-prosedürler ile belirlenmekte, karar vericiler, amaçlara yönelik kararların mantıklı bir şekilde verildiğini farz etmektedir (Akyol, 2015). Ussal karar vermenin temelini üç basamak oluşturmaktadır (Kıral, 2015):

- ✓ Amaçları belirlemek,
- ✓ Tüm seçenekleri incelemek ve
- ✓ En iyi olanı seçmek.
- **Rasyonel Yöntem:** Bu yöntemde, doğrudan bilimsel karar verme süreci izlenerek karar verilir. Soruna sistemli bir şekilde bakılarak verilen bu karar yönteminin üstünlüğü, farklı birimler arasında amaç birliğinin oluşmasını sağlarken, zayıf yönü ise, gerçekçi olmayan hedefler ve süreç aşamalarının uzun zaman almasıdır (Frank, 2010; Sönmez, 2014).
- **Tanımlayıcı/Tatminkar Yöntem (Sınırlayıcı Rasyonel):** Bu yöntem, karmaşık durumlarda yöneticinin nasıl karar vermesi gerektiğini tanımlarken, en tatmin edici seçeneğin seçilmesini içerir. Bazı durumlarda sayısal verilere ulaşamamakta ve olasılık hesaplamaları yapılamamaktadır (Frank, 2010).
- **Politik Yöntem:** Bu yöntem, kazan-kazan yaklaşımına temellenmektedir. Koşulların belirsiz, bilginin sınırlı, yöneticilerin görüş birliğinin olmadığı, hızlı karar gerektiren durumlarda kullanılmaktadır. Karar verici, koalisyon-lobi oluşturarak birçok yöneticiyi karar verme sürecine katmaktadır. Bu yöntem, farklı görüşler olduğunda uygulanabilirken, çoğunluğun desteklediği yaratıcı çözümler geliştirebilmektedir (Frank, 2010).
- **Eşitlik Yöntemi (Collegial Model):** Akademik topluluklarda yaygın olarak kullanılan eşitlik modeli, verilen karara tamamen katılımı içermektedir. Kararlar, genel iyilik durumuna göre verilmekte, geri bildirim sıklıkla formal olmayan şekilde, katılımcıların gözlemleri ve önceliklerine dayanarak alınmaktadır (Hodgkinson & Sadler-Smith, 2018).
- **Çöp Kutusu Yöntemi (Garbage Can Model):** Günümüzde örgütlerde görülen karmaşık yapı ve çapraz ilişkilerin etkisi nedeniyle çöp kutusu (garbage can) karar verme yöntemi geliştirilmiştir. Bu yöntem, çöp kutusunun içinde görülebilen karışık ve renkli manzarayı tanımlamaktadır. Sosyal bir canlı olan örgütlerde de sorun, çatışma, farklılık ve gruplar görülebilmektedir. Karar verici soruna dair bilgi

toplamadan, sorunun çözümüyle karar verme sürecine başlayabilmektedir. Kararlar planlanmadan ve rastlantısal olarak alınmakta, değerlendirme için herhangi bir ölçüt veya hedef belirlenmemektedir (Frank, 2010; Baykal ve Türkmen, 2014).

2.3. Karar Türleri

Hemşireler, sağlık kurumlarında birçok meslek grubuyla işbirliği içinde çalışmaktadır. Multidisipliner ekip yaklaşımı nedeniyle de, hemşirelik hizmetlerinin yönetimi sürecinde alınan kararlar farklı özellikler göstermektedir. Bu nedenle, karar verici sayısına göre, belli ya da belirsiz koşullar altında verilen kararlar gibi birçok karar türü karşımıza çıkmaktadır. Karar vericinin izleyeceği süreç, prosedürler ve seçim ölçütleri/kriterleri açısından yapılandırılmış olup olmamasına göre de sınıflandırılabilir. Yapılandırılmış kararlar, rutin, tekrarlanan, belirlilik durumlarına göre daha önceden planlanmış ve karar süreci içinde prosedürleri belirlenebilen, kişiden çok sistemi vurgulayan kararlardır. Buna karşılık olarak yapılandırılmamış kararlar; kişiye bağlı olan ve belirsizlik durumlarında alınan stratejik kararlardır. Yapılandırılmamış kararlarda, karar verici soruna yargı, değerlendirme ve görüş katabilmektedir (Sönmez, 2014).

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yöneticiler, üst düzey, orta düzey ve alt düzey yönetici hemşire olarak sınıflandırılmaktadır. Buna bağlı olarak da, stratejik kararlar, üst yönetim tarafından verilen, geleceğe yönelik, belirsizlik koşulları altında verilen, uzun vadeli ve programlanamayan kararlar; taktik kararlar, örgütün etkinliklerinin planlanması ile ilgili orta vadeli kararlar olup, örgüt yöneticilerini en çok meşgul eden kararlar; işlevsel kararlar, kurumun kısa vadeli faaliyetlerinin yürütülmesi için alt kademe yöneticiler tarafından verilen, prosedürlere dayanan, belirli koşullarda verilen kararlar olarak tanımlanmaktadır (Baykal ve Türkmen, 2014).

2.4. Yöneticilerin Karar Verme Şekilleri

Yöneticilerin karar verme şekilleri, uyguladıkları liderlik yaklaşımıyla benzerlik göstermekte, yani içinde bulunulan koşullara bağlı olarak değişmektedir. Liderlikte durumsallık yaklaşımlarından biri olan Vromm-Yetton Normatif Yaklaşımı, belirli durumlarda uygun olabilecek lider davranışlarını belirlemektedir. Lider/yönetici, hangi yaklaşımı uygulayacağına karar verirken aşağıda belirtilen yedi durumu dikkate almalıdır (Welck, 2003):

- Örgütsel başarıda kararın kalitesi önemli mi?
- Karar almak için bilgi ve deneyime sahip miyim?
- Sorun yapılandırılmış mı?
- Kararın astlar tarafından kabul edilmesi önemli mi?
- Kararları tek başına almam astlarım tarafından kabul edilir mi?
- Belirlenen örgütsel amaçlara astlar katılacak mı?
- Alınan kararların astlar arasında çatışma yaratma olasılığı nedir?

Yönetici bu durumları göz önüne alarak aşağıda belirtilen beş davranıştan birini seçebilmektedir (Baykal ve Türkmen, 2014):

- Otokrotik (1) davranışında; sorunla ilgili bilgileri değerlendirerek, sorunu kendi çözmekte veya kendisi karar almaktadır.
- Otokrotik (2) davranışında; astlarından gerekli bilgiyi almakla birlikte, çözüme kendisi karar vermektedir.
- Danışan (1) davranışında; konuyla ilgili astlarıyla sorunu paylaşır, tek tek onların düşünce ve önerilerini alır; ancak daha sonra kararı kendisi vermektedir. Astların düşüncelerini kararına yansıtabilir veya yansıtmayabilir.

- Danışan (2) davranışında; bir grup halinde astlarla sorunu paylaşmakta, onların düşünce ve önerilerini almakta, ancak daha sonra kararı kendisi vermektedir. Astların düşüncelerini kararına yansıtabilir veya yansıtmayabilir.
- Grup yaklaşımında ise; bir grup halinde astlarla sorunu paylaşmakta, birlikte çözüm seçenekleri geliştirilip değerlendirilerek çözüm için ortak karar verilmektedir (Baykal ve Türkmen, 2014).

3. Sorun Çözme ve Karar Vermede Sorumluluk

Hemşirenin mesleki anlamda sorumlu olduğu yasa, tüzük, yönetmelikler (Hemşirelik Kanunu, Hemşirelik Yönetmeliği, Devlet Memurları Kanunu, İş Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği vb.) ve birey olarak kendisini ilgilendiren yasalar (Anayasa, Türk Ceza Yasası, Borçlar Yasası vb.) yönetici hemşirelere karar verme sürecinde bazı yükümlülükler getirmektedir. Örneğin, Hemşirelik Yönetmeliği (2010) 'nin 10. maddesinin 2. Fıkrası'nda; "Sorumlu hemşire, servis ve üniteadaki hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesine ve karşılanmasına yönelik hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur." ifadesi yer almaktadır. Bu maddeden hareketle yönetici hemşire, hasta bakımını, klinikteki düzen ve disiplini sağlamak için, belli sınırlar içinde karar alabilir. Yönetici hemşire açısından bir başka sorumluluk, çalışanların güvenli hizmet vermesini sağlamaktır. Borçlar Yasası (2011)'nin 66. Maddesi'nde; "Adam çalıştıran, çalışanın, kendisine verilen işin yapılması sırasında başkalarına verdiği zararı gidermekle yükümlüdür." ifadesi yer almaktadır. Bu durumda yönetici hemşire, üstünden kendisine aktarılan yetkiyle çalıştırdığı hemşirelik ve hemşirelik dışı personelin güvenli hizmet vermesine yönelik kararları almaktan sorumludur. Bu kararları aldığı ve uyguladığı belgeleyemezse de ceza alır.

4. Yönetici Hemşirenin Üstüne Aktarması Gereken Sorunlar ve Kararlar

Yönetici hemşire, kararın kimin sorumluluğunda olduğunu belirlemelidir. Genel kural, en iyi kararı vereceği için, soruna en yakın olan kişinin bu kararı vermesidir. Yönetici hemşire aşağıdaki sorulardan birine "evet" yanıtı veriyorsa, sorunu ve karar vermeyi bir üstüne aktarabilir (Abaan ve Duygulu, 2016):

- Bu sorun diğer birimleri etkiliyor mu?
- Bir üstümün sorumluluk alanında mı?
- Daha üst düzeyde bilgilere ihtiyaç mı?
- Bu sorunu çözmek için yetki ve otoriteye sahip miyim?
- Bütçe ile ilgili mi?

5. Sorun Çözme ve Karar Vermede Engeller

Geçmiş deneyimler, değerler, kişisel yanılgılar, önyargılar, kişinin problemleri algılayış durumu, problem çözme ve karar şeklini etkiler (Abaan ve Duygulu, 2016). Problem çözme ve karar verme sürecini olumsuz olarak etkileyebilecek engeller şunlardır (Reddy vd., 2014):

- Durumu dikkatli analiz etmeden sonuç bölümüne atlamak.
- Gerekli bilgileri toplamadan harekete geçmek.
- Çok geniş kapsamlı ve karmaşık kararlar vermek.
- Mantıklı bir çözüm seçmemek.
- Çözüm veya kararın sonucunu değerlendirmemek.

6. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Sorun Çözme ve Karar Verme

Sağlık bakım hizmetinin sunulmasında önemli çoğunluğu oluşturan hemşireler, klinik alanda çalışmanın yanı sıra, bu hizmetin koordine edilmesi ve toplumun eğitilmesinde önemli role sahip oldukları için hemşirelik hizmetleri yönetiminden beklentiler giderek artmaktadır (Kuzu, 2015). Mesleki otonominin kazanımı için

problem çözme ve karar verme becerisi hemşireler için önemli bir gerekliliktir. Mesleki otonominin güçlendirilmesi adına hemşirelerin karar verme süreçlerine katılımı, iş doyumu, örgütsel bağlılık, iş gücü devir hızında etkili olduğu, sağlık disiplinleri arası iletişimi geliştirdiği ve dolayısıyla olumlu sonuçlara ulaşabileceği belirtilmektedir (Roussel vd., 2006; Liou & Cheng, 2009; Al-Hamdani vd., 2015). Alınan kararların etkinliğinin değerlendirilmesi yöneticilerin yetkinliklerini görünür kılmada önemli profesyonel hemşirelik göstergesidir (Marquis & Huston, 2012). Sorun çözme ve karar verme, üst düzey bilişsel bilgi olup, ancak eğitim yoluyla geliştirilmektedir (Doğanay, 2007).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerde rutin bakımdan ziyade bireysel düzeyde verilen bakım kaliteyi artırmaktadır. Etkin sorun çözme ve karar verme becerisi olan yönetici hemşire, kurumun kalite ve yeterliliği için önemli bir kaynaktır. Sorun çözme ve karar verme becerisi mesleki otonominin kazanımı ve güçlendirilmesi için, hemşireler ve yönetici hemşirelerin geliştirmesi gereken önemli bir beceridir. Verilen kararların etkinliğinin değerlendirilmesi, yönetici ve liderlerin görünür olmalarında profesyonel bir hemşirelik uygulamasıdır. Yönetici hemşirelikte sorun çözme süreci, hemşirelerin yalnız “uygulayıcılar” olarak değil, aynı zamanda “düşünen” bir meslek üyesi olarak kabul görmesi açısından da önemlidir.

Yöneticilerin, bilimsel yöntem olan problem çözme sürecini, kurumların amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek, etkililik ve etkinliğinin sağlanması, mesleki gelişimlerine katkıda bulunması için kullanmaları gerekmektedir (Sullivan & Decker, 2001; Ulusoy vd., 2014). Yönetici konumundaki bireylerin her alanda olduğu gibi bağlı oldukları kurumlara ekonomik ve finansal alanda kazanım sağlamaları, etkili yönetebilmeleri ve değişim yaratabilmeleri için karşılaştıkları problemlerin çözümünü etkili ve doğru kararlarla sonuçlandırmaları gerekmektedir (Socea, 2012). Yönetici hemşireler, insan odaklı çalışıyor olmanın önemi göz önünde bulundurulduğunda hem çalışan, hem örgüt hem de hasta ve yakınları adına karşılaştıkları problemlere çözüm bulmada, gelişen teknolojiye uyum sağlamada ve bakımın kalitesini artırmada becerilerini geliştirmelidir.

Finansal Destek

Finansal destek yoktur.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Tasarım/Design: F.E.Y., B.Ö., Literatür tarama/Literature search: F.E.Y., B.Ö., Yazma/Writing: F.E.Y., B.Ö.

KAYNAKLAR

- Abaan, S. (1996). Sorun Çözme ve Karar Verme. G. Uyer, G. Kocaman, S. Oktay, G. Argon ve S. Abaan (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı* (s. 36-127) içinde. VKV.
- Abaan, S., & Duygulu, S. (2016). Sorun Çözme ve Karar Verme. G. Uyer ve G. Kocaman (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı* (s. 137-164) içinde. Koç Üniversitesi.
- Akyol, B. (2015). Organizational Justice in Decision-Making Processes, K. Norley, M.A. Icbay and H. Arslan (Ed.), *Contemporary Approaches in Education.Frankfurt*. PL: AcademicResearch
- Al-Hamdani, Z. M., Bawadi, H. A., Redman, R. W., & Al-Nawafleh, A. H. (2015). Perception of Jordanian nurses regarding involvement in decision-making. *Applied Nursing Research*, 30, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.06.013>
- Baykal, Ü. T. ve Türkmen, E. E. (2014). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. Akademi Basım Yayın.
- Bedük, A. (2002). *Bilgi çağı, örgütlerde bilginin önemi ve bilgi teknolojilerinin örgütlere sundukları değişim ve olanaklar*. I. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi Bildiriler Kitabı, (s.695-706). Kocaeli, Türkiye
- Doğanay, A. (2007). Öğretim İlke ve Yöntemleri. *Üst Düzey Düşünme Becerilerinin Öğretimi* (s. 280-324) içinde. Pegem A Yayıncılık.

- Frank, B. (2010). Critical Thinking and Decision-Making Skills. D. Huber (Ed.), *Leadership and Nursing Care Management*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Gabr, H., & Mohamed, N. (2011). Effect of problem-based learning on undergraduate nursing students enrolled in nursing administration course. *International Journal of Academic Research*, 3(1), 154-162. <http://www.sciepub.com/reference/152853>
- Güney, S. (2015). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Nobel Yayıncılık. 2.Baskı.
- Hemşirelik Yönetmeliği (2010). Hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları. Resmi Gazete, 27515. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
- Hodgkinson, G. P., & Sadler-Smith, E. (2018). The dynamics of intuition and analysis in managerial and organizational decision making. *Academy of Management Perspectives*, 32(4), 473-492. <https://doi.org/10.5465/amp.2016.0140>
- Hourican, S., McGrath, M., Lyng, C., McMahan, C., & Lehwaldt, D. (2008). Effectiveness of simulation on promoting student nurses management skills. *International Journal of Clinical Skills*, 2(1), 20-25. <http://eprints.teachingandlearning.ie/2548/>
- Huber, D. L. (2010). Management Principles. D.L. Huber (Ed.) *Leadership and Nursing Care Management*. Saunders Elsevier.
- Jasovsky, D. A., & Kemiensky, M. (2007). Enhancing Your Critical Thinking, Decision Making, and Problem Solving. R.P. Jones (Ed.) *Nursing Leadership and Management Theories*. F.A. Davis Company.
- Kılıç, A. N., & Taşçı, S. (2009). Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 187-195. <https://dergipark.org.tr/en/pub/mersinefd/issue/17374/181426?publisher=mersin.?publisher=mersin>
- Kıral, E. (2015). Yönetimde karar ve etik karar verme sorunsalı. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(2), 73-89. <https://dergipark.org.tr/en/pub/aduefebder/issue/33904/375315>
- Kuzu K. N. (2015). Öğretim Yöntemleri. S. Arslan ve N. Kurban, (Ed.), *Hemşirelikte Öğretim ve Eğiticinin Rolü*. Anı Yayıncılık.
- Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2009). Using the practice environment scale of the nursing work index on asian nurses. *Nursing Research*, 58(3), 218-225. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181a308cd>
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2012). Leadership roles and management functions in nursing. *The Critical Triad Decision Making, Management and Leadership* (s.3-29). Lippincott Williams & Wilkins.
- Nielsen, A. E., Noone, J., Heather, V., & Mathews, L. R. (2013). Preparing nursing students for the future: an innovative approach to clinical education. *Nurse Educ Pract*, 13(4), 9-301. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.03.015>
- Reddy, B., Kelly, M., Thokala, P., Walters, S., & Duenas, A. (2014). Prioritising public health guidance topics in the national institute for health and care excellence using the analytic hierarchy process. *Public Health*, 128(10), 896-903. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.07.003>
- Roussel, L., Swansburg, R. C., & Swansburg, R. J. (2006). Management and Leadership for Nurse Administrators. *Decision making and Problem Solving: Communication practices and skills* (s.81-111). Jones & Bartlett Learning.
- Socea, A. D. (2012). Managerial decision-making and financial accounting information. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 58, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.977>
- Sönmez, B. (2014). Sorun Çözme ve Karar Verme. Ü.T. Baykal ve E.E. Türkmen (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi* (s.257-274) içinde. Akademi Baim Yayın.
- Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (2001). Problem Solving and Decision Making. *Effective Leadership and Management in Nursing* (s.151-171).
- Swansburg, R. C., & Swansburg, R. J. (1999). *Introductory Management and Leadership for Nurses*. Jones and Bartlett Publishers.
- Tomey, A. M. (2009). *Guido to Nursing Management and Leadership*. Mosby Elsevier.
- Türk Borçlar Kanunu (2011). Genel hükümler. Resmi Gazete, 27836. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204-1.htm>
- Ulusoy, H., Tosun, N., & Aydın, J. C. (2014). Problem solving skills of health management students. *Journal of Health and Nursing Management*, 1(1), 1-8. <https://doi:10.5222/SHYD.2014.001>
- Uyer, G., & Kocaman, G. (2016). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*. Koç Üniversitesi Yayınları.
- Welck, R. A. (2003). Decision-Making and Problem Solving. Patricia Yoder-Wise (Ed.), *Leading and Managing Nursing*. Mosby Elsevier.
- Yıldırım, B., & Özkahraman, Ş. (2011). Hemşirelikte Problem Çözme. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 155-159. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/195940>

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Health care services are becoming an increasingly complex political, social, and economic structure around the world with the effect of the information age. The impact of globalization, the increase in different domains such as technological developments, information load, health costs, developed treatment, and the need for human resources cause many challenges for health care services. To cope with these difficulties, competent managers who can develop new management approaches are needed.

