



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**HEMŞİRELERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI VE
UMUT DÜZEYLERİNİN DOĞURGANLIK
MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

İbrahim BAYKAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR - HAZİRAN / 2022



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

**HEMŞİRELERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI VE
UMUT DÜZEYLERİNİN DOĞURGANLIK
MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

İbrahim BAYKAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

KIRŞEHİR - HAZİRAN / 2022

KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programına kayıtlı öğrencimiz İbrahim BAYKAL tarafından hazırlanmış olan “Hemşirelerin Sosyal Destek Algıları ve Umut Düzeylerinin Doğurganlık Motivasyonuna Etkisi” başlıklı tez çalışması **23.06.2022** tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda “**BAŞARILI**” bulunarak jürimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi

(Başkan)

Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin CEYHAN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Üye)

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

İbrahim BAYKAL



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, bilgisi ve deneyimiyle bana rehberlik yapıp yoluma ışık tutan kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ başta olmak üzere,

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran Hemşirelik Anabilim Dalı'nın saygıdeğer hocalarına,

Tezimin istatistiksel analiz sürecinde destek olan saygıdeğer arkadaşım Başak ÇELİKDEMİR'e,

Beni büyük bir özveri ile yetiştiren ve koşulsuz desteklerini her zaman hissettiğim annem ve babam başta olmak üzere tüm aileme,

Evlendiğimiz ilk günden bu yana beni her zaman destekleyen, yanımda olan, beraber çok güzel anılar biriktirdiğim sevgili eşim Atike Gamze BAYKAL'a,

Bir çocuğun örnek alacağı kişi olarak gördüğüm baba figürünü sayesinde tamamladığım, varlığından dolayı canım oğlum Kerem BAYKAL'a,

Teşekkür ederim.

İbrahim BAYKAL

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	vii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
SUMMARY.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sosyal Destek Algısı.....	4
2.1.1. Sosyal Destek Sistemi.....	4
2.1.2. Sosyal Destek ve Sağlık.....	5
2.1.3. Sosyal Destek ve Hemşirelik	6
2.2. Umut Kavramı	8
2.2.1. Charles Richard Snyder’ın Umut Modeli	8
2.2.1.1. Alternatif Yollar Düşüncesi	9
2.2.2.2. Eyleyici Düşünce.....	9
2.2.2. Umutlu İnsanın Özellikleri	9
2.2.4. Umut Kavramı ve Hemşirelik.....	11
2.3. Doğurganlık Kavramı ve Doğurganlık Yenilenme Düzeyi.....	13
2.3.1. Dünyada ve Türkiye’de Doğurganlık Hızı	13
2.3.2. Türkiye’de Doğurganlığı Etkileyen Faktörler	14
2.3.2.1 Eğitim	15
2.3.2.2. Gelir Düzeyi	15
2.3.2.3. Sanayileşme.....	16
2.3.2.4. Kentleşme.....	16
2.3.2.5. İşgücüne Katılma ve İşsizlik	16
2.3.3. Doğurganlık Motivasyonu (Arzusu).....	17
2.3.4. Doğurganlık ve Hemşirelik.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırma Şekli	21

3.2. Evren ve Örneklem.....	21
3.3. Veri Toplama Süreci.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları.....	21
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	22
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	22
3.4.3. Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ).....	22
3.4.4. Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği.....	23
3.5. Veri Analizi	23
3.6. Araştırmanın sınırlılıkları	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR	48
EKLER.....	62

TABLO LİSTESİ

Tablo 4. 1: Ölçek toplamlarının tanımlayıcı istatistikleri.....	25
Tablo 4. 2: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 4. 3: Hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	27
Tablo 4. 4: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 4. 5: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 4. 6: Hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 4. 7: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 4. 8: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇSOMÖ'nün alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 4. 9: Hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 4. 10: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
Tablo 4. 11: ÇBASDÖ, SUÖ ve ÇSOMÖ ölçeklerinin arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4. 12: ÇBASDÖ ve SUÖ'nün Olumlu ÇSOMÖ'ne etkisine ilişkin regresyon analizi ..	35

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SUÖ: Sürekli Umut Ölçeği

ÇSOMÖ: Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği

Min: Minimum

Maks: Maksimum



ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ HEMŞİRELERİN SOSYAL DESTEK ALGILARI VE UMUT DÜZEYLERİNİN DOĞURGANLIK MOTİVASTONUNA ETKİSİ

İbrahim BAYKAL

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

Hemşirelik mesleği; stresli, yoğun vardiya usulü çalışan ve tatil kavramı diğer mesleklerle göre farklılaşan bir meslek grubudur. Çalışma ortamı, koşulları ve şekli nedeniyle çocuk bakımıyla ilgili sorunlar oluşabilmekte, sosyal desteğe ihtiyaçları artmakta ve bu durumun doğurganlık motivasyonlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Tanımlayıcı ve analitik tipteki bu araştırma ile hemşirelerin sosyal destek algıları, umut düzeyleri ve doğurganlık motivasyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 396 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 216 hemşire, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma öncesinde Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler ve Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni alınmıştır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği (ÇSOMÖ) ile yüz yüze olarak Şubat-Mart 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler SPSS 25 paket programı ile analiz edilmiş, verilerin sunulmasında tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle incelenmiş, normal dağılım gösterdiği bulunmuş ve analizlerde Bağımsız T testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson Korelasyon testleri, Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ve ileri analizler için Post-Hoc analizler yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %69'u kadın, %33,8'i 20-25 yaş aralığında, %54,6'sı evli, %72,7'si lisans mezunu, %65,7'sinin geliri giderine eşittir. Hemşirelerin %98,1'inin annesi sağ, %53,8'i farklı illerde ikamet ediyor ve %64,6'sı annesi ile yakın ilişki içinde olduğu, %86,1'inin babası sağ iken, %59,1'i babasıyla aynı şehirde yaşadığı, %59,6'sı babası ile yakın ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yılına bakıldığında %28,7'si 16 yıl ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ÇBASDÖ ölçek toplam puan ortalaması 70,01±13,61,

SUÖ ölçek toplam puan ortalaması $51,65 \pm 7,93$, Olumlu ÇSOMÖ alt ölçek toplam puan ortalaması $79,11 \pm 20,55$, Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçek toplam puan ortalaması $39,71 \pm 15,24$ 'tür. Hemşirelerin ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puan ortalamalarında medeni durum, eşin çalışma durumu ve ebeveynlerle ilişki biçiminin; SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puan ortalamalarında yaş ve ekonomik durumun; ÇSOMÖ alt ölçekleri olan Olumlu ÇSOMÖ alt ölçeğinde cinsiyet ve eşin mesleğinin, Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeğinde ise cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve eşin çalışma durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). ÇBASDÖ ile SUÖ arasında düşük düzeyde ($r = ,287$), ÇBASDÖ ile Olumlu ÇSOMÖ arasında düşük düzeyde ($r = ,264$) pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). ÇBASDÖ değişkeninin Olumlu ÇSOMÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır ($t = 3,833$, $p < ,05$). ÇBASDÖ değişkenindeki bir birimlik artış, Olumlu ÇSOMÖ üzerinde $0,399$ 'luk artışa sebep olmaktadır ($\beta = ,399$). Olumlu ÇSOMÖ üzerindeki değişimin %7'sini açıkladığı görülmektedir ($R^2 = ,070$). Araştırma bulgularına göre hemşirelerin sosyal destek algıları, umut düzeyleri ve çocuk doğurma motivasyonlarının birbirini düşük düzeyde etkilediği söylenebilir ve ileri düzey araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Haziran 2022, 85 Sayfa.

Anahtar Kelimeler: Doğurganlık motivasyonu, hemşire, sosyal destek, umut.

SUMMARY

M. Sc. THESIS

THE EFFECT OF NURSES SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS AND HOPE LEVELS ON FERTILITY MOTIVATION

İbrahim BAYKAL

Kırşehir Ahi Evran University Health Sciences Institute

Department of Nursing Master of Child Health And Disease Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Hilal SEKİ ÖZ

The nursing profession; It is a group of occupations that work stressful, busy shifts and the concept of vacation differs from other occupations. Due to the working environment, conditions and form, problems with child care may occur, their need for social support increases and it is thought that this situation may affect fertility motivations. With this descriptive and analytical study, it was aimed to examine nurses' perceptions of social support, hope levels and fertility motivations. The population of the research of 396 nurses working in a training and research hospital. 216 nurses who agreed to participate in the study voluntarily formed the sample of the study. Before the study, necessary permissions were obtained from the Kırşehir Training and Research Hospital Chief Physician and Kırşehir Provincial Health Directorate, and the ethics committee permission from the Kırşehir Ahi Evran University Non-Interventional Ethics Committee. The data were collected face-to-face with the Introductory Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Dispositional Hope Scale (DHS) and Childbearing Motivations Scale (CMS) between February and March 2021. The data were analyzed with the SPSS 25 package program and descriptive statistics were used in presenting the data. The conformity of the data to the normal distribution was examined with the values of kurtosis and skewness, it was found that it showed normal distribution, and the Independent T test, One-Way Analysis of Variance, Pearson Correlation tests, Multiple Linear Regression analysis and Post-Hoc analyzes were performed for further analysis. Of the nurses included in the research, 69% are women, 33,8% are between the ages of 20-25, 54,6% are married, 72,7% are undergraduate graduates, and 65,7% have income equal to their expenses. The mothers of 98,1% of the nurses are alive, 53,8% of them live in different provinces, 64,6% of them have a close relationship with their mother, 86,1% of them have a alive father, 59,1% It was determined that he lived in the same city with his father, and 59,6% had a close relationship with his father. Looking at the working years of the nurses participating in the study, it was found that

28,7% of them were 16 years or more. Nurses' mean MSPSS scale total score average is $70,01 \pm 13,61$, DHS scale total score average is $51,65 \pm 7,93$, Positive CMS subscale mean total score is $79,11 \pm 20,55$, Negative CMS mean total score is $39,71 \pm 15,24$. Marital status, working status of spouse and relationship with parents in nurses' MSPSS subscale and scale total score averages; Age and economic status in the STS subscale and scale total score averages; It was determined that there was a statistically significant difference between the groups in terms of gender and occupation in the Positive CMS subscale, and gender, marital status, education level, and employment status of the spouse in the Negative CMS subscale ($p < ,05$). It was found that there was a low level ($r = ,287$) positive correlation between MSPSS and DHS, and a low level ($r = ,264$) positive correlation between MSPSS and Positive MHCS ($p < ,05$). It was determined that the MSPSS variable had a statistically significant effect on Positive MHCS ($t = 3,833$, $p < ,05$). A one-unit increase in MSPSS variable causes a ,399 increase in Positive CMS ($\beta = ,399$). It is seen that 7% of the change in positive CMS was explained ($R^2 = ,070$). According to the research findings, it can be said that nurses' social support perceptions, hope levels and childbearing motivations affect each other at a low level and it is recommended to conduct advanced studies.

June 2022, 85 Pages.

Keywords: Fertility motivation, hope, nurse, social support.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik mesleği insanoğlunun bakım gereksinimi ile doğmuş, insanlık tarihi kadar köklü ve sağlık sisteminde vazgeçilmez bir meslektir. Geçmişten günümüze hemşirelerin çalışma koşulları değişse de doğum ile yaşam arasında her ana dokunan bu mesleğin pek çok alanda yaşadığı sorunlar değişmemiştir. Hemşirelerin aralıksız bakım sunması ile yoğun iş yükü, vardiyalı çalışma saatleri ve standart tatil günlerine sahip olmaması gibi durumlar rol çatışmalarına, öz bakım eksikliğine, düşük benlik saygısına, aile içi çatışmalara ve tükenmişliğe kadar gidebilen ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (1). Yaşanan bu zorlukların özellikle hastanede çalışan hemşirelerde daha yoğun olduğu, hastane içinde çalışılan birimlere göre de farklılaştığı görülmektedir (2). Hemşireler, çalışma ortamından kaynaklanan yoğun iş yükü ve stres nedeniyle kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını ihmal edebilmekte, kişisel gelişim, dinlenme ve hobileri gibi sosyal aktivitelere vakit ayırmakta veya sosyal yaşama uyum sağlamakta güçlük çekebilmektedirler (3). Özellikle evli ve çocukları olan hemşirelerin aile içi rollerinin artması hem iş yaşamına hem de sosyal yaşamına yetebilmesini güçleştirmekte ve sosyal destek ihtiyaçlarını artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin artan sorumlulukları nedeniyle sosyal desteğe gereksinim duydukları, bu desteği alamadıklarında ruhsal sorunlar ve duygusal tükenme yaşayabilecekleri ortaya konmuş ve hemşireler için sosyal destek kavramının önemi ifade edilmiştir (4-6).

Sosyal destek kavramı kişinin çevresinde yer alan, ona ihtiyaç duyan ve yarar sağlayan bireyler tarafından önemsenmesi, sevilmesi ve desteklenmesi olup, kişinin yaşam içinde karşılaştığı durumlarda alacağı kararları, vereceği tepkileri ve baş etme becerilerini etkiler (7). Özellikle zorlu durumlarla baş etmede sosyal destek sistemi etkin bir rol oynamakta, bireylerin stresörler karşısında güçlü durmasını ve adaptif olarak baş etmesini kolaylaştırmaktadır (8). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlığı koruyucu etkiye sahip olduğu belirtilmiş, bireyin aile ve arkadaş çevresi arasında oluşan sosyal ilişkilerinin destekleyici düzeyinin bireyin algıladığı destek sistemini oluşturduğu bildirilmiştir (9-11). Hemşirelik gibi zorlu çalışma koşullarına sahip olan, standart bir çalışma takvimi olmayan ve mesai saatleri içinde pek çok olumsuz duygu yoğunluğu yaşayan bir meslekte sosyal destek sistemi daha da önem kazanmaktadır. Hemşirelerin öğrencilik

döneminden itibaren sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu, sosyal destek sistemi güçlü olan öğrencilerin karşıladıkları stresli olaylarla daha etkili baş ettikleri ve daha az öfke yaşadıkları belirlenmiştir (12). Sosyal desteğin artması ile hemşirelerin yaşadıkları iş stresi ve çatışmaların iş performansı üzerindeki olumsuz etkisinin hafiflediği, kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarına olumlu etkisi kadar mesleki yeteneklerini tam olarak kullanmasına ve hastalara sunulan bakım kalitesinin artmasına da katkı sağladığı bildirilmektedir (13). Dil ve Girgin (2016) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise sosyal destek düzeyi yüksek olan öğrencilerin ruhsal açıdan daha sağlıklı olduğu ve sosyal destek sisteminin pozitif psikolojinin önemli kavramlarından biri olan umut düzeyi ile ilişki olduğu bildirilmiştir (12).

Umut, insanın bir amaca sahip olmasını sağlayan, onu hayata bağlayan, iyilik halini destekleyen ve geleceğe dair olumlu bir bakış açısına sahip olmayı içeren bir kavramdır. (14, 15). Hemşireler içinse umut manevi bakım içinde yer alan, yaşam sonuna kadar korunması ve desteklemesi gereken bir kavramdır. Başka bir deyişle hemşirelerin bakım sunduğu bireylerin gerçekçi bir şekilde umudunu korumada sorumlulukları bulunurken, aynı zamanda kişisel olarak da umutlu olmaları gerekir. Umut kavramıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında umut düzeyinin bireylerin motivasyon düzeyi (16), fiziksel ve ruhsal sağlığı (17), öz-yeterliliği (18), iyi oluş düzeyi (19), yaşam kalitesi ve yaşam doyumu (20) üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Umudu yüksek olan hemşirelerin yaşam içinde gerçekçi beklentilere sahip olması, karşılaşılan engeller karşısında motivasyonunu koruması ve mücadele ederek yaşam amaçlarına ulaşması mümkün olmaktadır (21). Umutlu olmak bireylerin yaşama olan bağımlı artırır, iyi bir okulda okuma, iyi bir meslek sahibi olma, evlilik, çocuk sahibi olma gibi konularda geleceğe yönelik planlamalar yapması için iç motivasyonu ve olumlu gelecek algısını güçlendirir (22).

Çocuk sahibi olma isteği, doğurganlık düzeylerini belirleyen ve toplumun devamlılığını sağlayan kritik öneme sahip bir istektir. Avrupa'da doğum oranlarının düşmesi ve ilk doğumun daha ileri yaşlara ertelenmesi giderek arttığı için sosyal sürdürülebilirlik ve üreme oranları bu eğilimden önemli ölçüde etkilenmektedir (23). Üreme oranlarının düşmesine doğum kontrolü yöntemlerinin artması ve yaygınlaşması, kadınların eğitim düzeylerinin artması, kadınların iş hayatına katılması, üremeyi destekleyen aile politikalarının yetersizliği ve ekonomik belirsizlikler rol oynamaktadır (24). Bu nedenlere ek olarak bireylerin doğurganlık motivasyonu da üreme oranları üzerinde etkili olan bir diğer noktadır. Çocuk doğurma motivasyonu olarak bilinen üremeye karar verme süreci bireysel bir süreç olup, kişinin çocuk doğurmaya olumlu veya olumsuz eğilimlerini ifade eder (25). Bu eğilimin

ortaya çıkmasında kişisel özellikler kadar, çalışma durumu, ekonomik durumu, eğitim düzeyi, sahip olunan meslek, sosyal destek sistemi ve kişilerinin geleceğe yönelik bakış açıları da etkili olmaktadır. Hemşirelerin daha önce de bahsedilen vardiyalı çalışma sistemi, çalışma takvimindeki düzensizlik, standart olmayan tatil günleri düzenli bir yaşam kurmayı güçleştirmekte, sosyal destek ihtiyacını artırmakta ve çocuk doğurma motivasyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması, emzirme gibi fiziksel zorunluluklar ve cinsiyet rolleri nedeniyle çocuk bakımında daha çok sorumluluk almaları da çocuk doğurma motivasyonlarını azaltabilir. Ek olarak çalışma ortamında doğumdan ölüme kadar her anı kapsayan süreçlere eşlik eden hemşirelerin yaşanan kayıplara şahit olmaları ile umut düzeyleri de olumsuz etkilenebilir. Alanyazın incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin sosyal destek algıları, umut düzeylerine ve doğurganlık motivasyonlarına yönelik bazı çalışmalar olsa da hemşirelere yönelik çalışmaların yeterli olmadığı görülmüştür. Bu nedenlerle hemşirelerin sosyal destek algıları, umut düzeyleri ve doğurganlık motivasyonlarının incelenmesi önem kazanmıştır. Bu sayede hem ülkesel boyutta doğurganlıkla ilgili stratejilerin ve politikaların oluşturulmasında hem de doğurganlık motivasyonunun anlaşılmasına katkı sağlayacak bilgiler elde edilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Tanımlayıcı ve analitik tipteki bu araştırma ile hemşirelerin sosyal destek algıları, umut düzeyleri ve doğurganlık motivasyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sosyal destek algılarında farklılık var mıdır?
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre umut düzeylerinde farklılık var mıdır?
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre olumlu/olumsuz doğurganlık motivasyonlarında farklılık var mıdır?
- Hemşirelerin sosyal destek düzeyleri ve umut düzeylerinin olumlu/olumsuz doğurganlık motivasyonlarına etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Destek Algısı

Sosyal destek kavramı, bireyin doğumundan ölümüne kadar olan süreçte sağlığının sürdürülmesi ve korunması için ona yarar sağlayan tüm kişiler arası etkileşimleri içerir (26, 27). Sosyal destek kavramıyla ilgili birçok farklı görüş ve tanımlamalar mevcuttur. Cobb (1995) sosyal desteği, bireylerin çevresindeki kişiler tarafından önemsendiğinin, sevildiğinin ve saygı duyulduğunun göstergesi olarak tanımlamıştır (7). İnsan doğası gereği çevresi ve içinde yaşadığı toplumla etkileşim halindedir (28). Sosyal destek insanın çevresinde bulunan, kişiye yarar sağlayan ve ihtiyacı olan bireyleri kapsamaktadır (29).

Sosyal destek kavramının temelinde kişiler arası ilişkilerin kalitesi bulunmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde karşılıklı güven, samimiyet ve kurulan bağın niteliği sosyal destek kavramını ortaya çıkarmaktadır (30). Kişiler arası ilişkilerde güven ve önemsemeye birlikte kişilerin ihtiyaç duyulduğu anda ulaşılabilir olması önemlidir (31). Thoits (1995) insanın stres etkenleriyle baş etmesini sağlayan psikososyal kaynakların bütünü sosyal destek olarak belirtmiştir (32). Bu görüşü destekleyen başka bir tanımlama sosyal desteği, stresle mücadelede bireyin ihtiyacı olan gücü etrafındaki insanlardan elde etmesi olarak ifade etmiştir (33-35).

Bireyin kendine verdiği değerler toplamı algılanan sosyal destektir. Bireylerin bir başkası tarafından değerli görüldüğü, önemsendiği, ihtiyacı olduğunda bu ihtiyacın karşılanacağını düşünmesi kişinin algıladığı sosyal desteğin gücünü ortaya koymaktadır (8). Algılanan sosyal destek bireylerin kalıcı karakteristik özelliklerinden değildir. Daha çok anlık duygu, tutum ve davranışlarından değişkenlik gösterebilmektedir. Algılanan sosyal desteğin artması bireylerin benlik saygısını artırmaktadır (36). İş yaşamında hissedilen sıkıntı, stres, tükenmişlik gibi negatif duyguların temelinde çalışan bireyin, yönetici ve çalışma arkadaşlarından beklediği sosyal desteği görememesi bulunmaktadır (37).

2.1.1. Sosyal Destek Sistemi

Sosyal destek sistemi, bireyin sağlığının korunmasına yardımcı olan ve gerektiğinde maddi ve manevi olarak yanında olunacağını hissettiren kişiler tarafından açığa çıkmaktadır (38). Sosyal destek sistemleri içinde maddi destek, duygusal destek ve bilişsel destek bulunmaktadır (8). İşsiz kalan bir bireyin bebeğinin bakımının başkaları tarafından üstlenilmesi maddi destek sistemi için bir örnektir (39). Kişinin sevgi, saygı, güven gibi

sosyal ihtiyaçlarının karşılanması ve bir topluluğa ait hissetmesinin sağlanması ise duygusal destek sistemiyle ilgilidir. Bu durum kişinin sosyal çevresi tarafından önemsendiğinin ve bu sosyal çevreye ait olduğunun göstergesidir. Duygusal desteğin en önemli özelliklerinden birisi kişiler arası güvendir. Kişinin çevresinde güveneceği yakınının olmaması, stresle baş etme düzeyini ve kendine verdiği değeri negatif yönde etkilemektedir (33, 40). Bilişsel destek sistemi, kişinin problemlerinin üzümünde ruhsal yardım sağlayan tüm değer yargılarını içermektedir. İşe yeni başlayan kişiye tecrübeli olan iş arkadaşlarının yardımcı olması veya ödevini yapamayan öğrenciye sınıf arkadaşları tarafından nasıl yapacağının anlatılması bilişsel desteğe örnek verilebilir. Birey çevresindeki kişilerin uyarılarıyla yaşadığı sorunların farkına varabilir. Bu durum olayların çok boyutlu ele alınması gerekliliğini açığa çıkarmaktadır. Örneğin, sınavda başarısız olan bir ocuk işten gelen babasına sebepsiz yere bağırabilir. Bu duruma anlam veremeyen baba, çocuğun sınavda başarısız olduğunu anneden öğrenebilir. Böylece anne eşine olayı aktardığı için babanın stres düzeyini azaltabilir (34, 40).

2.1.2. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal destek fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasında önemli bir destek sistemidir. Sosyal destek düzeyi yüksek olan birey kendini sağlıklı olarak ifade eder. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğe sahip kanser hastalarının daha az anksiyete ve ruhsal sıkıntı yaşadığı ve fiziksel olarak iyileşme sürecinin de olumlu olarak etkilendiği bildirilmektedir (41-43).

Bireyin hayatındaki zorluklarla ve bu zorlukların getirdiği negatif duygularla baş etmede sosyal destek önemli bir faktördür. Kişiler arası ilişkilerden alınan doyum arttıķa stresle baş etmenin de arttığı görülmüştür (44). Kişinin içinde bulunduğu zor durumlarda aile üyelerine ek olarak çevresindeki diğer insanların da destek sağlamasının kişide hem zihinsel olarak rahatlama sağladığı hem de fiziksel olarak iyileştirici etkiye sahip olduğu saptanmıştır (45).

Sosyal destek, insan sağlığıyla ilgili olarak algılanan sosyal bir değişkendir. İnsan sağlığını etkileyen stresörlerin bireyi hangi düzeyde etkileyeceği algılanan sosyal destek düzeyiyle ilgilidir (40). Sosyal destek, bireyin sağlığıyla yakından ilişkilidir. Sosyal desteğin fiziksel veya ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı veya seyrinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu tanımlanmıştır (8). Yüksek sosyal desteğin bireyde oluşabilecek stres faktörlerini engellediği veya içinde bulunduğu stresli durumlarla daha kolay baş etmesini sağladığı aktarılmıştır (46). Bir çalışmada depresyonlu bireylerin algılanan sosyal destek düzeyi arttıķa ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissettikleri belirtilmiştir (47). Eskin (1993) algıladıkları sosyal destek

düzeıı yüksek olan bireylerin intihar etme ihtimalinin düşük olduğunu ve kişiler arası ilişkilerinin daha doyumlu olduğunu belirtmiştir (48).

Yeni bir hastalık tanısı alma bireyler için istenmeyen, beklenmedik, acı ve zorlayıcı bir durum olarak yaşamlarında aniden yer alabilir. Bu durumlarla karşılaşıldığında profesyonel yardım arayışından önce eş, arkadaş ya da akrabaları gibi sosyal destek kaynaklarına başvurduğu saptanmıştır (44). Entellektüel yetersizliği olan ergen çocuk annelerinin sosyal destek düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ruhsal sağlık, stres ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (49). Koroner arter hastalığı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi araştırıldığında hastaların yaşam tarzındaki yenilikler, alınan sorumluluklar, egzersiz yapma durumları ve sosyal destek düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (50). Orr (2004) ise algılanan sosyal desteğin yüksek riskli gebe kadınların yaşadıkları olumsuzluklardan daha az etkilenmesinde ve gebelikten doyum almalarında çok etkili olduğunu saptamıştır (51).

Bireylerin ihtiyaç duyduğu sosyal destekle ilgili olarak kişinin yaşı, cinsiyeti, sosyo-kültürel özellikleri kadar içinde bulunduğu çalışma ortamının ve mesleğinin de etkili olduğu bilinmektedir. Hemşirelik gibi sağlık sektöründe yer alan, vardiyalı çalışan ve mesai-tatil kavramında sürekli değişiklik içeren mesleklerde artan sosyal destek ihtiyacı kaçınılmaz olarak ortaya çıkan bir durumdur. Hemşireler klinik uygulamaları sırasında birçok problemle karşılaşabilir ve etkin problem çözme becerilerinin olması gerekmektedir (52). Bu noktada algılanan sosyal destek düzeyinin önemi açığa çıkmaktadır. Hemşirelerin etkili bir problem çözme becerisine sahip olması, bakım sunarken bu beceriyi kullanabilmesi ve bakım verilen bireyin gereksinimlerinin belirlenmesinde örgütsel olarak sağlanan sosyal desteğin rolü çok büyüktür. Örgütsel sosyal desteğin sunulmasıyla birlikte hemşirelerin bakım kalitesinin %76 oranında yükseldiği, bireyin gereksinimlerinin belirlenmesinde ise %93 oranında bir artış olduğu bildirilmiştir (53). Örgütsel sosyal desteğe sahip hemşire yaşamındaki zorluklar karşısında da daha güçlü durabilir. Hemşire, ebeveyn olduğu zaman ek sorumlulukları ortaya çıkar. Çalışan bireyler çocuk bakımı sürecinde artan sorumluluklarıyla baş edebilmeleri için sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır.