Nursing is an indispensable part of health services and a responsible human resource that can plan and implement nursing services with the ability of caring for healthy or sick individuals, successfully carry out teamwork, and work in harmony with others in the health care team. Moreover, nursing services play an effective role in both increasing the effectiveness of treatment in hospitals as well as transforming the negative beliefs of the society towards these institutions into respect and trust. They also provide health education to the patient and their family and meeting all the physical, psychological, and social care needs of the patient.

In institutions providing health care services, productivity, cost-effectiveness, quality, and safe maintenance are among the priority targets. In order to achieve these goals, nurse managers have important responsibilities as they constitute the largest human resources as the professional members who are in near contact with the patient in health care institutions. While performing their duties, nurse managers experience many problems arising from the health laws, policies of the country, their duties, powers and responsibilities specified in the regulations, the management strategy of the institution, the limitations of financial and human resources, effect of other professionals and their own colleagues. Thus, these problems not only hinder the quality of nursing services, but also can affect nurses and nurses manager in different areas such as motivation, job satisfaction, and performance, as well as it can negatively affect the efficiency of the institution. There is a need for nurses manager to take responsibility, be qualified, innovative, independent, critical, open to change, capable of reasoning, have advanced managerial problem-solving and decision-making skills in order to overcome these difficulties.

The Problem-solving and decision-making process consists of scientific processes like nursing process. The problem-solving is a dynamic process that includes critical thinking and decision-making. The problem-solving process involves a systematic analysis of identifying a problem and generating as many solution options as possible. The most important stage of the problem-solving process is to identify the problem. In the second stage, it is necessary to collect data about the problem from as many sources as possible. After clarifying the problem, the initiatives have to be taken and the individual or organizational results need to be determined as the results of these initiatives. In the next step, the different possible solutions should be developed to achieve the desired results. Choosing more than one solution can ensure finding the most effective solution and in case of failure after the implementation, another solution can be implemented as "plan B or backup plan". The final step is to decide on the best solution. Decision-making is the state of choosing an option in the problem-solving process. Although the definitions of "decision-making" and "decision" can be confused, the definite difference between them is that "Decision" only expresses the result while "decision-making" has a process. So, problem-solving and decision-making skills are important requirements for nurses to gain professional autonomy. The nurse manager, who has effective problem-solving and decision-making skills, is an important resource for improving the quality and competence of the institution.

Decision-making is accepted as the basic elements of leadership and effective decision-making is considered the most important criterion for the success of leaders and managers. Decision-making is based on the scientific problem-solving method and includes stages similar to the problem-solving process which is similar to the leadership style of the manager. To audit whether the decisions taken are effective or not is the main criterion of managers and leaders' competencies and is considered the cornerstone of professional nursing practice. In order to strengthen professional autonomy, it is stated that nurses' participation in decision-making processes is effective in job satisfaction, organizational commitment, workforce turnover, improves communication between health disciplines, and therefore positive results can be achieved. Evaluation of the effectiveness of the decisions taken is an important professional nursing indicator in making the competencies of the managers visible. Problem solving and decision making are high-level cognitive knowledge, but are developed through education.

Conclusion and Suggestion: The problem-solving and decision-making skills are one of the most fundamental responsibilities of nurses managers and can play a key role in the achievement of organizational goals and positive outcomes for patients and manager nurses as well. Using these skills is recommended to improve professionalism, autonomy, and empowerment in nurse manager and their subordinates.

Yüksek Riskli Çocuk Grubu: Sokakta Yaşayan Çocuklar Karşılaştıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları

Bahar ÇOLAK¹  İlknur KAHRİMAN² 

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye
b.colak9367@gmail.com (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye
ilknurkahriman@hotmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
<p>Makale Geçmişi Geliş: 17.09.2021 Kabul: 07.02.2022 Yayın: 25.04.2022</p> <p>Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Sokakta Yaşayan Çocuk, Hassas Popülasyonlar.</p>	<p>Sokakta yaşayan çocuk sorunu, küresel bir problem olup ne yazık ki önüne geçilememiş; yoksulluk, göç, savaş, destek sistemlerin yetersizliği ve eğitimsizlik gibi birçok faktörün neden olduğu ciddi bir dünya sorunudur. Bu soruna yönelik girişimler yapılsa da bu girişimlerin yeterli olmadığı görülmekte ve sokaklarda herhangi bir yetişkin gözetiminde olmadan yaşayan ve çalışan çocuklar bulunmaktadır. Sokakta yaşamının her çocuk üzerinde etkisi bulunurken bu etkiler yaş dönemine göre farklılaşmaktadır. Birçok disipline bu hususta sorumluluk düşmektedir. Özellikle pediatri hemşirelerinin bu konuda rol alması önem taşımaktadır. Çünkü pediatri hemşireleri çocukları anatomik, fizyolojik, ruhsal, sosyal ve bilişsel yönden en iyi tanıyan meslek grubu olmakla birlikte bakım verici, tedavi edici, danışmanlık, savunuculuk ve eğitici rollerini bir arada bulunduran bir meslek dalıdır. Dolayısıyla pediatri hemşireleri de çözüm getirici yasa ve politikaların üretilmesine yardımcı olmalı ve çelişkili yasaların açıklığa kavuşturulmasına öncülük etmelidir. Bu çalışma sokakta yaşayan çocuklara yönelik farkındalık oluşturmak, çocukları sokağa iten nedenleri açıklamak, sokakta yaşamının çocukların yaş dönemlerine göre etkilerini incelemek, bu çocukların yaşadıkları sorunlara dikkat çekmek ve hemşirelik yaklaşımlarını belirtmek için ele alındı.</p>

High-Risk Children's Group: Children Living on the Streets and their Nursing Approaches

Article Info	ABSTRACT
<p>Article History Received: 17.09.2021 Accepted: 07.02.2022 Published: 25.04.2022</p> <p>Keywords: Nursing Street Child, Vulnerable Populations.</p>	<p>The problem of children living on the street is a global problem and unfortunately it has not been prevented; It is a serious world problem caused by many factors such as poverty, migration, war, inadequacy of support systems and lack of education. Although attempts are made to address this problem, it is seen that these attempts are not sufficient and there are children living and working on the streets without the supervision of any adults. While living on the street has an effect on every child, these effects differ according to the age period. Many disciplines have responsibilities in this regard. It is especially important that pediatric nurses take a role in this issue. Because pediatric nurses are the occupational group that best recognizes children in terms of anatomical, physiological, spiritual, social and cognitive aspects, and they are a profession that combines the roles of caregiver, therapeutic, consultancy, advocacy and educator. Therefore, pediatric nurses should also assist in the production of remedial laws and policies and lead the clarification of conflicting laws. This study was handled to raise awareness about children living on the street, to explain the reasons that push children to the streets, to examine the effects of living on the street according to the age periods of children, to draw attention to the problems these children experience, and to indicate their nursing approach.</p>

Atf/Citation: Çolak, B. & Kahriman, İ. (2022). Yüksek riskli çocuk grubu: Sokakta yaşayan çocuklar karşılaştıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 81-91.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Sokakta yaşayan çocuk sorunu, küresel bir problem olup ne yazık ki halen önüne geçilememiş; yoksulluk, göç, savaş, destek sistemlerin yetersizliği ve eğitimsizlik gibi birçok faktörün neden olduğu ciddi bir dünya sorunudur. Bu soruna yönelik girişimler yapılsa da bu girişimlerin yeterli olmadığı görülmekte ve sokaklarda herhangi bir yetişkin gözetiminde olmadan yaşayan ve çalışan çocuklar bulunmaktadır. Sokakta yaşayan çocuklar yüksek riskli çocuk grubunu oluşturmaktadır. Bu çocuklar, sokaklarda birçok sorun ile karşı karşıya kalan ve zor koşullar altında yaşayan çocuklardır (Erbaş vd., 2020). Sokak çocukları, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nda da "Korunmaya Muhtaç Çocuklar" olarak geçmektedir (<http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr>).

Sokaklarda yaşayan çocukların verilerini belirlemede güçlükler yaşanmaktadır (Bhukuth ve Ballet, 2015). Çünkü bu çocukların yaşadıkları yerler sürekli değişmektedir. Bu değişime neden olan birçok faktör bulunmakla birlikte özellikle mevsimsel nedenler, barınma ihtiyacı gibi değişiklikler etkili olmaktadır. Bu çocuklar özellikle kışın ısınabilecekleri uygun yerler aramaktadırlar. Ayrıca yalnızca mevsime göre değil gün içerisinde de bu çocukların farklı yerlerde oldukları görülmektedir. Gündüz ve gece bu çocuklar aynı yerlerde yaşamamaktadırlar. Bununla birlikte, savaş, ekonomik kriz, doğal afet gibi çeşitli toplumsal olaylara bağlı olarak da sokakta yaşayan çocukların sayısı artmakta veya azalabilmektedir. Çoğunlukla bu çocuklar sokaklarda herhangi bir işte çalışırken karşımıza çıkmaktadırlar ve bu şekilde kayıt altına alınabilmektedirler (Kömürcü ve Avşar Negiz, 2016; Çoban, 2015). Dünya Çocuk Karnesine göre (2018) sokakta yaşayan çocuk sayısının 150 milyon olduğu belirtilmektedir. Ancak bu raporda sokakta yaşayan, kaçırılmış veya askere alınmış olan çocukların sayısı tam olarak belirlenememekle birlikte sokakta yaşayan çocuk sayısının 400 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada en çok yetim çocuğun bulunduğu ilk beş ülkenin ise sırasıyla Hindistan, Çin, Nijerya, Bangladeş, Etiyopya olduğu belirtilmektedir (2018 Dünya Çocuk Karnesi).

Sokakta yaşayan çocukların Türkiye'deki durumuna bakıldığında ise sayılarını net bir şekilde belirlemek oldukça zordur. Çünkü ülkemiz sürekli göçlerin yaşandığı, mültecilere ev sahipliği yapan ve sürekli bir nüfus sirkülasyonu yaşanan bir ülkedir (Coşkun ve Yolcu, 2016). Sokak çocuğu kapsamında 2004 yılında Türkiye'de toplam 40 bin 205 çocuğun olduğu açıklanmış fakat bu çocukların ne kadarının sokakta yaşayan çocuk olduğu belirtilmemiştir. Aynı yıl yine 635 bin çocuğun sokakta yaşama riskinin olduğu öngörülmüştür (Kızmaz ve Bilgin, 2010). Türkiye'de de tüm dünyada olduğu gibi bu çocuklar sokaklarda çalıştıkları zaman karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sokakta yaşayan çocuk sorunu çocuk işçiliği sorunu ile iç içe olan bir durumdur (Erbaş vd., 2020).