2.1.3. Sosyal Destek ve Hemşirelik

Sosyal destek, kişilerin yaşamlarındaki stresörlerle baş etmesini sağlayan aile, iş hayatı gibi sosyal çevresini oluşturan kişilerden elde edilen güçtür. Kişinin herhangi bir olumsuzluk yaşadığı anda ailesi ve arkadaşları tarafından verilen sosyal destek oldukça önemlidir.

Algılanan sosyal desteği güçlü olan kişiler özgüveni yüksek, öz yeterliliği olan bireylere evrilirler. Sosyal destek sistemleri yetersiz olan kişiler ise problemlerle baş edemeyerek sürekli çevresiyle çatışan bireyler haline dönüşürler (54).

Hemşirelik, sağlığı korumaya, sürdürmeye, iyileştirmeye yönelik bilim ve sanatı birleştiren meslektir. Bakım sunulan bireylerin fiziksel ve ruhsal iyi oluş düzeylerini artırmak temel amaçlarındandır. Hemşirelik mesleği insana, topluma hizmet vermesinden dolayı sosyal, fiziksel, kültürel ve psikolojik açıdan birçok faktörden etkilenir (55). Hemşireler aile, sosyal arkadaş ve çalışma arkadaşlarından gelen kişisel veya mesleki destekle birlikte problemleri çözüme kavuşturma aşamasında zorluk çekmemektedirler (56). Bu tür sosyal kaynakların varlığı hemşireye; duygusal rahatlama, doğrudan yardım, yeni bakış açıları ve çeşitli farkındalıklar kazandırmaktadır. Böylece sosyal olarak desteklenen hemşire, cesaretli ve iyimser duygularla hasta bireylerle terapötik iletişime geçebilmektedir (56). Hemşirelik mesleğinin içinde bulunduğu çalışma koşulları, nöbet veya vardiya sistemi, bakım sunulan bireyin komplike sağlık sorunlarına sahip olması gibi durumlar hemşirelerin algıladıkları sosyal desteğin önemini artıran faktörlerdir. Karakurt ve Ekinci'nin (2015) yapmış oldukları çalışma incelendiğinde hemşirelerin algıladıkları sosyal desteğin problem çözme becerilerini etkilediği ve algılanan sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin de arttığı vurgulanmıştır (55).

Problem çözme becerisi yeterli olmayan kişilerin tükenmişlik seviyelerini artıran faktörler arasında bireysel dayanıklılık, çalışma koşulları ve algılanan sosyal destek düzeyi bulunmaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyi ile tükenmişlik düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (57). Aile desteğinin ve arkadaş desteğinin duygusal tükenme düzeyini önemli derecede azalttığı söylenebilir (58). Demir (2004) çalışmasında nöbet tutarak çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelere göre tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu durumu nöbet koşullarının olumsuzluğuna bağlamıştır. Aynı çalışmada tükenmişlik düzeyinin aile, arkadaş ve özel insandan gelebilecek sosyal destek ile azalabileceği belirtilmiştir (59). Öztürk ve ark. (2014) çalışmasında da algılanan sosyal destek düzeyinin hemşirelerin tükenmişliğini azalttığı belirtilmiştir (60). Hemşirelik mesleği ağır çalışma koşulları ve hizmet sunduğu grubun sıklıkla hasta bireylerden oluşması nedeniyle problemlerin yüksek olduğu bir meslek dalıdır. Hemşirelerin algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olmasıyla birlikte problemlerle başa çıkma becerileri artacaktır.

2.2. Umut Kavramı

Felsefeden psikolojiye, mitolojiden dinsel inançlara kadar birçok alanda sözü edilen ve hayatın her bölümünde var olan umut, ummaktan doğan güven duygusunu tarifler. Ummak ise; bir şeyin olması için beklemek, istemek, tahmin etmek olarak ifade edilmektedir. Başka bir tanımlamaya göre umut, insanın günlük yaşantılarına, geleceğine dair olumlu duygular beslemesini sağlayan, pozitif bakış açısını ve iyi oluşunu destekleyen, diğer insanlarla etkileşimini sağlayan dinamik bir güçtür (61). Bir çalışma umut kavramını, düşünme, eyleme, duygulanma ve ilişkilendirmenin etkilerini içeren bir tahmin süreci ve bireysel anlamda olumlu bir geleceğe sahip olmaya yönelme olarak açıklamıştır (62). Umut, olumlu duygulara sahip olmanın yanında yaşam doyumu duygusunu da etkilemektedir. Uzun ve Tezer'in (2008) çalışmasında, olumlu duygulara sahip olan bireylerin olumsuz duygulara sahip bireylere göre umut düzeyinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Umut ile birçok insan hayatındaki amaçlarını ve gelecek ile ilgili düşüncelerini yerine getirme gücüne sahip olmaktadır (63). İstek ve umut bireyin enerji seviyesini belirlerken, motivasyon düzeylerini de artırmaktadır (64). Yapılan çalışmalarda umut duygusunun hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı yerinde olan kişilerde daha yüksek düzeyde olduğu vurgulanırken, umut duygusunun yoksunluğunda anksiyete, depresyon gibi ruhsal problemlere neden olacağı saptanmıştır (65, 66).

Umutla ilgili önemli gözlemler ve değerlendirmelerde bulunan Frankl, II. Dünya Savaşında sırasında esir düşmüştür. Bu süreçte kendisiyle birlikte esir düşünleri gözlemlemiş, tutsakların zamanla kurtulma isteklerinin azaldığını ve bu doğrultuda ölümlerin arttığını vurgulamıştır. Bunun temel sebebini ise tutsakların umut düzeylerinin azalması olarak açıklamıştır. Geleceğe dair bir hedefi olan insanlar olumsuz hayat şartlarına rağmen daha güçlü bir şekilde hayatlarını sürdürebilmektedir (17). Herhangi bir hedefi ya da amacı olmayan bireyler hayattan beklentisi olmayan kişilere dönüşebilmekte, bu durum kişinin yaşama dair bağını etkilemektedir (67). Umut duygusu ile birlikte bireylerin karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmeleri kolaylaşacaktır (68).

2.2.1. Charles Richard Snyder'in Umut Modeli

Umut kavramını açıklayan modeller arasında Snyder'in duygusal ve bilişsel unsurları içine alan modeli yaygın olarak kullanılmaktadır (61). Snyder (2002a) umut kavramını "Kişiler hedefleri arzular, bu hedeflerini elde etmek için çeşitli yollar geliştirir ve devamlı bu hedefler doğrultusunda kabiliyetlerini kullanır." şeklinde açıklamıştır (18). Bu tanıma göre umut kavramının arzu edilen hedefleri elde etmek için çabalarırken, strateji üretme aşamasında

devreye girdiğini ifade etmiştir (69). Bilişsel bir analizi oluşturmak için kişiler bir amaç belirleyip, o amaca ulaşmada eyleyici ve alternatif yollar aracılığıyla stratejiler oluştururlar (70). Bu doğrultuda Snyder (2002b)'e göre umudun bileşenleri iki ana başlık altında incelenmektedir (22).

- 1- Alternatif yollar düşüncesi (Pathwaystinking)
- 2- Eyleyici düşünce (Agencythinking)

2.2.1.1. Alternatif Yollar Düşüncesi

Birey arzuladığı amaçları elde etmek için çeşitli yollar arama kapasitesi alternatif yollar düşüncesini ifade etmektedir (71). Alternatif yollar düşüncesi ile birey arzulanan amaca ulaşmada zorluklarla karşılaşılrsa da yeni çözüm alternatifleri oluşturulabilir, bu doğrultuda karşılaşılan zorluklar aşılar veya yeni yollar bulunarak amacın elde edilmesi mümkün olur (16, 19). Umut düzeyi yüksek olan bireylerin hayallerinin sınırı kendi zihinleri bağlantılıdır (71) ve bu bireyler yaşam amaçlarına ulaşmada diğer bireylere göre daha başarılıdır (72).

2.2.2.2. Eyleyici Düşünce

Eyleyici düşünce, bireylerin yaşam amaçlarına sahip olmak ve onları elde etmek için gereken gücü kendinde hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bireylerin yaşam deneyimlerinde ortaya çıkan değişikliklere karşı takındığı tavır ve davranışları da ifade etmektedir (73). Bireyleri etkileyen problemlerin çözülebilmesini sağlayan ve kişilerin amacına ulaşmasını kolaylaştıran güç, eyleyici düşüncedir (18, 22). Bu güçle birlikte birey hedefine ulaşma aşamalarında zihinsel ve ruhsal olarak yüksek düzeyde bir enerji içinde olacak ve hissedilen umutla inancını yitirmeyecektir (74). Bu sayede bireyler her türlü zorluk karşısında anında yanıt verebilir ve ortaya çıkan engelleri yönetebilir (75). Bireylerin zorluklarla mücadele etmeleri için gerekli olan enerji, umudun varlığıyla en üst seviyeye ulaşacaktır. Böylece amaca ulaşma aşamasında kişinin motivasyonu da korunacaktır (76).

2.2.2. Umumlu İnsanın Özellikleri

Umut, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumakla birlikte, günlük yaşamında karşısına çıkan zorluklarla baş etmesine de katkı sağlar. Bireyin karşılaştığı stresörlerin üstesinden gelebilmesi için önemli bir güç kaynağıdır (77). Benlik saygısının artırılması ve bireyin iyilik halinin devamlılığı için umudun önemi vurgulanmaktadır (22, 78).

Umut duygusunun bireylerin hastalık ve kayıp gibi olumsuzluklar karşısında iyileşme sürecini hızlandıran bir etkisi vardır (79). Her doğan güne umutla uyanmak, koşullar zor olsa da

mücadele gücünü artıran bir etkidir (80). Bireylerin geleceği umutlarıyla birlikte anlam kazanmakta ve hayata bağlanmalarını sağlamaktadır. Gelecek birey için daha güvenli hale gelmektedir (81). Bireyin sağlığı umut duygusunun varlığıyla ilişkilidir. Umutsuzluk duygusu kişinin aktif olmasını engellemekte ve toplumsal hayattaki zorluklarla baş etmesini olumsuz etkilemektedir (82).

Umut duygusuna sahip bireyler yaşam amaçlarına ve bu doğrultudaki hedeflerine uygun davranmaktadır. Yine bu bireyler çevresindeki insanlara da güven duymaktadır. Umutlu bireyler herhangi bir başarısızlık durumunda öncelikle sorumluluğu kendilerinde ararlar (83). Olumsuz olaylar karşısında, umutlu bireyler elinden geleni yapar ve sonucu beklemeye başlar. Bu yüzden umut sadece yersiz bir hayalden oluşmaz. Amacına ulaşmaya çalışan bireylerin umudu varsa, hedeflenen durum için çok daha fazla mücadele verirler (84). Olumsuzluklar karşısında umut duygusuna sahip olanlar daha cesaretli olup, sorunları algılama da çoğu zaman daha soğukkanlıdır. Umut düzeyi yüksek bireyler ruhsal durumlarının iyi olması nedeniyle karamsarlıktan korunurlar. Ayrıca bu bireylerin cesaretli, açık sözlü, kendini iyi ifade edebilen bireyler olduğu da vurgulanmaktadır (82).

2.2.3. Umudun Sağlıkla İlişkisi

Sağlık bilimlerinde 1950-1960'lı yıllarda tartışılmaya başlanan umut kavramının kuramsal olarak tartışılması 13.yüzyıla kadar gitmektedir (16). 13. Yüzyılda umut tamamen insan doğasının ürünü olarak tanımlanmaktadır (85). Bireylerin sahip olduğu yüksek umut düzeyi ağrı, depresyon ve hastalıklarla baş etmelerini kolaylaştırabilir. Yapılan bir çalışmada umut düzeylerinin ağrı üzerindeki etkileri açıklanmış ve umut düzeyi yüksek olan kanser hastalarının ağrılarla daha iyi baş ettiklerini, duygu durumlarının da daha iyi olduğu bildirilmiştir (43). Bireylerin umudu varsa yaşamla ilgili hedefleri de olmaktadır (16). Umudu olan bireylerin olumlu duygulara sahip olduğu ve kendine zarar verecek düşüncelerden uzak olduğu vurgulanmaktadır (85). Bir çalışmada düşük umut düzeyine sahip kanser hastalarında depresyonun daha fazla görüldüğü ve bu hastaların hayatta kalma sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (86). Farklı bir çalışma insanların depresyon nedeniyle hem yalnızlık hem de umutsuzluk düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (87).

Bireyin kendisiyle barışık olması ve olumlu duygulara sahip olması, iç huzurunu artırmasının yanında bağışıklık sisteminin güçlenmesi ve toksik maddelerin vücuttan atılmasını da kolaylaştırmaktadır (88). Umut düzeyleri yüksek olan bireylerin mutluluk gibi pozitif duyguları tetikleyen hormon seviyelerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (89). Umutla

birlikte oluşan pozitif duyguların ve ruhsal iyi oluşun merkezi sinir sistemi üzerine etkileri ile kan basıncının dengelenmesi, uyku kalitesinin yükselmesi, vagus sinir aktivitesinin artması ile kardiyovasküler hastalıkların ve diyabet gibi metabolik hastalıkların gelişme riskinin azaldığı belirtilmektedir (90).

2.2.4. Umut Kavramı ve Hemşirelik

Hemşirelik mesleğinin temel hedefi insan sağlığını ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu bileşenler umut kavramının da değerini artırmaktadır. Umut, hemşireler ve bakım sunduğu hastalar için iki boyutta ele alınabilir. Hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkan belirsiz duyguları çözümlenebilecek, hastaların tedaviye katılımlarını artıracak, hastaların uzun süreli tedavi sonucunda ortaya çıkan sorunlarıyla baş edebilmesini sağlayacak kavram olan umudun en önemli destekçisi aralıksız bakım sunan hemşirelerdir (91). Herth (2000) kanser tanısını yeni alan hastalarla yaptığı araştırmada, bütüncül hemşirelik girişimleriyle hastaların umut seviyelerinin arttığını belirtmiştir (92). Umut düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık süreçlerinin daha iyi ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (93). Umut düzeyini artıran faktörler arasında hasta bireylerin hemşireler ve diğer kişilerle iletişimi, hastaya samimi davranılması, hastanın kendine gerçekçi amaçlar koyabilmesi, kendisinin ve ailesinin değer görmesi yer almaktadır (92).

Ruh sağlığı ve umut arasında yadsınamaz bir bağ bulunmaktadır (88). Umutlu kişiler daha az kaygı duymaktadır. Umut duygusu, stres ve travmanın olumsuz etkilerine karşı tampon görevi üstlenmiştir (94). Umudun, adölesanlarda psikolojik sorunlarının oluşmasını ve okula karşı olumsuz duyguları engellediği aktarılmıştır (66). Umutsuzluk kavramının depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir (95).

Hastalardaki umutsuzluk tedaviye uyumu, iyileşmek için çaba sarf etmeyi, istekliliği ve problemlerle baş etmeyi olumsuz etkilemektedir. Umutsuzluk, depresyon belirtileri arasında yer almaktadır. Bireyin sorunlarıyla etkin şekilde baş edebilmesi için problemi belirleyerek, gerçekçi bir umuda sahip olması önemlidir. Hemşireler bakım verdikleri bireylerin umutsuzluk düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler yapmalıdır (96). Hemşirelik girişimleriyle umutsuzlukla baş etme ve umudun açığa çıkarılması sağlanmalıdır. Bireylerin umutsuzluk düzeyi, depresif bozukluğun temel unsurlarından biri olan intihara yönelmelerinin en önemli sebeplerinden sayılabilir. Umutsuzluk ile bireyler geleceğe dair olumsuz duygular beslerler ve depresyonun oluşması ya da şiddetlenmesi söz konusu olabilir. Ayrıca umutsuzluk, intihar ile depresyon arasında köprü görevi görmektedir (97).

Umudun hastalar kadar hemşireler için de önemli olduğu açıktır. Hastanın yaşadığı zorlu süreçlerde olumsuz duygularla baş etmesi, hastanın umudunu koruması ve geliştirmesi için hemşirelerin de ruhsal olarak sağlıklı olup geleceğe dair umutlu bireyler olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde çalışanlar sıklıkla hastalık tanısı alma, kayıp, yas gibi durumları içeren, iş yoğunluğu ve vardiyalı çalışma koşullarına sahip bir ortamda hizmet sunarlar. Hastalarla en fazla vakit geçiren meslek olarak hemşireler bu olumsuz durumlara çok yakından tanıklık etmekte, duygu yükünü paylaşmakta ve emek harcıyıp yoğun bakım sunmasına rağmen kayıplara engel olamamaktadır. Bu durum tükenmişlik kavramını açığa çıkarmaktadır. Tükenmişlik kavramı; uzun süreli bedensel yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yaşama ve toplumun geri kalanına karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir durumdur. Tükenmişlik sendromuna giren hemşirelerde umut seviyelerinde azalma, depresyon ve duyarsızlaşma gibi semptomlar görülmektedir (98). Aslan ve ark. (1996) çalışmaları incelendiğinde çalışma süresi, vardiya usulü ya da sadece gündüz çalışma ve günlük uyku saatinin azalmasıyla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve iş doyumu arasında ilişki olduğu aktarılmaktadır (99). Başka bir çalışmada hemşirelerin yoğun nöbet günleri, mesleğini isteyerek seçmeme, çalışma koşullarının ve iş doyumunun yetersizliği gibi kriterler göz önüne alındığında duygusal tükenme düzeylerinin yüksek, duyarsızlaşma düzeylerinin ise orta seviyede olduğu belirtilmektedir (57). Alanyazında bu çalışmalara benzer şekilde hemşirelerin duygusal tükenme düzeyinin yüksek olduğunu bildiren çalışmaların çokluğu dikkat çekicidir (100-102). Hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada iş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olmasının iş stresini ve tükenmişlik düzeyini artırdığı belirtilmektedir (101).

Umut kişilere iyi olma hissi veren, bireyi harekete geçirmek için motive eden, yaşama tutunmayı sağlayan ve iyilik duygusunu güçlendiren duygular bütünüdür (103). Kişilerin umut düzeylerinin yüksek olması kendilerine güven duymalarını sağlar. Bu tarz kişiler canlı, enerjik, zorluklar karşısında yılmadan mücadele eden ve hayata dair daha fazla amaca sahip olmaktadır (61). Bu durumun tersi olarak ise kişinin geleceğine dair umutsuz duyguya sahip olması bireyin yapmak istedikleriyle alakalı olarak gösterdiği çaba, ısrarcılığı ve direnci olumsuz olarak etkilenmektedir (104). Hemşirelerin tükenmişliğe giden yolda, karşılaştıkları zorluklarla baş etmesi için umutlu olmaları, bu doğrultuda umut aşılımları da mümkün olacaktır.

2.3. Doğurganlık Kavramı ve Doğurganlık Yenilenme Düzeyi

Toplumunu oluşturan ailenin en önemli unsuru çocuklardır (105). Ailenin üyesi olan çocuk, eşlerin ortak ürünü, neslin geleceğe aktarılması, sevgi kelimesinin karşılığı, ebeveynleri birbirine bağlayan bir bağ olarak tanımlanmaktadır (106). Çocuğun varlığı aile için en güzel ödüllerdendir (107). Çocuğun doğumuyla birlikte eşlerin birbirine karşı olan sorumluluklarına ebeveynlikle gelen sorumluluklar da eklenmektedir (105). Yapılan araştırmalar çocukla birlikte ebeveynlerin hayatlarının çocuğun ihtiyaçlarına göre şekillendiğini, eşlerin ilgilerinin çocuk üzerinde toplandığını göstermiştir (108, 109).

Toplumun devamlılığını sağlayan çocuğun varlığı, istatistiklerle ifade edilmekte ve doğurganlık yenilenme düzeyinin önemi vurgulanmaktadır. Doğurganlık yenilenme düzeyi, bir nüfusun sayıca aynı kalmak kaydıyla yenisi ile değiştirilmesini sağlayan doğurganlık düzeyidir. Kendi doğum yaptığı yaşa kadar yaşayacak bir kız çocuğa sahip kadın kendisini yenilemektedir. Aynı sayıda kız ve erkek bebek doğması ve bütün kız çocuklarının, doğurganlık yaşının sonuna kadar yaşaması durumunda, doğurganlık yenilenme düzeyi iki değerini almaktadır. Bununla birlikte ölümlülük ve doğumdaki cinsiyet oranı da dikkate alındığı zaman doğurganlık yenilenme düzeyinin ikinin biraz üstünde olması gerekmektedir. İki çocuk ebeveynin yerine geçmekte kalan kısmı ise doğumdaki cinsiyet oranı farkını ve doğurganlık yaşının sonuna kadar olan ölümleri telafi etmektedir. Gelişmiş ülkelerde toplam doğurganlık hızının 2,1 olması doğurganlık yenilenme düzeyi olarak kabul edilmektedir. 2,1'in altında olması durumunda nüfusun azalacağı ve 2,1 olması durumunda nüfusun durağan kalacağı kabul edilmektedir. Eğer nüfus giderek yaşlanıyorsa bunun nedeni doğurganlığın yenilenme düzeyinden daha düşük olmasındandır (110). Bu durum toplumların yaşayabilmesi, devam edebilmesi ve hatta varlığını sürdürmesi için doğurganlığı ve doğurganlık hızını olumsuz etkileyen faktörleri ya da doğurganlığı arttıran, olumlu etkileyen faktörleri incelenmesini önemli ve gerekli kılmaktadır.

2.3.1. Dünyada ve Türkiye'de Doğurganlık Hızı

Doğurganlık hızı, bir nüfusun doğal olarak artma veya azalma eğilimini ölçen istatistiksel bir endekstir. Dünyada doğurganlık hızı ülkelere göre değişim göstermektedir. Sosyoekonomik gelişmeler sonrası dünyada doğurganlık hızının kademeli olarak düştüğü vurgulanmaktadır. Dünyada 5,4 olan doğurganlık hızı son yıllarda 2,1 seviyelerindedir. Fakat Ortadoğu'da doğum oranı fazla gerilememiştir. Afrika'da 4 çocuk ortalamasından dolayı bu genellemeye katılmamıştır (111).

Türkiye’de doğurganlık hızı dünya ortalamasına yakındır ve bu oran yenilenme düzeyine çok yakındır. Türkiye’de 1950 yıllarından itibaren ortalama 6-7 çocuk olan doğurganlık hızı azalmaya başlamış ve 1970 yıllarında bu düşüş hızla artmıştır (112). Türkiye’de yenilenme düzeyinin doğurganlık hızından geri kaldığı bölgeler Batı, Güney ve Kuzey Anadolu’dur (113). Doğurganlık hızı Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgesi’nde yenilenme düzeyinin üstünde görülmektedir. Batıda kadın başı ortalama 1,75 çocuk sayısı varken, bu oran doğuda 3,25’tir. Lise, lisans ve üzeri eğitimi olan kadınlarda ortalama çocuk sayısı 1,47 olup eğitimi daha düşük seviyede olan veya eğitimi olmayan kadınlarda bu oran 3,37’dir. Refah düzeyine göre doğurganlık hızına bakıldığında düşük refah düzeyine sahip kadınların ortalama çocuk sayısı 3,38 iken refah düzeyi yüksek olan kadınların ortalama çocuk sayısı 1,38’dir (112).

Toplumsal düzeyde sosyal sürdürülebilirlik açısından önemli olan üreme sağlığı, doğum oranları ve ikinci çocuğu doğurma zamanlaması önemli ölçüde değişiklikler göstermiştir. 1960 yılında dünya genelinde %5 olan doğurganlık hızı, 2016 yılına gelindiğinde %2,5’e gerilemiştir. Türkiye’de bu hız 1960 yılında %6,4 iken, 2016 yılında %2,1’e düşmüştür (114). Ülkemizde çocuklar 1935 yılında toplam nüfusun %45’ini, 2016’da ise %29’unu oluşturmaktadır (115). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (2013) ise 1978-2013 döneminde toplam doğurganlık hızında neredeyse mevcut durumun yarısı kadar düşüş gösterdiği bildirilmiştir (116).

Doğurganlık hızındaki düşmenin sebepleri arasında, aile planlaması yöntemlerinin kolay ulaşılabilir olması ve aile planlaması yapan ailelerin fazlalığı, gebelik yaşının ertelenmesi, evlilik yaşı ve ideal çocuk sayısı bulunmaktadır. Ek olarak, kadınların iş hayatına katılımları, hareketsiz yaşam tarzı ve eğitim sürelerinin ileri seviyelere ulaşması da doğurganlık oranını düşürmektedir (117). Doğurganlık hızındaki düşüş, iş gücüne katılımı azaltacağından, ülkelerin ekonomileri üzerinde de olumsuz etkiler oluşturmaktadır (118). Bu nedenle ülkeler doğurganlık hızını artırmak için girişimlerde bulunmaktadır. Türkiye’de annelerin izin sürelerinde yapılan olumlu geliştirmeler, çocuk sayısına göre verilen maddi destekler, son dönemlerde dile getirilen üç çocuk politikası bu durumun bir ürünüdür (115).

2.3.2. Türkiye’de Doğurganlığı Etkileyen Faktörler

Dünya genelinde ve Türkiye’de hem yapısal dönüşüm hem de kurumların ekonomik koşullarının etkisi nedeniyle doğurganlık hızı düşmektedir. Doğurganlık kavramı; tek başına değil ekonomik, sosyal ve biyolojik faktörlerle birlikte ele alınmalıdır. Türkiye’de ki

doğurganlığı etkileyen faktörlerin başında sosyal ve ekonomik şartlar gelmekte böylece eşlerin daha az sayıda çocuğa sahip olmak istemeleri söz konusu olmaktadır (119).

Sosyal ve ekonomik şartların yanı sıra eğitimin de doğurganlığa etkisi büyüktür. Bireylerin eğitim hayatına devam etmeleri doğurganlığı ikinci plana itebilmektedir (120). Wang ve Famoye (1997)'de hane reisi olmayan, toplam hane halkı gelirinin yüksek olduğu ve 18-40 yaş arasındaki evli kadınlardan oluşan bir örneklem kullanılarak doğurganlığı etkileyen faktörleri analiz etmiştir. Analiz sonucunda işgücüne katılan kadınların çocuk sahibi olma olasılığının daha az olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesindeki ve hanenin toplam gelirindeki artış ile birlikte doğurganlığın azaldığı ortaya çıkmıştır. Yaş ilerledikçe doğurganlık oranının arttığı belirtilmiştir (121).