Sokakta yaşayan çocuk istatistiklerine bakıldığında yeterli verilerin olmayışı sorunun görünmez kılınmasına neden olmamalıdır. Çünkü bu çocuklar tüm dünyanın çocuklarıdır ve görmezden gelinmemelidirler. Bu çocukların nerde, ne zaman, nasıl yaşadıklarının bilinmemesinden dolayı sayılarının net olarak açıklanamaması durumun önemini ortaya koymakta ve acil çözümler getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Dolayısıyla tüm bu bilgiler ışığında bu çalışma yüksek riskli grup kategorisinde yer alan sokakta yaşayan çocuklar konusunda farkındalık yaratmak için onların yaşadıkları sorunlar ve uygun hemşirelik yaklaşımlarının nasıl olması gerektiği üzerine planlanmıştır. Sokakta yaşayan çocuklar tüm toplumların sorunu olup bu konuda birçok disipline iş düşmektedir. Eğitici, bakım verici, tedavi edici rolü bulunan ve aynı zamanda çocuk savunucusu olan hemşirelerin de bu konuda üzerlerine düşen görevler konusunda farkındalık oluşturması da çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

Sokakta Yaşayan Çocuk Kavramı

"Sokak çocukları" kavramı, Birleşmiş Milletlerin belgelerinde ve Türkiye'de 1990'lı yıllardan sonra kullanılmaya başlanmıştır (Okumuş, 2009). Sokakta yaşayan çocuk kavramı, "Sokak Çocukları" kavramı içerisinde yer almaktadır. "Sokak Çocukları" kavramı ise bir şemsiye sözcüktür. Yani bu kavram altında birçok

grup yer almaktadır. Bu gruplar; sokakta yaşayan, sokakta çalışan, suça sürüklenen çocuklar gibi birçok gruptan oluşmaktadır (Güngör, 2008). Avrupa Konseyi Sokak Çocukları Çalışma Grubuna göre uzun ya da kısa bir süredir sokakta yaşayan, 18 yaş altında olan ve sokakta kendi arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdüren çocuklar “sokak çocukları” olarak tanımlanmaktadır. Bu çocukların aileleri ya da başka yetişkinlerle bir bağı bulunmamaktadır (Tuncel ve Senemoğlu, 2018). UNICEF sokak çocuklarını, yaşamlarının çoğunu doğrudan bir yetişkin desteği ya da koruması olmadan sokakta geçiren çocuklar olarak tanımlarken (Güngör, 2008) aynı zamanda bu kavramı “aileleriyle sürekli ilişkisi olan”, “aileleriyle zaman zaman ilişki kuran” ve “aileleriyle hiç ilişkisi olmayan” olmak üzere üç başlığa ayırmaktadır (Tablo 1) (Tuncel ve Senemoğlu, 2018; Şener ve Serdar, 2015).

Tablo 1. Sokak Çocuğu Kavramı

“Aileleriyle Sürekli İlişkisi Olan Çocuklar”	“Aileleriyle Zaman Zaman İlişki Kuran Çocuklar”	“Aileleriyle Hiç İlişkisi Olmayan Çocuklar”
“Sokakta Çalışan Çocuk”	“Sokaktaki Çocuklar”	“Sokakta Yaşayan Çocuklar”
Günlerinin çoğunu sokakta çalışarak geçirmektedirler ancak bu çocuklar ailelerinin denetimi altındadırlar.	Bu çocukların aile bağı zayıflamıştır ancak tamamen kopmamıştır. Günlerini sokakta gezerek veya bir şeyler satarak geçiren bu çocuklar çoğunlukla akşamları evlerinde kalan çocuklardır.	Bu çocuklar genellikle parçalanmış ailelerin ya da yoksul ailelerin çocuklarıdır. Bu çocuklar ebeveynleri tarafından terk edilmiş, zorla ayrılmış veya kendi istekleri ile ailelerinden ayrılmıştır ve sürekli sokakta yaşayan ve aileleriyle hiç bağı olmayan çocuklardır.

Sokak çocukları kavramı Tablo 1’de belirtildiği gibi üç sınıfa ayrılrsa da bu sınıflar arasında sürekli bir değişim gerçekleşmektedir. Başka bir deyişle bu çocuklar bir sınıftan diğer bir sınıfa geçebilmektedir. Dolayısıyla bu durum da bu çocuklar hakkında net verilerin elde edilmesini zorlaştırmaktadır.

Sokakta Yaşayan Çocukları Sokağa İten ve Çeken Nedenler

Çocukların sokakta yaşamalarının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler kimi zaman çocukların sokağa itilmesi kaynaklı kimi zaman da sokağın çocukları çeken yapısından kaynaklı olmaktadır. Çocukları sokağa iten nedenler arasında; çocukların alkol-madde kullanan, ciddi hastalıkları olan, ruhsal sorunları olan ve adölesan ebeveynlerinin olması, parçalanmış veya tek ebeveynli aile çocukları olma, suç işleyen ebeveynlerinin olması, aile içi ihmal ve istismarın olması, aileleri tarafından ilgi, sevgi, şefkat görememeleri, aileleri ile güvenli bağlanma olmaması, aile içinde şiddet görmeleri, yurtdışı veya yuvada uyumsuzluk yaşayan yetim çocukların kaçış yolu araması, ailesi tarafından çalıştırılma ve suça sürüklenme, göç, doğal afet ve kültür yer almaktadır (Alptekin, 2011; Baysan Arabacı ve Taş, 2017; Kızmaz ve Bilgin, 2010). Çocukları sokağa iten nedenlerin en başında yoksulluk, ailedeki çocuk sayısının fazla olması, ebeveyn işsizliği ve eğitimsizlik yer almaktadır. Ayrıca terör olayları da çocukları sokağa iten nedenler arasında yer almaktadır (Okumuş, 2009).

Çocukları sokağa çeken nedenlere bakıldığında ise; medyanın çocuklar üzerinde oluşturduğu etki, özellikle sosyal medya son zamanlarda çocuklar üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Oyun bağımlısı olan çocuklar için bir denetimci olmadan oyun salonlarında oyun oynamanın çekiciliği, insanların sokaklardaki çocuklara merhamet ve yardımseverlik duygusu besleyerek bu doğrultuda maddi yardımlar yapmaları, ailesi ile anlaşamayan ve antisosyal davranış sergileyen çocukların sokakta özgürlüğü tatma arzusu, madde bağımlısı olma, arkadaş gruplarının etkisi ve macera arayışı çocukları sokağa çeken nedenler arasında yer almaktadır (Alptekin, 2011; Baysan Arabacı ve Taş, 2017; Kızmaz ve Bilgin, 2010).

Sokakta Yaşamının Çocuk Üzerindeki Etkileri

Çocukluk dönemi 0-18 yaş dönemini kapsayan ve yaş dönemlerine ayrılan, her yaş döneminin ise birbirinden farklı özellikler taşıdığı ve her dönemde ihtiyaçlarının farklılaştığı bir dönemdir. Dolayısıyla sokakta yaşamının çocuk üzerindeki etkilerini incelerken yaş dönemlerinin özelliklerini ve ihtiyaçlarını düşünerek yaş dönemlerine özgü etkilerini de incelemek gerekmektedir.

0-1 Yaş Dönemi

Bu yaş grubu bebeklik dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bebeklik dönemi bireylerin kişiliklerinin temellerinin atıldığı yaşamın kritik bir aşamasıdır. Bu kritik dönemde bebeğin ihtiyaçlarının karşılanması gelecekteki kişiliğinin belirlenmesinde oldukça önemli bir durumdur (Şahinöz ve Bütün Ayhan, 2020). Bu dönemde temel güven duygusunun kazanılması önem taşımaktadır. Kimlik duygusu “ben bana verilenim” şeklindedir. Bebek dünyaya geldiğinde bakım vericisine tamamen bağımlıdır. Eğer bakım verici bebeğin temel gereksinimlerini özellikle de beslenme ihtiyacını düzenli bir şekilde karşılırsa bebeğe “güven” duygusu kazandırılmış olunur. Annenin veya bakım verici roldeki kişinin bebeğe gereksinim duyduğu huzuru vermesi gerekmektedir. Gelecekte sağlıklı bir yetişkin olma, umut ve uyum duygularının gelişimi için bebeklik döneminde oluşturulan temel güven duygusuna ihtiyaç vardır. Bebeklik dönemindeki ilk toplumsal güven duygusu ise beslenme ve uyku gibi ihtiyaçların düzenli olması ve bebeğin konforlu olması ile elde edilebilmektedir. Tamamen pasif ve alıcı yapıda olan bebeğe bakım verici veya annenin sürekli verici durumda olması bebekteki paylaşım duygularının temelini atarken aynı zamanda tamamen bağımlı olduğu kişiden kaygı veya öfke duymadan uzak kalabilme başarısı da bebeğin ilk toplumsal başarısı sayılmaktadır. Eğer bebek tarafından bu başarı elde edilmiş ise bebekte varlığı kesinleşmiş bir annenin olduğu düşüncesi anlaşılmaktadır (Gürses ve Kılavuz, 2011; Yiğit, 2020; Çınar ve Şahin, 2020).

Güven duygusunun öneminden dolayı Erikson bebeklik dönemini güvene karşı güvensizlik dönemi (Subaşı ve Kazan, 2020; Yiğit, 2020), Freud ise psikoseksüel kuram çerçevesinde oral dönem olarak nitelendirmiştir. Freud’a göre 0-1 yaş döneminde haz bölgesi ağızdır. Bu dönemde bebeğin tutarlı, yeterli ve sevgiyle beslenmesinin büyük bir önem taşıdığını vurgulamaktadır. Bebeklik döneminde bakım veren kişinin eksikliği ileride bilişsel, sosyal, duygusal ve motor gelişimlerin ciddi derecede aksamasına yol açabilmektedir (Erdim ve Ergün, 2016; Yiğit, 2020). Beslenme ihtiyacı sağlıklı ve tutarlı bir şekilde karşılanan bebeğin yetişkinlikteki paylaşım duygusu oluşturulmaktadır. Bebeğin hayatta kalması için bakım vericisine ihtiyacı vardır ve sürekli dışardan almak zorundadır (Bakırcıoğlu, 2015). Fakat bu bağımlı olma durumu bebeğe yetişkinlik dönemi için toplumsal anlamda almanın ve vermenin temellerini oluşturmaktadır. Başka bir deyişle bebek kendisine annesi veya sürekli bakım vericisi tarafından verilen bakımı alırken, toplumsal anlamda almayı öğrenir. Bebek kendisine verilenleri değerlendirerek “vermek-vere-bilmek” işlevini de kazanmış olur (Bakırcıoğlu, 2015). Tüm bu bilgiler doğrultusunda, sağlıklı bir yetişkin olabilmenin temellerinin önemli bir kısmının bebeklik döneminde oluşmaya başladığı görülmektedir. Ancak sokakta yaşayan çocukların aileleri ile hiçbir bağı yoktur. Her ne kadar bu yaş grubu çocuklar ile sokakta karşılaşılmasa da dilencilik vb., gibi durumlarda bebeklerin kullanıldığını ve iyi bir bakım alamadığı görülebilmektedir (Tuncel ve Senemoğlu, 2018). Bu yaş grubunda sokakta yaşayan çocuklar öncelikle temel güven duygusunun kazanılmamış olmasından kaynaklı yetişkinlikte ciddi davranışsal sıkıntılar, güvensizlik ve çeşitli ruhsal sıkıntılar, hijyen eksikliği, barınma sorunu, yoksulluk içinde yaşama, bakım yetersizliği, beslenme yetersizliği, kronik, tehlikeli ve bulaşıcı hastalıklar, büyüme-gelişme geriliği, şiddet, ihmal, istismar, bebek ölümleri, toplumsal anlamda alma-verme işlevinin gelişmemesi gibi birçok sorun yaşamaktadırlar. Ayrıca bu yaş döneminde birçok çocukluk çağı aşı uygulaması yapılmaktadır. Ancak sokakta yaşayan bu bebekler aşılarını da düzenli bir şekilde alamamakta veya hiç alamamaktadır. Bu doğrultuda birçok hastalığa karşı savunmasız kalmaktadırlar (Gürhan vd., 2020; Kızmaz ve Bilgin 2010).

1-3 Yaş Dönemi

Bu yaş dönemi çocuğu oyun çocuğu olarak da isimlendirilmektedir. Freud bu dönemi anal dönem olarak belirtmektedir. Çünkü bu dönemde çocuk anal ve üretral sfinkterleri üzerinde kontrol kazanmıştır. Bebeklik döneminde tamamen pasif ve edilgen durumda olan çocuk, bu dönemde sfinkterleri üzerindeki kontrol etme becerisini yaşadığından bundan haz almakta ve ilk etken durumunun tadını çıkarmaya başlamaktadır (Yiğit, 2020). Bu dönemde çocuğun kişilik özellikleri tuvalet eğitiminin nasıl kazanıldığı ile ilişkilidir (Bakırcıoğlu, 2015). Düzenli, sağlıklı, sevgi, şefkat ve sabırla tuvalet eğitimi alan ve utandırılmayan çocuklarda suçluluk duymaksızın girişimlerde bulunabilme, özerklik, yaptığı eylemlerin sonucunu kabullenebilme yetilerini kazanır. Ancak altına

tuvaletini yaptığı için cezalandırılan, azarlanan ve utandırılan çocuklar ileride şüphe duyan, korkan, inatçı, aşırı titiz, obsesif, katı görüşlü, cimri, dik kafalı ve aşırı karşıt bireyler olabilmektedir. Erikson da tüm bu özelliklerinden dolayı bu dönemi bağımsızlığa karşı kuşku ve utanç dönemi olarak nitelendirmiştir (Babaroğlu, 2014; Deniz ve Görak, 2018; Sevinç ve Kutluca, 2019; Yiğit, 2020). Ayrıca bu dönem çocuğun sadece tuvalet eğitimini aldığı değil konuşmaya ve yürümeye başladığı dönemdir. Dolayısıyla bu dönemde çocukla yakından ilgilenilmesi büyük bir önem arz etmektedir. Erikson bu dönem çocuğunun düşüncesini “ben oluşturduğum şeyim” şeklinde açıklamaktadır. Bu dönemdeki çocuk yaptığı davranışların kendine ait olduğunu artık fark etmeye başlar. Eğer çocuk yaptığı bir davranış veya herhangi bir girişim sonrasında bir yetişkin tarafından olumsuz bir tutum veya müdahale ile karşılaşır bu durum çocukta yaptığı davranış ile ilgili şüpheye kapılmasına ve utanç duygusu geliştirmesine neden olacaktır. Ancak çocuğun keşiflerine izin verilirse ve girişimleri desteklenirse çocuk önemli bir duygu olan “özerklik” duygusunu ilk defa bu dönemde kazanabilecektir (Çınar ve Şahin, 2020; Gürses ve Kılavuz, 2011; Yiğit, 2020).

Bu dönemin özelliklerine bakıldığında sokakta yaşayan bu yaş grubu çocukların sokakta ebeveynsiz yaşamalarının ne denli zor olacağı ve birçok sorunu da beraberinde getireceği görülmektedir. Hijyen eksikliği, barınma sorunu, yoksulluk içinde yaşama, bakım yetersizliği, beslenme yetersizliği, kronik, tehlikeli ve bulaşıcı hastalıklar, büyüme-gelişme geriliği, şiddet gibi sorunlar sokakta yaşayan çocukların yaşadığı başlıca sorunlardır. Bu yaş grubu çocukların tüm bu sorunların yanında özellikle korunması gereken bir diğer konu ise kazalardır. Bu yaş grubu çocuklar yürümeye yeni başladıkları, tehlikenin farkında olmadıkları için başta düşmeler olmak üzere birçok kazaya yatkındır. Yine bu yaş döneminde çocukların olması gereken bazı çocukluk çağı aşılımları bulunmaktadır. Ancak sokakta yaşayan bu yaş grubu çocukların aşılımları yaptırılmamakta ve bu çocuklar birçok hastalığa karşı riskli durumu gelmektedir. Çoğunlukla bu yaş grubu sokakta yaşayan çocuklarda parmak emme, tırnak yeme, altına idrar veya gaita kaçırma gibi davranışsal sorunlar görülmektedir. Bu sorunlar çocuklardaki stresin bir belirtisidir. Özellikle doğru şekilde tuvalet eğitimi alamayan bu çocuklarda hijyen eksikliğine bağlı olarak birçok sorun görülmektedir.

3-6 Yaş Dönemi

Bu yaş grubu okul öncesi dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde çocuklar meraklı, hareketli, çok soru soran, sembolik düşünceye sahip olan, hayalperest, hayali arkadaşları olan bir dönem yaşamaktadır. Çocuk meraklı olduğu için çok girişken, çok soru soran ve hareketli bir yapıya sahiptir. Bu nedenle Erikson bu dönemi girişkenliğe karşı suçluluk dönemi olarak isimlendirmiştir. Erikson bu dönemde çocukların sorularının utandırılmadan, aşağılanmadan ve kızılmadan yanıtlanmasını önermektedir. Aksi takdirde girişkenliğine karşı olumsuz bir tutum ile karşılaşan çocuğun suçluluk duygusuna kapılacağını ve yetişkinlik döneminde de özgüvensiz bir kişilik olma ihtimalinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu dönemde çocuk bir kişi olarak kendisine güçlü bir şekilde inanma duygusunu yaşamaya başlamaktadır. Erikson bu dönem çocuğunun düşüncesini “ben olacağımı hayal ettiğim şeyim” şeklinde açıklamaktadır. Fakat çocuğun davranışları desteklenirken çok fazla serbest tutum sergilememeye ve çocuğun yaşı doğrultusunda kurallar koymaya dikkat edilmelidir aksi takdirde çocuğun ahlaki gelişim düzeyi olumsuz etkilenebilir. Dolayısıyla, çocuğun davranış konusunda bir denge kurulması büyük bir önem taşımaktadır (Çınar ve Şahin, 2020; Gürses ve Kılavuz, 2011; Yiğit 2020). Psikoseksüel gelişim kuramı çerçevesinde Freud bu dönemi fallik dönem olarak isimlendirmektedir ve bu dönemde elektra ve oedipus kompleksleri yaşandığını belirtmektedir. Elektra kompleksi/karmaşası kız çocuğunun babasına duyduğu yakınlık ve sevgiden dolayı annesini taklit etmesi ve rol model alması; Oedipus kompleksi/karmaşası ise erkek çocuğunun annesine duyduğu yakınlık ve sevgiden dolayı babasını rol model alması olarak açıklanmaktadır (Babaroğlu, 2014). Bu süreç kız ve erkek çocuklarının cinsiyetlerinin farkına varmasını ve cinsel kimliklerini kazanmasını sağlamaktadır.