2.3.2.1 Eğitim

Eğitim, doğurganlığı hem tek başına hem de dolaylı yoldan etkileyen bir kavramdır (122). Öyle ki ülkeler düzeyinde açığa çıkan doğurganlık hızı farklarının büyük çoğunluğunun eğitimle ilişkili olduğu söylenebilir (123). Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte kadın için zaman yönetiminin önemli olması ve çocuk sahibi olmanın ekstra giderlere neden olması eğitim ve doğurganlık arasında negatif ilişkiye neden olmuştur (124). Doğurganlık ile eğitim seviyesi arasındaki bağı özellikle kadının eğitim seviyesi belirlemektedir (120). Çocuğun doğumundan sonra bakımının anne tarafından sağlanması gerekçesiyle kadın, bebeğinin yanında olmayı arzulamaktadır. Aynı zamanda kişisel kariyeri ve hedefleri de bulunmaktadır. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, erkeklere göre doğurganlık arzuları azalmakta, evlilik yaşı yükselmekte ve doğurganlık hızı da düşebilmektedir (118).

2.3.2.2. Gelir Düzeyi

Eşlerin çocuk sahibi olma kararları gelir düzeyleri, kadının çalışma durumu, ebeveynlerin ruhsal olarak kendisini hazır hissetmeleri ve sorumluluk duygusu taşıma gibi faktörlerden etkilenmektedir (120). Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınların çalışma hayatında yer almasıyla gelir düzeyi artmakta ve kurulan yaşam düzeni bu gelir düzeyinde bir konfor alanı oluşturmaktadır. Aileye katılan bebeğin bakım yükü kadar, çalışan annenin çocuk bakımı için iş hayatından geçici/kalıcı süre ile ayrılması gelirinin düşmesine, böylece doğurganlığın olumsuz etkilemesine yol açmaktadır. Bu nedenle çalışma hayatında olmayan annelerin doğurganlık oranları daha yüksek olmaktadır (118).

2.3.2.3. Sanayileşme

Sanayileşmenin doğurganlık üzerindeki etkisi olumlu ya da olumsuz diye ayrılamamıştır. Çocuk sahibi olmakla birlikte ailenin ekonomik yükü artmaktadır. Fakat çocuğun büyümesi ve çalışma hayatına katılması ile ailenin gelir seviyesi artırmaktadır. Bu süreç sanayi evrelerine de bağlıdır. Çocuklar sanayileşmenin başlangıcında küçük fabrikalarda çalışıp aile gelirine katkıda bulunabilmektedir. Bir taraftan sanayileşmenin artması sonucu hane halkı gelirini artıracığı için evliliklerin oluşmasını ve doğurganlığın artması sağlanırken, diğer taraftan büyük fabrikalarda çocukların çalışmayacağı için hane halkı geliri olumsuz etkilenerek doğurganlığın azalması ortaya çıkabilmektedir (125).

2.3.2.4. Kentleşme

Kentlerde çocuk yetiştirmek kırsal kesime göre daha fazla maliyetli olmaktadır (126). Kırsalda kendi besinini yetiştiren ebeveynlerin kentte böyle bir olanağı yoktur (127). Kentlerde kırsal bölgelere göre eğitim daha ulaşılabilir olması kentte yaşayan kadınların eğitim düzeyini artırmaktadır. Böylece eğitime devam etme durumunun evliliğe ve doğurganlığa yansımaları ortaya çıkmaktadır (124). Kentleşmeyle birlikte eğitimin düzeyinin artması, evliliğin ertelenmesi, doğum kontrol yöntemlerine kolaylıkla ulaşma gibi faktörlerde doğurganlığı olumsuz etkileyebilmektedir (126, 128). Pakistan'da yapılan bir araştırma da doğurganlığı olumsuz etkileyen faktörlerden birisinin de kentleşme olduğu vurgulanmıştır (122). Kentleşmedeki sosyal yaşamın kolaylığı ve ulaşılabilirliği neticesinde iç göçler yaşanır. Bu durumun da doğurganlık üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (120).

2.3.2.5. İşgücüne Katılma ve İşsizlik

Doğurganlığı etkileyen en önemli faktörlerin başında işgücüne katılma ve işsizlik gelmektedir. Özellikle kadınların çocuk bakımında birincil karakter olmaları, kadının işgücüne katılmasıyla doğurganlık arasındaki ilişkiyi açığa çıkarmaktadır (129). Yapılan bir araştırmaya göre çalışma hayatında yer alan kadınların, çalışmayanlara göre daha az çocuk sahibi oldukları belirtilmiştir (130). Kadın doğum sonrası işinden bir müddet ayrı kalacak ve bu süreç gelirinde azalma meydana getirecektir. Bu durum doğurganlığa olumsuz bakmayı sağlayabilmektedir. Bazı kadınların işlerinden ayrı kaldığı süre zarfında gelirinin minimal düzeyde etkilendiği takdirde çocuk doğurma istekleri azalmayabilmektedir (129). Çocukların özellikle bebeklik döneminde anneye bağımlılığı daha çok olsa da her yaş grubunda farklı nedenlerle kadınların memuriyet veya özel sektörde işgücüne dahil olmalarını etkileyebilmektedir (130).

2.3.3. Doğurganlık Motivasyonu (Arzusu)

Doğurganlık süreci isteğe ve arzuya bağlı bilinçli bir karar verme mekanizmasını içermektedir. Bireyin doyuma ulaşma noktasını araması ile arzu duygusu açığa çıkmaktadır. Bu arzuya ek olarak evlilikle birlikte aile olma ve aileyi geliştirme içgüdüleri doğurganlık motivasyonunu oluşturmaktadır (131). Bireylerin doğurganlık motivasyonu arzularına, isteklerine, değerlerine, tercihlerine ve beklentilerine göre değişkenlik göstermektedir (131, 132). Miller'a (1995) göre, doğurganlık için iki ana motivasyon özelliği vardır (133).

1. Olumlu doğum öncesi motivasyonu
2. Olumsuz doğum öncesi motivasyonu

Bu iki boyut birbirinden farklı olmakla birlikte, birbirine zıt değildir. Bireylerin çocuk sahibi olma veya olmama motivasyonlarını, farklı alt boyutlarda ortaya koymaktadır; çocuğun doğumundan zevk almak ya da ebeveynlik stresini deneyimlemek bu duruma örnektir. Ebeveynlerin çocuk sahibi isteği pozitif duygular ya da negatif duygularla açıklanabilir. Örneğin; birey olumlu çocuk doğurma isteğiyle sosyal odaklanmayı, sürekliliği ve çocuk sahibi olmanın ilişkisel faydalarını veya bunların bir kombinasyonu olan ebeveyn olmanın doğal ve dışsal ödülleri yaşamak istediğini ifade edebilir. Olumsuz çocuk sahibi olma isteği ise çocukla birlikte artacak sorumluluklar ve sosyoekonomik kaygılar nedeniyle çocuk sahibi olmayı erteleyen bireyleri ifade edebilir (132).

Ebeveynlerin pozitif çocuk sahibi olma arzularına sahip olmaları;

- Özellikle ailevi beklentileri karşılama, sosyal statü edinme, yetişkin kimliğini onaylama veya cinsiyet özelliklerini karşılama gibi durumları simgeler.
- Bir çocukla bağ kurmak, gebelik yaşamak gibi bireyin özel sevincini ve kendini gerçekleştirilmesine olanak sağlar.
- Ölümsüzlük anlamına da gelebilen soylarının devam etmesini sağlar ve kişisel değerlerin paylaşılmasına olanak tanır.
- Evliliklerinin çocukla genişlemesi, kalıcılığın artırması gibi beklentileri karşılar (25).

Ebeveynlerin negatif çocuk sahibi olma arzularına sahip olma nedenleri ise;

- Bir çocuğun doğması bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak yaşamları boyunca zorlanmasını ve sorumluluk duygusunu açığa çıkarmaktadır. Bu doğrultuda ebeveynlik rolleri, artan sorumluluklar, çocuk bakımının zorlukları ve ebeveynliğe psikolojik olarak hazır olmama gibi nedenler söz konusudur.

- Doğacak çocukların belirsiz bir geleceğe sahip olmaları ile ilgili endişeler ve algılanan çevresel riskler etkilidir.
- Bir çocuğun doğması ebeveynlerin yaşamlarında yeni kısıtlamalara neden olur, yaşam tarzları değişir ve ebeveynlik stresleri açığa çıkar.
- Çocuk doğumundan önce veya sonraki süreçte işsizlik veya iş güvencesizliği gibi sorunlar kaygı yaratabilir.
- Çocuk doğurmanın kadınlarda bazı sağlık sorunlarına, kilo almaya ya da beden imajında değişmelere yol açması ile birlikte fetüs sağlığı ile ilgili risklerde ebeveynlerin olumsuz çocuk sahibi olma arzusuna yol açabilir (25).

2.3.4. Doğurganlık ve Hemşirelik

Hemşirelik mesleği stres faktörlerinin en yüksek olduğu meslek gruplarından biridir. Stres, çalışma hayatında kişilerin istekliliğini, mutluluğunu, iş doyumunu ve böylelikle özel yaşamını olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Sağlık kurumlarında hizmet veren meslek içinde en kalabalık grubu oluşturan hemşirelik, çok yoğun çalışma temposuna sahip olması nedeniyle stresörlerle iç içedir. Hemşirelik 24 saatlik nöbet sistemi, uzun süreli, yorucu ve zamana karşı mücadele gerektiren bir iş temposu, fiziksel çalışma koşulları zorlayıcı olan bir meslek grubudur. Bunlardan dolayı uykusuzluk, yetersiz ve dengesiz beslenme, strese bağlı çalışma arkadaşlarıyla çatışma gibi olumsuzluklar hemşirelik mesleğinde sıklıkla yaşanır (134). Bu etkilerle hemşireler, evlilik zamanını erteleme, çocuk sahibi olmaya isteksizlik, ebeveynlik rollerinde aksaklık, bireylerin kendisine ve çevresine karşı sorumluluklarını yerine getirememesi, sosyal yaşama katılamama gibi birçok olumsuz durum yaşayabilirler. Stresle birlikte kalp damar sistemi, dolaşım sistemi, üreme sistemi ve cilt hastalıkları, ayrıca baş ağrısı ve migren gibi hastalıklar da ortaya çıkabilmektedir. Ek olarak depresyon, anksiyete, tükenmişlik vb. ruhsal sorunlar da yaşayabilmektedirler (135).

Hemşirelerin doğurganlığını olumsuz etkileyen faktörler arasında stresli, yoğun ve düzensiz bir çalışma takvimi olması yer almaktadır. Yapılan bir araştırmada hemşirelerin etkisinde kaldığı stresin işteki performansını, hasta bakımını ve kişiler arası ilişkilerini doğrudan etkilediği bildirilmiştir (134). Hemşirelerin stres faktörleri incelendiğinde ise hasta bakımı, çalışma koşulları, hasta yakınlarının ilgi beklentileri, bakım verilen hasta sayısının çokluğu ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliği olarak sıralanmıştır (136). Erdilek Karabay'ın (2015) İstanbul'da özel bir hastanede çalışan 206 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada sağlık

personellerinin maruz kaldığı çalışma stresinin iş ve özel yaşamında kişiler arası çatışmaya yol açtığı bildirilmiştir (137).

Hemşireler gebelikleri esnasında nöbet tutma, ihtiyaca göre fazla mesai yapma, hastanede anne ve fetüs açısından riskli ortamlara girme gibi sorunlar yaşayabilmektedir (138). Ortaylı (1999) araştırmasında, hekimlerin %70'inin hemşirelerin ise %80'inin hamilelikleri süresince gece nöbeti tuttıklarını, aylık nöbet sayılarının fazla olduğunu, üstelik hekimlerin %95'inin ertesi günde izin kullanmadıklarını vurgulamıştır (139). Çalışan kadınların gebelikleri döneminde daha fazla uterin kasılmaları olduğu, erken doğum, hipertansiyon veya preeklampsi risklerinin daha fazla olduğu, düşük doğum ağırlıklı bebek riskinin arttığı saptanmıştır (140).

Kadın sağlık çalışanlarının gebelik dönemi ve doğumdan sonraki çalışma koşullarının, annelikle ilgili sorumluluklarını yerine getirmede zorluklar yarattığı vurgulanmıştır. Gebelik dönemi kadın yaşamında önemli dönemlerden biri olup, bu dönemdeki riskler anne ve bebek için mortalite ve morbidite oranlarını artırmaktadır. Sağlıklı bir doğum gerçekleşmesi için gebelik sürecinin kaliteli geçirilmesi, sorunlara erken müdahale edilmesi ve çalışan kadınlar için gebelik dönemine uygun çalışma şartlarının sağlanması çok önemlidir (141). Bir çalışmada süt izni hakkı olan hemşire ve hekimlerin bu haklarından faydalanmadığı belirtilmiştir (139). Doğumdan önce ve doğumdan sonraki dönemde izinlerin yeterli olması hem anne hem de bebeğin sağlığı açısından önemlidir. Fakat bu izinler ile annenin çalışma ortamından uzaklaşması, sadece çocuk bakımına odaklanması, kariyer planlarını ertelemesi gibi sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Özellikle annenin doğum sonrası dönemde hızlıca işe dönmesi ekonomik beklentiler açısından istense de bebeğin anne tarafından bakılması ile sağlanacak avantajların (anne bebeğini emzirdiğinde bebeğin bağışıklık sisteminin güçlenmesi, çocuk hastalıklarının tedavi sürecinin hızlanması gibi) görmezden gelinmesi anlamına gelebilir. Bebek doğduktan sonraki ilk 2-3 yıl içinde annesine bağımlılığı ve gereksinimi fazla olmakta, bebeğin annesine olan ihtiyacı, anne-bebek ilişkisinin bebeğin kişiliğinin oluşumundaki yeri, emzirme süresi ve bunun kanunlarla desteklenmesiyle anne bebek bağının kuvvetlenmesi amaçlanmaktadır. Annelere sağlanan yasal izinler incelendiğinde ise 4857 sayılı iş kanununun 74. maddesine göre izin sürelerinin doğum öncesi sekiz hafta, doğum sonrası sekiz hafta olduğu belirtilmektedir. Kişi istediği takdirde doğum öncesi üç haftaya kadar çalışabilmektedir. Kalan beş haftasını da doğum sonrası döneme aktarabilmektedir (142). Hemşireler nöbet tutmaya son üç haftaya kadar devam etmektedirler. Gebelik sonrasında bebeğin anneye olan ihtiyacı ve anneye yüklenen bakım sorumluluklarına

rağmen bu dönemde verilen yasal izinlerin süresinin yeterli olmaması, annelerin zorunlu olarak işe başlaması ile kendilerini suçlamalarına ve psikososyal yönden zorlanmalarına neden olmaktadır (143).