Bu yaş grubunun gelişimsel özellikleri dikkate alındığında sokakta yaşayan çocuklar birçok imkânlardan uzakta olmakta ve sağlıklı yetişememektedir. Bu yaş grubu özellikle fiziksel ve cinsel istismara açık olan çocuk grubudur. Riskli yaşam ortamı, barınma sorunu, okul öncesi eğitim yetersizliği, çocuk işçiliği (dilencilik), hırsızlık,

kazaya eğilim, hijyen eksikliği, barınma sorunu, yoksulluk içinde yaşama, bakım yetersizliği, beslenme yetersizliği, kronik, tehlikeli ve bulaşıcı hastalıklar, büyüme-gelişme geriliği, şiddet, oluşan çeşitli fizyolojik ve ruhsal problemler (kişilik sorunları) yine bu yaş grubu sokakta yaşayan çocukların yaşadıkları sorunlardır. Ayrıca bu yaş grubu çocuklar gelişim dönemlerinin getirdiği bir özellik olan merak duygusuna sahiptir ve dolayısıyla bu çocuklar birçok kaza riski taşımaktadır (Erdoğan, 2016). Bu yaş grubu sokakta yaşayan çocuklarda stresin neden olduğu yaş dönemine özgü olmayan parmak emme, tırnak yeme, altını ıslatma gibi sorunlar görülmektedir. Bireylerin duygusal, sosyal ve kişisel gelişimlerinin temelleri erken çocukluk döneminde atılmaktadır. Birçok gelişim kuramcısı çocukluk döneminin yetişkinlikte bireylerin kişilik özelliklerini belirlediğini, duygusal ve sosyal gelişimlerini etkilediğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla erken çocukluk dönemini kapsayan altı yaşa kadar çocukların sağlıklı gelişim süreçlerini yaşamaları sağlıklı birer yetişkin olmalarının temel şartıdır. Bu yaş grubu çocukların sokakta yaşamaları sağlıklı gelişim süreçlerine engel olmaktadır. Bu doğrultuda sokakta yaşayan çocukların sağlıklı yetişkin olması beklenemez.

6-12 Yaş Dönemi

Bu yaş grubu okul çocuğu olarak da adlandırılmaktadır. Çocukların okula başlaması gereken bu dönemde birçok sokakta yaşayan çocuk eğitim almamakta ve okula gidememekte veya okula devamsızlık yapmaktadır. Özellikle bu yaş grubunda olup sokakta yaşayan çocuklarda çocuk işçiliği, hırsızlık, dilencilik gibi durumlar çok sıklıkla görülmektedir. Bu yaş grubu çocuklarda ihmal ve istismar riski son derece yüksektir. Ayrıca sokakta yaşayan bu çocuklar sıklıkla kötü muamele görmekte, horlanmakta, aşağılanmakta, azarlanmakta, küçük görülme durumları ile sık karşılaşmaktadır. Tüm bu durumlar da çocukları ruhsal olarak derinden etkilemekte ve aynı zamanda çocukları suç işlemeye de itmektedir. Özellikle alkol madde bağımlılığı, suça ve çeteye karışma da bu yaş grubunda başlamaktadır. Ayrıca diğer yaş gruplarında olduğu gibi hijyen eksikliği, barınma sorunu, yoksulluk içinde yaşama, bakım yetersizliği, beslenme yetersizliği, kronik, tehlikeli ve bulaşıcı hastalıklar, büyüme-gelişme geriliği ve ruhsal problemler bu yaş grubunun da karşılaştığı sorunlar arasında yer almaktadır (Kızmaz ve Bilgin, 2010).

Erikson'a göre bu dönemde çocuğun kimlik duygusu "ben öğrenebildiklerimin tümüyüm" şeklindedir. Okul çocuğu, hayatından bazı çıkarımlar yapabilecek şekilde düşünebilmektedir. Dolayısıyla çocuk dış çevrenin düşüncelerini önemsemeye başlamıştır. Bu dönemdeki çocuk için "başarılı olma" duygusu öne çıkan duygudur. Çocuk kendini diğer çocuklarla kıyaslayabilir ve bu durum çocukta aşağılık duygusunun gelişmesine sebep olabilir. Çocuğun bu dönemde çevresi tarafından takdir edilme arzusu vardır. Bu nedenle hem aile hem de okul başta olmak üzere çevresi tarafından çocuğun "başarma ihtiyacı"nın giderilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ancak sokakta yaşayan çocuklar okula gidemedikleri okula gitseler de kendilerini bilinçli bir şekilde destekleyen aile üyeleri olmadığı için bu kazanımları elde edemediği gibi yaşına göre doğru eğitim, öğretim, ilgi ve bakım alamadıkları için birçok sorun yaşamaktadırlar (Gürses ve Kılavuz, 2011; Yiğit, 2020; Çınar ve Şahin 2020).

12-18 yaş dönemi

Psikoseksüel kuram çerçevesinde Freud bu dönemi genital dönem olarak isimlendirmektedir. Bu yaş döneminde çocuk çocukluktan yetişkinliğe geçmenin bir adımı olan adölesan dönemi yaşamaktadır. Adölesan dönem zorlu bir süreçtir. Çocuğun fiziksel, ruhsal, duygusal ve bilişsel olarak hızlı bir şekilde büyümeye ve gelişmeye başlaması kolay bir durum değildir. Bu durum çocuklarda ciddi strese yol açmaktadır. Bu süreçteki en önemli konulardan biri ise çocuğun "kimlik bulma" sürecinde yaşadığı bunalımlardır (Yiğit, 2020). Erikson bu yaş dönemindeki çocuğun kimlik duygusunu "ben kimim" şeklinde açıklamaktadır. Bu dönemde kimlik arayışı hâkimdir. Çocuk çok hızlı olan büyüme ve gelişmesinin farkındadır, bedenini ve kendini tanımaya çalışır. Çocuk kendisine birçok soru sormaya başlar ve bu soruların yanıtlarını arar. Özellikle bu dönemde sorularına yanıt arayan ve kendi kimliğini bulmaya çalışan çocuk hoşlandığı ya da rol model aldığı birisine özenerek ve o şekilde davranarak kimliğini inşa etmeye çalışır. Eğer çocuk bu karmaşık dönemi sağlıklı bir şekilde atatabilirse "kimlik duygusu"nu kazanır. Ancak sağlıklı bir adölesan dönemi geçiremeyen çocuklar "kimlik karmaşası/bunalımı" yaşarlar. Dolayısıyla bu dönemdeki çocuğun aile ve sosyal desteğe son derece ihtiyacı bulunmaktadır (Çınar ve

Şahin, 2020; Gürses ve Kılavuz, 2011; Yiğit, 2020). Ancak sokakta yaşayan adölesanları destekleyecek koruyucu bir aile olmadığı gibi genellikle bu yaş dönemi yetişkin gibi davranmak zorunda olan, yanında bulunan birlikte yaşadığı veya aynı çetede bulunduğu çocukları korumak zorunda olan yaşından daha büyük sorumlulukları üstlenen kişi konumundadır. Ayrıca adölesan dönemde olup sokakta yaşayan bu çocuklar ağır işlerde çalışmaktadırlar. Bu dönemde özellikle fiziksel olarak güçlü görüldüğü için erkek çocukların iş gücünden yararlanmak isteyen birçok fırsatçılar bu çocukları tehlikeli, yaşlarına uygun olmayan ve yüksek riskli işlerde çalıştırılmaktadır. Bu nedenle bu yaş grubu çocuklar ciddi kaza riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Kız çocukları ise özellikle seks ticaretinde kullanılmaktadırlar. Tüm bunların yanında bu yaş grubunda da hijyen eksikliği, barınma sorunu, yoksulluk içinde yaşama, bakım yetersizliği, beslenme yetersizliği, kronik, tehlikeli ve bulaşıcı hastalıklar, büyüme-gelişme geriliği ve ruhsal sorunlar görülmekle birlikte bu yaş dönemine özgü sorunların başında alkol ve madde bağımlılığı, suç ve çeteye karışma, hırsızlık, saldırganlık, seks köleliği, organ mafyası, porno endüstrisi riski, çocuk ticareti, adölesan evlilikler, sağlıksız cinsel davranışlar yer almaktadır (Kızılmaz ve Bilgin, 2010).

Sokakta Yaşayan Çocukların Yaşadıkları Sorunlar

Literatür incelendiğinde sokakta yaşayan çocukların yaşadıkları birçok sorunu görmek mümkündür. Ayrıca bu sorun tüm dünyanın sorunudur. Senaratna ve Wijewardana (2012), Güney Asya'da bulunan Kolombo'daki sokak çocuklarının karşı karşıya kaldıkları riskleri incelemişlerdir. Çalışmada Sri Lanka'nın farklı sokaklarından toplamda 283 çocuk ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sonucunda sokak çocuklarının çoğunluğunun erkek ve 14 yaş ve altında oldukları belirlenmiştir. Ayrıca çocukların önemli bir kısmının ebeveyni olmadan sokakta yaşadığı tespit edilmiştir. Çocukların üçte ikisinin hiçbir okula kayıtlı olmadığı ve birçoğunun dilendiği saptanmıştır. Büyük bir çoğunluğunun zorla ve risk taşıyacak ağır el işçiliğinde, yasa dışı alkol ve uyuşturucu madde taşıyıcılığı, hırsızlık ve seks işçiliği gibi işlerde çalıştırıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yeni Delhi'de yaşayan 6-16 yaşındaki 115 erkek sokak çocuğuyla yapılan bir çalışmada çocukların çoğunun bağımlılık yapan madde kullanımına eğilimli oldukları, yaklaşık yarısının sigara ve önemli bir bölümünün de tiner, alkol, kenevir gibi madde kullanımı içinde olduğu belirlenmiştir (Pagare vd., 2004). Bangladeş'deki sokak çocuklarının beslenme durumlarının incelendiği bir çalışmada ise çocukların çoğunun düşük kilolu olduğu ve ciddi rahatsızlıklar geçirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Hakim ve Kamruzzaman, 2015). Yapılan diğer çalışmalarda ise sokakta yaşayan çocukların önemli bir kısmının bedensel ve ruhsal sorunlarının olduğu (Ögel ve Yücel, 2005) ve özellikle barınma ve eğitim açısından ciddi bir yoksunluk yaşadıkları yine çocukların çoğunun gelirlerini dilencilikten ve küçük eşyalar satarak elde ettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca çocukların sokaktaki diğer çocuklar ve yetişkinler tarafından sözlü, fiziksel, cinsel ve duygusal tacize maruz kaldıkları belirlenmiştir (Manjengwa vd., 2016). Yapılan başka bir araştırmada ise çocukların önemli bir kısmının dayak, saldırı, cinsel ve fiziksel istismara uğradıkları saptanmıştır (Türkmen vd., 2004). Erbaş ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları araştırmada sokakta çalışan çocuklardan annesi olmayanların depresyon ve yalnızlık seviyelerinin annesi olanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada babası hayatta olmayan çocukların yalnızlık ve depresyon düzeylerinin de babası olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm bu araştırmalara bakıldığında sokakta yaşayan çocukların yaşadıkları sorunların ne denli önemli olduğu görülmektedir.

Sokakta Yaşayan Çocuklara İlişkin Hemşirelik Yaklaşımı

Sokakta yaşayan çocuk sorunu hakkında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Mahalli idareler (il özel idareleri ve belediyeler) ve valilik gibi kurumlara birçok sorumluluk düşse de, bu çocukların yaşadıkları sorunlara çözüm önerileri getirme ve bu çocukların farkına varılması için birçok disipline de iş düşmektedir. Bu disiplinlerden biri de hemşireliktir. Özellikle pediatri hemşirelerine büyük sorumluluk düşmektedir. Çünkü pediatri hemşireleri çocukları; anatomik, fizyolojik, ruhsal, sosyal ve bilişsel yönden en iyi tanıyan meslek grubu olduğu gibi bakım verici, tedavi edici, danışmanlık, savunuculuk ve eğitici rollerini bir arada bulunduran bir meslek dalıdır. Öncelikle pediatri hemşireleri çocukları sokağa iten veya çeken nedenleri göz önünde bulundurarak yüksek riskli grupların belirlenmesinde rol almalıdır. Yüksek riskli grupların tespit edilmesi ve gerekli girişimlerin sağlanması ile çocukların sokaklarda

yaşamalarının önüne geçilmiş olunacaktır. Ayrıca sokakta yaşayan çocukların tespit edilip uygun bir şekilde koruma altına alınmaları ve yaşlarına uygun bakımlarının sağlanmasında da pediatri hemşireleri rol almalıdır. Pediatri hemşireleri çözüm getirici yasa ve politikaların üretilmesine yardımcı olmalı ve çelişkili yasaların açıklığa kavuşturulmasına öncülük etmelidir. Türkiye’de çocukları korumaya dair birçok yasa yer almakla birlikte bu yasaların çoğu zaman birbiri ile çeliştiği ve çocukları yeteri kadar koruyamadığı görülmektedir. Özellikle yaş sınırı sorunu ülkemiz için suistimal edilen ve çözümlenemeyen, duruma göre değişen ve çocukları yeterince korumayan bir sorundur. Evlilik, istihdam ve cezai durumlarda farklı yasal yaş sınırları bulunmaktadır. Oysaki çocuk hakları evrensel bildirgesi 18 yaşın altındaki her bireyi çocuk olarak kabul etmektedir. Ancak ülkemizde 18 yaş altı aynı kapsamda ele alınmamaktadır. Türk Medeni Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu ve Türk Ceza Kanunu’nun evlilik yaş sınırları farklıdır. Ülkemizde normal evlilik yaşı 17, mahkeme kararıyla evlilik yaşı 16, cinsel ilişkiye rıza gösterme yaşı ise 15’tir (Özcebe ve Küçük Biçer, 2013; <https://www2.tbmm.gov.tr>). Türkiye’de yasa ve politikalar yaş sınırlarını doğru şekilde uyguluyor görünse de, 15-17 yaş grubunda bulunan kişilerin çocuk olup olmadıklarına ilişkin bir netlik olmadığı görülmektedir. İş yasası ve adalet sistemi 15 yaş altı çocuk ile 15 yaşından büyük olan çocuk arasında ayırım yapmaktadır. Ülkemizde asgari ceza ehliyeti yaşı 12 iken “Uluslararası Çocuk Kaçırmanın Hukuki Yönleri ve Kapsamı Yasası ve Ceza Kanunu” da sadece 16 yaşından küçük çocuklarla ilgili kaçırma olaylarını cezalandırmaktadır (<https://abdigm.meb.gov.tr>). Bu doğrultuda görülmektedir ki öncelikle çocukları koruyabilmek için çelişkili olmayan yasaların kabul edilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda pediatri hemşireleri de öncülük etmelidir. Pediatri hemşireleri sokakta yaşayan çocuklara yönelik hizmet modelini bilmeli ve uygun yönlendirmeleri yapabilmelidir. Sokakta yaşayan çocuklara yönelik hizmet modeli gününün tamamını sokakta geçiren veya sokakta çalıştırılan, istismarın her türüne karşı açık olan ve sokaklarda madde kullanan çocukların sokaklardan çekilerek bu çocukların yaşlarına uygun olan eğitim sürecine yönlendirilmesini, madde bağımlılığı tedavilerinin yapılmasını, beslenme, giyim, sağlık, barınma vb. tüm ihtiyaçlarının karşılanmasını içermektedir. Modele göre ilk olarak sokakta yaşayan çocukların tespitinden sonra bu çocuklar yeni yaşamlarına ve kapalı barınma alanlarına uyum sağlama açısından “ilk adım istasyonları”na alınmaktadırlar. Bu hizmetten yararlanmak istemeyen, tekrar sokağa dönmek ve madde kullanımına devam etmek isteyen çocukların ise korunma altına alınması ve ikna edilmesi amacıyla “barınağa” yönlendirilmesi gerekmektedir. Uyum sürecini tamamlayan çocuklar “Tıbbi Tedavi Merkezi”ne, tıbbi tedavisi tamamlanan çocuklar ise “Tıbbi Rehabilitasyon Merkezi”ne sevk edilmektedir. Tıbbi rehabilitasyonu da gerçekleşen çocuklar “Sosyal Rehabilitasyon Merkezi”ne teslim edilmektedir. Herhangi bir madde kullanımı olmayan ve uyum sürecini tamamlayan çocuklar ise direkt olarak “Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri”ne sevk edilmektedir. Bu merkezlerde çocuklara; sorumluluk kazandırılması, örgün veya mesleki eğitime devam etmelerini sağlamak amaçlanmaktadır. Tüm bu süreçleri tamamlayan çocuklar mümkünse aile yanına verilmektedir. Aile yanına verilemeyen çocuklar ise devlet kurumlarında yaşamlarına devam etmektedir. Pediatri hemşireleri de tüm bu süreçleri bilerek uygun desteği vermelidir (Acar, 2010).

Pediatri hemşireleri sokakta yaşayan çocukların yaşayabileceği riskleri iyi bilmeli, bunlara yönelik multidisipliner ekip içinde yer alarak ilgili politikaların ve koruma müdahalelerinin yapılmasının sağlanmasına katkıda bulunmalıdır. Hemşireler sokakta yaşayan çocukların toplumsal bir konu olduğunu hatırlatmalı, bu konuda gerekli araştırma ve eğitimler yapmalıdır. Sokakta yaşayan çocuk konusunda özellikle pediatri hemşireleri iyi bir gözlemci olmalı ve ayrıca yüksek riskli aile gruplarını belirleyerek gerekli önlemlerin alınması konusunda müdahalelerde bulunmalıdır. Özellikle yoksulluğun, ailede çok sayıda çocuk olmasından kaynaklı olduğu durumlardan dolayı çocukların sokağa itildikleri düşünüldüğünde aile planlamasının da bu konuda önem arz ettiği görülmektedir. Ailelere bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için hemşirelerin aile planlaması eğitimleri yapması önemlidir. Pediatri hemşireleri her zaman çocukların yararına olan düzenleme ve yasaları takip ederek gerekli desteklerde bulunmalıdır. Son zamanlarda çocuk dostu kentler ile kentlerin dünyadaki çocuklar için güvenli bir yer olmasının sağlanması konusunda projeler gerçekleştirilmektedir. Bu doğrultuda çocuk dostu kentlerin oluşmasında hemşireler de öncülük etmelidir. Pediatri hemşirelerinin yapması gereken en önemli şey ise Çocuk Hakları Sözleşmesi’ni temel alarak, çocuklara daha iyi hayat şartlarının sağlanması ile risk altında bulunan çocukların sorunlarına çözüm getirecek girişimlerin yapılması ve gerekli önlemlerin alınmasında rol almaktır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sokakta yaşayan çocuk gerçeği ülkemizde ve dünyada halen devam etmektedir. Bu çocuklar sokaklarda ciddi tehlikeler ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Literatür incelendiğinde bu çocukların birçok sorunla karşılaştığı görülmektedir. Farklı yaş gruplarındaki çocukların sokaklarda karşılaştıkları tehlikeler de farklı olmakta ve her yaş grubu bu durumdan farklı şekilde etkilenmektedir. Bu çocuklar her ne kadar “sokak çocukları” adı altında etiketlenirse de unutulmamalıdır ki sokak çocuğu diye bir şey yoktur. Nitekim çocukları sokağa iten yetişkinlerdir. Dolayısıyla bu konuda birçok kuruma ve disipline sorumluluk düşmektedir. Pediatri hemşireleri de çocukları en iyi tanıyan meslek dallarından biri olduğu için bu konuda gerekli önlemlerin alınması ve gerekli girişimlerin yapılmasında öncülük etmelidir.

Finansal Destek

Finansal destek yoktur.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Tasarım/Design: B.Ç., Literatür tarama/Literature search: B.Ç., Yazma/Writing: B.Ç., İ.K.