Hemşireler mesai saatlerinde hastanedeki hastalara bakım vermekte, sonrasında ev ve çocuklarıyla ilgili işlerle ilgilenmekte ve bundan dolayı kendilerine zaman ayırmakta güçlük çekmektedirler. Bu nedenle kadın sağlık çalışanlarında stres, kaygı ve depresyon düzeyleri artabilmektedir (141). Hemşirelerin çoğunluğunun kadın olduğu, bu sıkışan roller içinde hasta bakımından sonra çocuk bakımıyla ilgili yoğunlukları ve çalışma düzenindeki çalışma günü ve tatil gibi zamanlardaki öngörülemezlik düşünüldüğünde doğurganlık motivasyonlarını etkileyebilecek unsurların araştırılması önem kazanmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Şekli

Bu araştırma hemşirelerin sosyal destek algısı ve umut düzeylerinin doğurganlık motivasyonuna etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik türde yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkez yerleşkesinde çalışan toplam 396 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem hesaplaması, evreni bilinen örneklem hesaplaması formülü kullanılarak yapılmıştır. Hastanede aktif olarak çalışan 396 hemşire %5 hata payı ve %95 güven aralığına göre hesaplamaya dahil edilmiş ve araştırmanın örneklemini 196 olarak bulunmuştur. Evrenin tamamına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 216 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak; hemşirelik bölümü mezunu olmak, üreme sistemine yönelik bir hastalık tanısı olmamak, depresyon gibi ruhsal bir hastalığa sahip olmamak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Süreci

Araştırma ile ilgili Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler ve Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul onayı (Ek-5) alındıktan sonra araştırma evreni oluşturan 396 hemşireye araştırmacılar tarafından yazılı ve sözlü olarak bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı bildirilmiştir. 180 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Aynı hastanede çalışan araştırmacı tarafından araştırma kriterlerini karşılayan hemşirelere veri toplama formları yüz yüze ulaştırılmıştır. Araştırmanın uygulandığı 15.02.2021- 31.03.2021 tarihlerinde KOVİD-19 pandemisi devam ettiği enfeksiyon bulaşını önlemek için izolasyon önlemlerine ve koruyucu ekipmanların kullanımına dikkat edilmiştir. Araştırma kapsamında toplam 75 soru sorulmuş ve cevaplama süresi toplam 10-15 dakika sürmüştür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), ÇBASDÖ (Ek-2), SUÖ (Ek-3) ve ÇSOMÖ (Ek-4) ile toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bu form ile kişisel, aile bireyleri ve işe yönelik bazı özellikleri belirlemek amacıyla yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma özellikleri ve çocuk sayısını sorgulayan toplam 16 sorudan oluşmaktadır (61, 144, 145) (Ek-1).

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin (144), Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin faktör analiz formu düzenlemesi Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır (145). Ölçek 12 maddedir. Her biri 4 madde ile tanımlanan 3 ayrı destek kaynağına (Aile, Arkadaş ve Özel Bir İnsan) ilişkin veri sunmaktadır. Basit, uygulanabilirliği kolay ve içeriği genişletilmiş olan ölçek araştırma için kullanılmıştır. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun bir örneği ek'te verilmiştir (Ek-2). Ölçek kesinlikle "Hayır (1)" ile "Kesinlikle evet (7)" arasında puanlanan 7'li Likert tipindedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Alt ölçekteki maddelerin toplanması ile alt ölçek puanı, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin tamamına ilişkin toplam bir puan elde edilmektedir. Puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayısı Özel Bir İnsan ,92, Arkadaş ,88, Aile ,85 iken ölçek toplamında ,89 hesaplanmış, bu çalışmada ise alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayısı Özel Bir İnsan ,91, Arkadaş ,88, Aile ,86 iken ölçek toplamında ,88 bulunmuştur (Ek-2).

3.4.3. Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ)

Snyder ve ark. (1991) tarafından geliştirilen SUÖ (73), Türkçeye uyarlanması geçerlik ve güvenilirliği Tarhan ve Bacanlı (2015) tarafından yapılmıştır (61). Basit, anlaşılır ve 15 yaş üzeri bireylerin umut düzeylerini belirlemek için geliştirilen bu ölçek araştırma için kullanılmıştır. Ölçeğin bir örneği ek'te verilmiştir (Ek-3). 12 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Alternatif Yollar Düşüncesi ve Eyleyici Düşünce olarak isimlendirilen alt boyutların her biri dörder madde ile ölçülmektedir. Bu dörder maddenin bir tanesi geçmişe, iki tanesi içinde bulunulan zamana, bir tanesi de geleceğe yönelik ifadeleri içermektedir. Diğer dört madde umutla ilgisi olmayan dolgu maddelerden oluşmaktadır. Bireylerden maddelerdeki ifadelerin kendi durumlarını yansıtmaya derecelerini Likert tipi sekizli bir derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Derecelemede "Kesinlikle yanlış (1)" ve "Kesinlikle doğru (8)" arasında puanlanmaktadır. Ölçek puanlanırken dolgu

maddelerine puan verilmemekte, Alternatif Yollar Düşüncesi ve Eyleyici Düşünce alt boyutlarından elde edilen puanlar toplanarak SUÖ toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 64'dür. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayısı Alternatif Yollar Düşüncesi için ,63 ile ,80, Eyleyici Düşünceler ,71 ile ,76 iken ölçek toplamında ,74 ile ,84 arasında olduğu hesaplanmış, bu çalışmada ise alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayısı Alternatif Yollar Düşüncesi için ,71, Eyleyici Düşünceler ,76 iken ölçek toplamında ,82 bulunmuştur (Ek-3).

3.4.4. Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği (ÇSOMÖ)

Ölçek, Guedes ve ark. (2013) tarafından bireylerin çocuk sahibi olma motivasyonlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş (146), Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması Huseyinzade Şimsek (2017) tarafından yapılmıştır (132). Hemşirelik toplumdaki her bireyin çalışabileceği bir meslektir. Hem kadınların hem de erkeklerin çocuk sahibi olma motivasyon düzeyini belirleyen bu ölçek çalışmamızda kullanılmıştır. Ölçeğin bir örneği ek'te verilmiştir (Ek-4). Ölçek Olumlu Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları ve Olumsuz Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları alt ölçeklerden oluşmaktadır. Olumlu Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları alt ölçeği, 26 maddeden ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Sosyoekonomik Görüşler: 6, 8, 10, 11, 13, 17, 20, 23; Kişisel Tatmin: 3, 4, 7, 14, 16, 18, 19, 25; Süreklilik/Devamlılık: 2, 5, 9, 21, 24, 26; Çift İlişkileri: 1, 12, 15, 22 maddelerdir. Olumlu maddeler puanlanırken "Hiç (1)" ile "Tamamen (5)" arasında puanlanmaktadır. Bu alt ölçekten alınan yüksek puanlar, bireylerin bu ifadelerin anne/baba olmak için çok önemli bulduklarını göstermektedir. Olumsuz Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları alt ölçeği ise 21 maddeden ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Doğum Öncesi Yük ve Olgunlaşmama:1, 2, 8, 10, 15, 18; Sosyal ve Ekolojik Endişe: 6, 9, 13, 19; Evlilik Stresi:4, 12, 14, 2; Finansal Problemler:5, 7, 17, 20; Fiziksel Acılar ve Beden İmgesi Endişesi: 3, 11, 16. Olumsuz maddeler puanlanırken "Hiç (1)" ile "Tamamen (5)" arasında puanlanmaktadır. Bu alt ölçekten alınan yüksek puanlar, bireylerin anne/baba olmamak için motivasyonlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin tamamı için Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı ,94 olarak hesaplanmış, bu çalışmada ,91 olarak bulunmuştur (Ek-4).

3.5. Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 25.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hemşirelerin sosyal destek

algıları ve umut düzeyleri iken bağımlı değişkeni ise hemşirelerin doğurganlık motivasyonudur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle incelenmiş, normal dağılım gösterdiği bulunmuş ve analizlerde Bağımsız T testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson Korelasyon testleri ve ileri analizler için Post-Hoc analizler yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < ,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda özel hastanede veya birinci düzey hizmet sunan Aile Sağlığı Merkezi gibi kurumlarda çalışan hemşirelerinde dahil edilmesi önerilir. Ayrıca araştırma KOVİD-19 pandemisi esnasında gerçekleştirilmiştir. Bu durumun hemşirelerin, pandemi öncesi döneme göre sosyal destek ihtiyaçlarını artırmış veya umut düzeylerini etkilemiş olabilir. Bu nedenle benzer çalışmaların pandemi sonrası dönemde de yapılması önerilir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler ve Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (Ek-5, Tarih: 09.02.2021 / Karar No: 2021-03/34). Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan tüm araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Ayrıca veriler Helsinki Bildirgesi'ne göre toplanmış, her katılımcıdan sözlü ve yazılı olarak gönüllü oluru alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %69'u kadın, %33,8'i 20-25 yaş aralığında (32,08±8,53 (min 20-max 54)), %54,6'sı evli, %72,7'si lisans mezunu, %65,7'sinin geliri giderine eşittir. Evli hemşirelerin eşlerinin %92,3'ü çalışırken, çalışan eşlerden %67,8'i sağlık çalışanı değildir. Hemşirelerin %51,4'ünün henüz çocuğu yok iken, %26,9'unun iki çocuğu vardır. Hemşirelerin %91,2'sinin herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Hemşirelerin %98,1'inin annesi sağ, %53,8'i farklı illerde ikamet ediyor ve %64,6'sı annesi ile yakın ilişki içinde olup her ihtiyacımız olduğunda yanımızda bulunur cevabını vermiştir. Hemşirelerin %86,1'inin babası sağ iken, %59,1'i babasıyla aynı şehirde yaşadığı görülmektedir. Hemşirelerin %59,6'sı babası ile yakın ilişki içinde olup, her ihtiyacımız olduğunda yanımızda bulunur cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yılına bakıldığında (8,25±3,57), %28,7'si 16 yıl ve üzerindedir. Hemşirelerin %85,2'si 24 saatlik nöbet tutmakta ve %32,5'i normal servislerde çalışmaktadır. Çalışma şekillerinin özel hayatını olumsuz etkilediğini düşünen hemşireler %62,9 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. 1: Ölçek toplamlarının tanımlayıcı istatistikleri.

	n	Min.	Maks.	$\bar{X}\pm SS$
ÇBASDÖ	216	30	84	70,01±13,61
SUÖ	216	25	64	51,65 ± 7,93
Olumlu ÇSOMÖ	216	22	110	79,11±20,55
Olumsuz ÇSOMÖ	216	13	65	39,71±15,24

Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistiklerine bakıldığında, Hemşirelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 70,01±13,61 (30-84), SUÖ ölçek toplam puan ortalaması 51,65±7,93 (24-64), Olumlu ÇSOMÖ alt ölçeği toplam puan ortalaması 79,11±20,55 (22-110), Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeği toplam puan ortalaması 39,71±15,24 (13-65) olarak bulunmuştur.