KAYNAKLAR

- Dünya çocuk karnesi. 2018. https://insamer.com/tr/2018-dunyanin-cocuk-karnesi_1490.html Erişim tarihi: 16.09.2021.
- Acar, H. (2010). Sokakta yaşayan ve/veya çalıştırılan çocuklara yönelik hizmet modelinin ve il eylem planlarının değerlendirilmesi raporu. <file:///C:/Users/HP/Downloads/shcek-kitap.pdf>
- Alptekin, K. (2011). Sokakta çalışan çocuklar ve aileleri: Düzce Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(1), 25-48. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/48450/613697>
- Babaroğlu, A. (2014). Çocuk Psikolojisi ve Ruh Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Bakırcıoğlu, R. (2015). Çocuk ve Ergende Ruh Sağlığı. 6. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Baysan Arabacı, L., & Taş, G. (2017). Çocuklarda suça sürükleyen faktörler, ruhsal problemler ve hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 110-117. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.88597>
- Bhukuth, A., & Ballet, J. (2015). Children of the street: Why are they in the street? How do they live? *Economics and Sociology*, 8(4), 134-148. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2015/8-4/10>
- Coşkun M. B., & Yolcu, T. (2016). Küreselleşen dünyada göç sorunları ve Türkiye'nin bölgesel rolü. II. Ortadoğu Konferansları: Ortadoğu'daki Çatışmalar Bağlamında Göç Sorunu, 28-29 Nisan, Kilis, Türkiye 93-101.
- Çınar, N., & Şahin, S. (2020). Anne ve çocuk sağlığı, ilk 1000 gün. Akademisyen Kitapevi. Ankara.
- Çoban, S. (2015). Türkiye'de risk altındaki çocuklar ve çocuk suçluluğu üzerine bir değerlendirme. *Sosyoloji Konferansları*, 52(2), 791-810.
- Deniz, Ç., & Görak, G. (2018). Çocuklarda tuvalet eğitimi ve kullanılan yöntemler. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 4(1), 59-64. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.059>
- Erbaş, M.M., Karahan, T. F., & Uzun, T. (2020). Sokakta çalışan çocukların yalnızlık ve depresyon düzeylerinin ebeveyn durumları açısından incelenmesi: İstanbul örneği. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 233-249. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.643823>
- Erdim, L., & Ergün, A. (2016). Boşanmanın ebeveyn ve çocuk üzerindeki etkileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 78-84. <https://doi.org/10.17681/hsp.13621>
- Erdoğan, Ö. (2016). Sokakta çalışan çocuklar sorunu. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 44, 11-43. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/abmyoder/issue/46666/585118>
- Güngör, M. (2008). Evrensel bir sorun olarak çocuk suçluluğu ve sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 25-43. <https://dergipark.org.tr/en/pub/adyusbd/issue/1402/16581>
- Gürhan, N., Erdoğan, G., & Seyran, F. (2020). Cinsel şiddet. *Meyad Akademi*, 1(1), 59-65. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1811706>
- Gürses, İ., & Kılavuz, M.A. (2011). Erikson'un psiko-sosyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 20(2), 153-166. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/143635>
- Hakim, A., & Kamruzzaman, M. (2015). Nutritional status of central Bangladesh street children. *American Journal of Food Science and Nutrition Research*, 2(5), 133-137. <file:///C:/Users/Fujitsu/Downloads/7440178.pdf>
- http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_kanun/sosyalhizmetler.pdf

<https://abdigm.meb.gov.tr/projeler/ois/egitim/032.pdf> Erişim tarihi 17.09.2021.

<https://www2.tbmm.gov.tr/d24/2/2-2005.pdf> Erişim tarihi 17.09.2021.

- Kızmaz, Z., & Bilgin, R. (2010). Sokakta çalışan/yaşayan çocuklar ve suç: Diyarbakır örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32), 269-311. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/6146/82515>
- Kömürçü, B., & Avşar Negiz, N. (2016). Kentsel bir sorun alanı olarak sokakta çalışan- çalıştırılan çocuklar: (Isparta Örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 971-994. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sduiibfd/issue/24697/261199>
- Manjengwa, J., Matema, C., Tirivanhu, D., & Tizora, R. (2016). Deprivation among children living and working on the streets of Harare. *Development Southern Africa*, 33(1), 53–66. <https://doi.org/10.1080/0376835x.2015.1115337>
- Okumuş, E. (2009). Sokak çocukları'nın sosyolojisi -Diyarbakır Örneği. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(4), 9-37. <https://dergipark.org.tr/en/pub/daad/issue/4500/61970>
- Ögel, K., & Yücel, H. (2005). Sokakta yaşayan ergenler ve sağlık durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 11-18. <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TkRZNU56UTA>
- Özcebe, H., & Küçük Biçer, B. (2013). Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu: Çocuk evlilikler. *Türk Pediatri Arsivi*, 48(02), 86-93. <https://doi.org/10.4274/tpa.1907>
- Pagare, D., Meena, G.S., Singh M.M., & Saha R. (2004). Risk factors of substance use among street children from Delhi. *Indian Pediatrics*, 41(3), 221-225. <http://www.indianpediatrics.net/mar2004/mar-221-225.htm>
- Senaratna, B. C. V., & Wijewardana, B. V., N. (2012). Risk behaviour of street children in Colombo. *Ceylon Medical Journal*, 57(3), 106–111. <https://cmj.sljol.info/articles/abstract/10.4038/cmj.v57i3.4047/>
- Sevinç, F.C., & Kutluca A. Y. (2019). Okul öncesi dönemde çocuğa sahip annelerin tuvalet eğitimi farkındalıklarının incelenmesi: Bir durum çalışması. *Academy Journal of Educational Sciences*, 3(1), 64-83. <https://doi.org/10.31805/acjes.568175>
- Subaşı, N. G., & Kazan, H. (2020). Çocukluk dönemi bağlanma stillerinin yetişkin iletişimindeki etkisi. *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 10(2), 147-162. <https://dergipark.org.tr/en/pub/tojdoc/issue/53514/712536>
- Şahinöz, A., & Bütün Ayhan, A. (2020). Annelerin bebeklik döneminde gelişime ilişkin bilgi ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14, 249-257. <https://doi.org/10.12956/tchd.571468>
- Şener, S. & Serdar, M. (2015). “Sokak çocukları” problemi ve bu probleme yönelik uygulanan politikalar (Türkiye – Hindistan Örneği). *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (45), 104-117. <https://dergipark.org.tr/en/pub/dpusbe/issue/4787/66066>
- Tuncel, M., & Senemoğlu, N. (2018). Türkiye ve Almanya’da sokak çocuklarına uygulanan eğitim programlarının karşılaştırılması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(1), 543-568. <https://doi.org/10.17240/aibuefd.2018..-364933>
- Türkmen, M., Okyay, P., Ata, Ö., Okuyanoğlu, S. (2004). A descriptive study on street children living in a southern city of Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 46, 131-136. file:///C:/Users/Fujitsu/Downloads/A_descriptive_study_on_street_children_living_in_a.pdf
- Yiğit, R. (2020). Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Yayınevi.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of children living on the street is a problem that is still seen in our country and in the world and has not been completely resolved. There are many difficulties in determining the data of children living on the streets. Because the places where these children live are constantly changing. These children are looking for suitable places where they can warm up especially in winter. In addition, it is seen that these children are in different places not only according to the season but also during the day (Erbaş et al., 2020). According to the 2018 World Child Scorecard, it is stated that the number of children living on the streets is 150 million. However, the exact number of children living on the streets, abducted or conscripted into the military could not be determined in this report, and the number of children living on the streets is estimated to be over 400 million. It is stated that the top five countries with the highest number of orphans in the world are India, China, Nigeria, Bangladesh and Ethiopia, respectively (2018 World Child Report Card). Considering the statistics of children living on the street, the lack of sufficient data should not make the problem invisible. Uncertainties about these children raise further concerns. Therefore, in the light of all this information, this study was planned on the problems they experience and how appropriate nursing approaches should be in order to raise awareness about children living on the street, which is in the high-risk group category.

Method: This study was conducted as a review type in order to raise awareness about children living on the street and to determine the roles and responsibilities of nurses in this regard. In the study, first of all, information was given about the concept of children living on the street, the reasons that push and attract children to the street were specified, the effect of living on the street according to age periods was explained, and lastly, nursing approaches were presented.

Results: Among the reasons that push children to the streets; children who use alcohol and drugs, have serious illnesses, have mental problems and have adolescent parents, have broken or single-parent family children, have parents who commit crimes, have domestic neglect and abuse, cannot receive attention, love, affection from their families, are not safe with their families lack of attachment, being exposed to violence in the family, orphan children who experience disharmony in the dormitory or kindergarten seeking escape, being forced to work by their families and being driven to crime, migration, natural disasters, culture and terrorism. However, poverty, high number of children in the family, parental unemployment and lack of education are the main reasons that push children to the streets. The effect of the media on children, the attractiveness of playing games in the arcades without a supervisor, the fact that people feel compassion and benevolence to the children on the streets and provide financial assistance in this direction, the desire of children who do not get along with their families and exhibit antisocial behavior to enjoy freedom on the street, being addicted to drugs, the effect of friend groups and the pursuit of adventure is among the reasons that attract children to the streets.

Pediatric nurses should take a role in determining high-risk groups by considering the reasons that push or pull children out. By identifying high-risk groups and providing the necessary initiatives, children will be prevented from living on the streets. In addition, pediatric nurses should play a role in identifying and protecting children living on the street and providing age-appropriate care. Pediatric nurses should assist in the production of remedial laws and policies and lead the clarification of conflicting laws. Although there are many laws regarding the protection of children in Turkey, it is seen that these laws often contradict each other and do not protect children adequately. In particular, the age limit problem is a problem that is abused and unresolved for our country, changes according to the situation and does not adequately protect children. There are different legal age limits in marriage, employment and criminal cases. However, the universal declaration of the rights of the child considers every individual under the age of 18 as a child. Non-contradictory laws need to be passed to protect children. In this direction, pediatric nurses should also lead. Pediatric nurses should know the service model for children living on the street and should be able to make appropriate referrals. They should be well aware of the risks that children living on the street may face, and contribute to ensuring that relevant policies and protection interventions are made by taking part in a multidisciplinary team for these. Nurses should remind that this issue is a social issue and should do necessary research and training. Pediatric nurses, in particular, should be good observers about children living on the street, and they should also intervene in taking necessary precautions by identifying high-risk family groups. It is seen that family planning is also important in this regard, especially when it is considered that children are pushed to the streets due to poverty and the fact that there are many children in the family. It is important for nurses to have family planning trainings so that families can have a number of children they can take care of. Pediatric nurses should always provide the necessary support by following the regulations and laws that are in the interest of children.

Conclusion and Suggestions: Pediatric nurses know children very well in terms of anatomical, physiological, spiritual, social and cognitive aspects and they have caring, therapeutic, counseling, advocacy and educational roles together. Pediatric nurses can predict what problems these children may experience and what effects these problems will have on children in the future. In this direction, pediatric nurses should cooperate with other fields of nursing to help produce laws and policies that will solve this problem and lead the clarification of conflicting laws.