Tablo 4. 2: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

	N (%)	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği						Ölçek toplamı	
		Aile X̄±SS	p	Arkadaş X̄±SS	P	Özel İnsan X̄±SS	p	X̄±SS	p
Cinsiyet									
Kadın	149 (69)	24,01±5,06	,101	23,13±4,67	,637	23,39±4,97	,233	70,52±13,42	,352
Erkek	67 (31)	23,28±5,18		22,91±4,49		22,67±5,26		68,87±14,05	
Yaş									
20-25	73 (33,8)	23,43±5,45	,859	23,14±4,16	,944	23,46±4,32	,915	70,01±12,80	,911
26-33	63 (29,2)	23,58±5,26		22,91±4,83		22,83±5,45		69,32±14,63	
34-42	40 (18,5)	24,03±4,61		22,94±5,23		23,12±5,43		70,10±14,32	
43 ve üstü	40 (18,5)	24,34±4,72		23,22±4,52		23,14±5,45		70,78±12,86	
Medeni durum									
Evli	118 (54,6)	24,72±4,26	,022	23,76±4,16	,021	23,72±4,88	,029	72,20±12,12	,009
Bekar	98 (45,4)	22,65±5,78		22,21±4,98		22,50±5,22		67,37±14,85	
Eğitim durumu									
Lise	22 (10,2)	22,04±6,73	,564	21,50±5,82	,540	20,88±6,75	,217	64,44±18,16	,460
Önlisans	37 (17,1)	23,57±5,79		22,94±5,53		23,48±5,66		69,96±15,77	
Lisans	157 (72,7)	24,05±4,68		23,26±4,15		23,48±4,69		70,84±12,16	
Ekonomik Durum									
Gelir<Gider	31 (14,4)	22,71±6,60	,919	22,87±5,36	,619	22,73±5,95	,872	68,27±17,36	,905
Gelir=Gider	142 (65,7)	23,81±4,93		23,15±4,65		23,33±4,84		70,3±13,05	
Gelir>Gider	43 (19,9)	24,26±4,45		22,89±3,96		22,94±5,23		70,06±12,73	
Eşin Çalışma Durumu (n=118)									
Evet	109 (92,3)	25,13±3,71	,007	22,18±4,99	,031	24,93±4,46	,013	73,13±10,71	,005
Hayır	9 (7,7)	20,05±7,03		23,93±3,95		19,27±7,85		60,35±20,63	
Eşinin mesleği (n=109)									
Sağlık Çalışanı Değil	74 (67,8)	24,97±3,99	,753	23,74±4,15	,563	24,08±4,43	,826	72,73±11,45	,761
Sağlık Çalışanı	35 (32,2)	25,54±3,23		24,56±3,31		24,16±4,27		74,27±9,13	
Çocuk sayısı									
Yok	111 (51,4)	23,07±5,66	,685	22,75±4,76	,627	23,04±5,13	,231	68,87±14,56	,394
1	26 (12,0)	23,88±4,44		22,71±4,83		22,84±4,15		70,12±11,16	
2	58 (26,9)	24,67±4,49		22,71±4,90		23,29±5,08		71,05±12,43	
3 ve üstü	21 (9,7)	25,06±4,25		22,72±4,10		24,15±5,87		72,95±14,47	
Kronik Hastalığınız var mı									
Hayır	197 (91,2)	23,74±5,05	,756	23,04±4,65	,801	23,22±4,93	,623	70,02±13,55	,859
Evet	19 (8,8)	24,23±5,75		23,25±4,82		22,45±5,82		69,95±14,86	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 4.2’de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ölçek toplam ve alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Evli ve eşi çalışan hemşirelerin Aile, Arkadaş, Özel İnsan alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının bekârlara ve eşi çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). Hemşirelerin diğer sosyodemografik özellikleri olan cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, eşinin sağlık çalışanı olup olmadığı, çocuk sayısı ve kronik hastalık varlığının istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 3: Hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği								
	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Ölçek toplamı		
	N (%)	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Annemizle ilgili bilgiler									
Sağ	212(98,1)	23,77±5,12	,787	23,06±4,62	,724	23,06±4,62	,241	70,04±13,70	,509
Ölü	4 (1,9)	24,50±4,35		23,00±4,24		20,75±5,50		68,25±8,18	
Aynı ilde yaşıyoruz	100 (46,2)	23,83±5,24	,926	23,05±4,68	,897	23,19±5,37	,789	70,07±14,30	,800
Farklı illerde yaşıyoruz	116 (53,8)	23,67±4,97		23,08±4,57		23,25±4,58		70,00±12,84	
Yakın ilişki içindeyiz	137(64,6)	24,18±5,04		23,57±4,45 ¹		23,84±4,88 ¹		71,59±13,45 ¹	
Orta düzey ilişki	62 (29,2)	23,50±4,43	,101	23,02±4,16 ²	,003	22,76±4,47 ²	,002	69,27±11,58 ²	,003
İlişkimiz soğuktur	13 (6,2)	20,69±7,79		17,92±5,70 ^{1,2}		18,77±7,14 ^{1,2}		57,38±19,07 ^{1,2}	
Babanızla ilgili bilgiler									
Sağ	186(86,1)	23,78±5,21	,872	22,90±4,74	,230	23,02±5,14	,158	69,70±13,99	,516
Ölü	30(13,9)	23,83±4,52		24,21±4,53		24,21±4,53		72,24±10,99	
Aynı ilde yaşıyoruz	110(59,1)	23,83±5,40	,889	23,02±4,81	,663	23,04±5,50	,722	69,88±14,79	,663
Farklı illerde yaşıyoruz	76(40,9)	23,75±4,97		22,83±4,74		23,11±4,58		69,68±12,96	
Yakın ilişki içindeyiz	111(59,6)	24,25±5,24 ¹		23,42±4,50 ¹		23,71±4,66 ¹		71,39±13,51 ¹	
Orta düzey ilişki	63(33,8)	23,43±5,16 ²	,014	22,68±4,85 ²	,012	22,76±5,31 ²	,002	68,87±14,23 ²	,002
İlişkimiz soğuktur	12(6,6)	21,33±4,65 ^{1,2}		19,25±5,02 ^{1,2}		17,92±5,85 ^{1,2}		58,50±12,54 ^{1,2}	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), düzeltilmiş Bonferoni testi, 1,2 fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.3’de hemşirelerin ebeveynleriyle olan ilişkilerine göre ÇBASDÖ ölçek toplam ve alt ölçekleri puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Hemşirelerin annesiyle ve babasıyla yakın ilişki içinde olma durumlarının ÇBASDÖ’nün Aile, Arkadaş, Özel İnsan alt boyutları ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı saptanmıştır ($p < ,05$). Fark yaratan alt gruplar incelendiğinde; ÇBASDÖ ölçek toplam, Arkadaş ve Özel İnsan alt ölçek puan ortalamalarının, annesi ile yakın ilişki içinde olan hemşirelerin hem orta düzey ilişkisi olan hem de ilişkisi soğuk olan hemşirelere göre puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). ÇBASDÖ ölçek toplam, Aile, Arkadaş ve Özel İnsan alt ölçek puan ortalamalarının; babası ile yakın ilişki içinde olan hemşirelerin hem orta düzey ilişkisi olan hem de ilişkisi soğuk olan hemşirelere göre puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Hemşirelerin ebeveynlerinin hayatta olma durumu ve yaşadığı ikameti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 4: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği								
	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Ölçek toplamı		
	N (%)	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Çalışma yılı									
1 yıldan az	54 (25,0)	23,22±5,12		22,94±4,00		23,00±4,25		69,17±12,13	
1-5 yıl	46 (21,3)	24,39±5,01		23,17±4,58		23,52±5,13		71,09±13,74	
6-10 yıl	29 (13,4)	22,10±6,41	,301	22,48±5,61	,908	22,24±6,03	,684	66,83±17,46	,619
11-15 yıl	25 (11,6)	25,04±4,10		23,44±4,46		24,00±4,40		72,48±12,23	
16 yıl ve üzeri	62 (28,7)	24,10±4,71		23,19±4,80		23,15±5,48		70,44±13,34	
Çalışma şekli									
16 saatlik	15 (6,9)	23,65±5,82		23,07±4,66		22,79±4,78		69,45±14,26	
24 saatlik	184 (85,2)	23,63±5,15	,608	22,94±4,62	,684	23,25±5,13	,878	69,82±13,67	,708
Sürekli gündüz	17 (7,9)	24,87±4,56		23,86±4,43		23,18±5,16		71,94±13,23	
Çalışma şeklinin özel hayatı etkileme durumu									
Olumlu	50 (23,2)	24,04±4,25		22,73±4,50		22,71±5,42		69,54±13,46	
Olumsuz	136 (62,9)	23,44±5,52	,674	23,16±4,74	,723	23,21±5,13	,798	69,70±14,42	,902
Etkisi yok	30 (13,9)	25,09±3,75		23,31±4,10		23,61±3,70		71,90±9,43	
Çalışılan birim									
Acil	52 (24,0)	23,87±4,91		23,65±4,38		23,65±4,93		71,17±13,28	
Pandemi Yoğun Bakım	43 (19,9)	22,91±5,84		21,74±4,34		22,14±4,55		66,79±13,97	
Genel Yoğun Bakım	51 (23,6)	23,31±5,24	,475	23,41±4,50	,069	23,37±5,05	,100	70,10±13,53	,148
Normal Servis	70 (32,5)	24,60±4,617		23,17±4,44		23,29±5,46		71,06±13,67	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 4.4'te hemşirelerin çalışma yılı, çalışma şekli, çalıştığı birim ve çalışma şeklinin özel hayatını etkileme durumuna göre ÇBASDÖ ölçek toplamı ve Aile, Arkadaş, Özel İnsan alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p > ,05$).

Tablo 4. 5: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

Sürekli Umut Ölçeği							
	N (%)	Alternatif Yollar Düşüncesi		Eyleyici Düşünce		Ölçek toplamı	
		$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Cinsiyet							
Kadın	149 (69)	26,01±4,37	,318	25,32±4,51	,690	51,33±7,94	,434
Erkek	67 (31)	26,63±4,46		25,75±4,17		52,37±7,93	
Yaş							
20-25	73 (33,8)	25,44±3,78 ¹	,020	24,62±3,68 ¹	,000	50,26±6,71 ¹	,002
26-33	63 (29,2)	27,37±4,21		26,60±4,67 ^{1,2}		53,97±8,12 ^{1,2}	
34-42	40 (18,5)	25,50±4,04		24,03±4,42 ²		49,53±7,80 ²	
43 ve üstü	40 (18,5)	26,08±5,69 ¹		26,60±4,55		52,68±8,95	
Medeni durum							
Evli	118 (54,6)	26,31±4,87	,389	25,54±4,86	,339	51,86±8,86	,313
Bekar	98 (45,4)	26,06±3,77		25,35±3,81		51,41±6,69	
Eğitim durumu							
Lise	22 (10,2)	24,43±5,04	,144	24,46±2,97	,115	48,56±7,24	,120
Önlisans	37 (17,1)	25,98±4,65		26,02±4,36		51,94±8,13	
Lisans ve lisansüstü	157 (72,7)	26,58±4,16		25,53±4,51		52,01±7,92	
Ekonomik Durum							
Gelir<Gider	31 (14,4)	27,57±5,36 ¹	,024	25,73±4,05	,858	53,26±8,27	,322
Gelir=Gider	142 (65,7)	26,19±4,08		25,65±4,16		51,74±7,35	
Gelir>Gider	43 (19,9)	25,33±4,77 ¹		24,77±5,34		50,09±9,48	
Eşin Çalışma durumu (n=118)							
Evli	109 (92,3)	26,35±4,69	,626	25,55±4,96	,628	51,84±8,76	,596
Hayır	9 (7,7)	26,06±7,37		25,59±4,07		51,57±10,56	
Eşin mesleği (n=109)							
Sağlık Çalışanı Değil	74 (67,8)	25,97±4,69	,172	25,22±4,81	,727	51,11±8,40	,460
Sağlık Çalışanı	35 (32,2)	27,23±4,55		26,17±5,10		53,41±9,23	
Çocuk sayısı							
Yok	111 (51,4)	26,22±3,63	,656	25,44±3,83	,076	51,60±6,83	,219
1	26 (12,0)	26,39±5,18		25,29±6,18		51,53±10,61	
2	58 (26,9)	25,74±5,06		24,97±4,56		50,63±8,65	
3 ve üstü	21 (9,7)	26,74±5,05		27,46±4,05		54,13±7,31	
Kronik Hastalık							
Hayır	197 (91,2)	26,06±4,38	,172	25,41±4,42	,727	51,56±8,07	,460
Evli	19 (8,8)	27,36±4,48		25,83±4,14		53,24±6,73	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), düzeltilmiş Bonferoni testi, 1,2 fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.5'te hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre SUÖ ölçek toplam ve alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hemşirelerin yaş değişkenine göre SUÖ ölçek toplam ve Alternatif Yollar Düşüncesi, Eyleyici Düşünce puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Fark yaratan alt gruplar incelendiğinde 43 ve üstü yaş grubunda olan hemşirelerin, 20-25 yaş grubundaki hemşirelere göre Alternatif Yollar Düşüncesi alt ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca 26-33 yaş grubundaki hemşirelerin, 20-25 yaş grubundaki hemşirelere göre ve 26-33 yaş grubundaki hemşirelerin 34-42 yaş grubundaki

hemşirelere göre SUÖ ölçek toplamı ve Eyleyici Düşünce alt ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$).

Hemşirelerin ekonomik durum değerlendirmelerine göre ise geliri giderinde düşük olan hemşirelerin, geliri giderinden yüksek olanlara göre SUÖ'nün Alternatif Yollar Düşüncesi alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < ,05$).

Hemşirelerin diğer sosyodemografik özellikleri olan cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, eşinin mesleği, çocuk sayısı ve kronik hastalık varlığının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 6: Hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

Sürekli Umut Ölçeği							
	N (%)	Alternatif Yollar Düşüncesi		Eyleyici Düşünce		Ölçek toplamı	
		$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p
Anne ilgili bilgiler							
Sağ	212(98,1)	26,23±4,39	,408	25,50±4,38	,237	51,73±7,89	,277
Ölü	4 (1,9)	24,75±4,92		23,00±5,41		47,75±10,34	
Aynı ilde yaşıyoruz	100 (46,2)	26,09±4,50	,726	25,37±4,64	,869	51,46±8,33	,801
Farklı illerde yaşıyoruz	116 (53,8)	26,42±4,26		25,69±3,99		52,12±7,21	
Yakın ilişki içindeyiz	137(64,6)	26,35±4,11	,917	25,73±4,04	,725	52,08±7,49	,837
Orta düzey ilişki	62 (29,2)	25,97±5,27		25,06±5,18		51,03±9,11	
İlişkimiz soğuktur	13 (6,2)	26,15±2,47		25,15±3,87		51,31±5,83	
Babanızla ilgili bilgiler							
Sağ	186(86,1)	26,19±4,32	,933	25,56±4,37	,435	51,76±7,77	,792
Ölü	30(13,9)	26,21±5,01		24,86±4,68		51,07±9,10	
Aynı ilde yaşıyoruz	110(59,1)	26,33±4,48	,642	25,62±4,32	,866	51,95±7,90	,863
Farklı illerde yaşıyoruz	76(40,9)	26,27±3,98		25,85±4,01		52,12±7,02	
Yakın ilişki içindeyiz	111(59,6)	26,58±3,84	,503	26,11±3,56	,326	52,68±6,80	,324
Orta düzey ilişki	63(33,8)	25,76±4,91		24,98±4,38		50,75±7,86	
İlişkimiz soğuktur	12(6,6)	24,92±5,12		23,58±8,76		48,50±13,44	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tablo 4.6'da hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre SUÖ ölçek toplam ve alt ölçekleri puan ortalamasına göre karşılaştırmaları verilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 7: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre SUÖ alt ölçek ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

	Sürekli Umut Ölçeği						
	Alternatif Yollar Düşüncesi			Eyleyici Düşünce		Ölçek toplamı	
	N (%)	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Çalışma yılı							
1 yıldan az	54 (25,0)	26,15±3,74		25,30±3,93		51,44±6,87	
1-5 yıl	46 (21,3)	25,89±4,06		25,74±4,15		51,63±7,21	
6-10 yıl	29 (13,4)	27,03±4,49	,584	24,86±5,06	,823	51,90±9,22	,763
11-15 yıl	25 (11,6)	27,00±4,23		26,08±4,86		53,08±8,44	
16 yıl ve üzeri	62 (28,7)	25,76±5,16		25,40±4,55		51,16±8,60	
Çalışma şekli							
16 saatlik	15 (6,9)	25,22±5,15		25,53±4,71		50,85±8,53	
24 saatlik	184 (85,2)	26,13±4,26	,287	25,31±4,45	,228	51,46±7,80	,187
Sürekli gündüz	17 (7,9)	27,50±4,72		26,96±4,13		54,56±8,05	
Çalışma şeklinin özel hayatı etkileme durumu							
Olumlu	50 (23,2)	27,45±4,44		25,97±3,63		53,32±7,23	
Olumsuz	136 (62,9)	25,77±4,43	,045	25,23±4,61	,635	50,97±8,25	,180
Etkisi yok	30 (13,9)	26,20±3,82		25,82±4,60		52,18±7,59	
Çalıştığı birim							
Acil	52 (24,0)	26,56±4,53		25,87±4,31		52,42±7,90	
Pandemi Yoğun Bakım	43 (19,9)	25,49±3,68	,070	24,28±3,60 ¹	,033	49,77±6,31 ¹	,026
Genel Yoğun Bakım	51 (23,6)	27,47±3,42		26,65±3,69 ¹		54,12±6,46 ¹	
Normal Servis	70 (32,5)	25,44±5,12		25,00±5,16		50,44±9,31	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), düzeltilmiş Bonferoni testi, 1,2 fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.7’de hemşirelerin çalışma özelliklerine göre SUÖ ölçek toplam ve alt ölçekleri puan ortalamasına göre karşılaştırılması verilmiştir. Hemşirelerin çalıştığı birimlere göre verdiği cevaplarda SUÖ ölçek toplamı ve Eyleyici Düşünce alt ölçeğine göre genel yoğun bakımda çalışan hemşirelerin pandemi yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre istatistiklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). Hemşirelerin çalışma yılı, çalışma şekli ve çalışma şeklinin özel hayatını etkileme durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 8: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇSOMÖ'nün alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği				
	Olumlu Çocuk Sahibi Olma			Olumsuz Çocuk Sahibi Olma	
	N (%)	$\bar{X}\pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X}\pm SS$	<i>p</i>
Cinsiyet					
Kadın	149 (69)	75,97±20,26	,000	37,12±15,27	,000
Erkek	67 (31)	86,10±19,57		45,46±13,61	
Yaş					
20-25	73 (33,8)	79,54±16,30	,159	43,86±13,06	,031
26-33	63 (29,2)	76,05±22,65		37,84±14,38	
34-42	40 (18,5)	77,41±21,53		37,36±15,93	
43 ve üstü	40 (18,5)	84,83±22,42		37,43±18,31	
Medeni durum					
Evli	118 (54,6)	80,92±21,33	,111	36,72±15,89	,002
Bekar	98 (45,4)	76,93±19,45		43,31±13,66	
Eğitim durumu					
Lise	22 (10,2)	78,72±21,65	,825	47,73±16,69 ¹	,014
Ön lisans	37 (17,1)	75,14±26,33		35,35±12,85 ¹	
Lisans ve lisansüstü	157 (72,7)	80,06±18,82		39,61±15,20	
Ekonomik Durum					
Gelir<Gider	31 (14,4)	72,16±26,82	,326	36,95±17,83	,191
Gelir=Gider	142 (65,7)	80,43±19,85		39,29±14,95	
Gelir>Gider	43 (19,9)	79,50±16,82		43,17±13,83	
Eşin çalışma durumu (n=118)					
Evet	109 (92,3)	80,75±21,63	,278	35,55±15,23	,000
Hayır	9 (7,7)	83,66±18,02		50,44±18,25	
Eşin mesleği (n=109)					
Sağlık çalışanı değil	74 (67,8)	77,55±21,54	,015	36,02±15,73	,787
Sağlık çalışanı	35 (32,2)	87,24±20,64		34,75±14,22	
Çocuk sayısı					
Yok	111 (51,4)	78,55±19,63	,080	42,82±13,95	,895
1	26 (12,0)	72,16±21,65		35,25±13,62	
2	58 (26,9)	80,94±21,13		36,28±16,46	
3 ve üstü	21 (9,7)	85,40±20,45		38,03±17,45	
Kronik hastalık					
Hayır	197 (91,2)	79,03±20,63	,111	39,86±15,12	,785
Evet	19 (8,8)	79,45±19,77		38,56±16,33	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), düzeltilmiş Bonferoni testi, 1,2 fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.8'de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Olumlu ÇSOMÖ alt ölçeğinde cinsiyet ve eşin sağlık çalışanı olma durumlarının fark yarattığı görülmüştür. Erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre, eşi sağlık çalışanı olanların olmayanlara göre Olumlu ÇSOMÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Hemşirelerin diğer sosyodemografik özellikleri olan yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, eşin çalışma durumu, çocuk sayısı ve kronik hastalık varlığının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeğinde ise cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve eşin çalışma durumlarının fark yarattığı görülmüştür. Bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre, lise mezunu hemşirelerin önlisans mezunu hemşirelere göre ve eşi çalışmayan hemşirelerin eşi çalışan hemşirelere göre Olumsuz ÇSOMÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p < ,05$). Hemşirelerin diğer sosyodemografik özellikleri olan yaş, ekonomik durum, eşinin mesleği, çocuk sayısı ve kronik hastalık varlığının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 9: Hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	N (%)	Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği			
		Olumlu Çocuk Sahibi Olma		Olumsuz Çocuk Sahibi Olma	
		$\bar{X} \pm SS$	p	$\bar{X} \pm SS$	p
Annenizle ilgili bilgiler					
Sağ	212(98,1)	78,92±20,48	,292	40,08±15,11	,010
Ölü	4 (1,9)	89,00±24,91		19,75±7,32	
Aynı ilde yaşıyoruz	100 (46,2)	80,14±22,11	,102	40,85±16,45	,411
Farklı illerde yaşıyoruz	116 (53,8)	77,11±17,74		38,94±12,87	
Yakın ilişki içindeyiz	137(64,6)	77,84±20,62	,478	38,61±14,76	,163
Orta düzey ilişki	62 (29,2)	81,71±18,84		43,05±15,95	
İlişkimiz soğuktur	13 (6,2)	77,08±26,41		41,54±13,41	
Babanızla ilgili bilgiler					
Sağ	186(86,1)	69,70±13,99	,436	40,80±14,76	,010
Ölü	30(13,9)	72,24±10,99		32,34±16,60	
Aynı ilde yaşıyoruz	110(59,1)	81,07±21,39	,091	41,60±16,24	,401
Farklı illerde yaşıyoruz	76(40,9)	77,28±17,93		39,31±12,22	
Yakın ilişki içindeyiz	111(59,6)	78,42±20,62	,457	38,34±13,29	,021
Orta düzey ilişki	63(33,8)	80,86±19,29		43,98±16,22	
İlişkimiz soğuktur	12(6,6)	85,33±16,23		46,75±16,14	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), düzeltilmiş Bonferoni testi, 1,2 fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.9’da hemşirelerin ebeveyn özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçekleri puan ortalamasının karşılaştırılması yapılmıştır ve istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > ,05$).

Olumsuz Çocuk Sahibi Olma Motivasyonu alt ölçeğinde hemşirelerin hem annenin hem de babanın hayatta olma durumunun fark yarattığı gözlenmiştir. Anne ya da babası sağ olan hemşirelerin, anne ya da babası ölmüş hemşirelere göre Olumsuz Çocuk Sahibi Olma Motivasyonu alt ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 05$).

Tablo 4. 10: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	N (%)	Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği			
		Olumlu Çocuk Sahibi Olma		Olumsuz Çocuk Sahibi Olma	
		$\bar{X}\pm SS$	<i>p</i>	$\bar{X}\pm SS$	<i>p</i>
Çalışma yılı					
1 yıldan az	54 (25,0)	78,56±18,35		41,76±12,95 ¹	
1-5 yıl	46 (21,3)	82,67±13,87		47,46±12,24 ^{2,3,4}	
6-10 yıl	29 (13,4)	68,69±26,16	,152	32,93±14,84 ²	,000
11-15 yıl	25 (11,6)	77,92±23,47		30,60±10,83 ^{1,3}	
16 yıl ve üzeri	62 (28,7)	82,31±21,22		39,02±17,62 ⁴	
Çalışma şekli					
16 saatlik	15 (6,9)	69,12±25,23		34,86±19,55	
24 saatlik	184 (85,2)	80,83±19,65 ¹	,018	40,64±15,06	,093
Sürekli gündüz	17 (7,9)	68,95±21,43 ¹		33,56±10,85	
Çalışma şeklinin özel hayatı etkileme durumu					
Olumlu	50 (23,2)	77,54±18,96		39,03±14,31	
Olumsuz	136 (62,9)	78,66±21,42	,342	39,75±15,92	,893
Etkisi yok	30 (13,9)	83,85±18,68		40,56±14,01	
Çalıştığı birim					
Acil	52 (24,0)	80,63±20,34		41,77±14,20	
Pandemi Yoğun Bakım	43 (19,9)	73,95±23,18		38,00±14,56	
Genel Yoğun Bakım	51 (23,6)	80,69±18,40	,523	39,37±13,67	,832
Normal Servis	70 (32,5)	80,00±20,40		39,47±17,48	

Bağımsız örneklerde t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), düzeltilmiş Bonferoni testi, 1,2 fark yaratan alt gruplar

Tablo 4.10’da hemşirelerin çalışma özelliklerine göre ÇSOMÖ alt ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Olumlu ÇSOMÖ alt ölçek toplam puanında hemşirelerin çalışma şekillerinin fark yarattığı görülmektedir. Çalışma şekli 24 saat olan hemşirelerin, çalışma şekli sürekli gündüz olan hemşirelere göre Olumlu ÇSOMÖ alt ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Hemşirelerin diğer çalışma özellikleri olan çalışma yılı, çalışmanın özel hayatı etkileme durumu ve çalıştığı birimde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçek toplam puanında hemşirelerin çalışma yıllarının fark yarattığı görülmektedir. 1 yıldan az çalışan hemşirelerin 11-15 yıl çalışan hemşirelere göre ve 1-5 yıl çalışan hemşirelerin 6-10 yıl çalışan hemşirelere göre Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). 6-10 yıl çalışan hemşirelerin 11-15 yıl çalışan hemşirelere göre ve 1-5 yıl çalışan hemşirelerin 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelere göre Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Hemşirelerin diğer çalışma özellikleri olan çalışma şekli, çalışmanın özel hayatı etkileme durumu ve çalıştığı birimde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > ,05$).

Tablo 4. 11: ÇBASDÖ, SUÖ ve ÇSOMÖ ölçeklerinin arasındaki ilişki.

		Olumsuz ÇSOMÖ	Olumlu ÇSOMÖ	ÇBASDÖ
Sürekli Umud Ölçeği	r	-,033	,101	,287
	p	,631	,139	,000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	-,006	,264	1
	p	,932	,006	-

*p< ,05

Tablo 4.11’de ÇBASDÖ, SUÖ ve ÇSOMÖ ölçeklerinin arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon uygulanmıştır. SUÖ ile ÇBASDÖ arasında anlamlı düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= ,287$ $p< ,05$), ÇBASDÖ ile Olumlu ÇSOMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= ,264$ $p< ,05$).

Tablo 4. 12: ÇBASDÖ ve SUÖ'nün Olumlu ÇSOMÖ'ne etkisine ilişkin regresyon analizi.

Model	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken: Olumlu ÇSOMÖ								
		β	SH	Beta	t	p	F	Model (p)	R2	Durbin Watson
1	Sabit	51,482	10,077	-	5,109	,000*	7,967	,000*	,070	1,597
	SUÖ	-,006	,179	-,002	-,035	,972				
	ÇBASDÖ	,399	,104	,264	3,833	,000*				

*p< ,05

SUÖ ve ÇBASDÖ değişkenlerinin Olumlu ÇSOMÖ üzerindeki etkisini araştırmak için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=7,967$; $p< ,05$).

Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; ÇBASDÖ değişkeninin Olumlu ÇSOMÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($t=3,833$, $p< ,05$). ÇBASDÖ değişkenindeki bir birimlik artış, Olumlu ÇSOMÖ üzerinde 0.399’luk artışa sebep olmaktadır ($\beta=0,399$). Olumlu ÇSOMÖ üzerindeki değişimin %7’sini açıkladığı görülmektedir ($R^2= ,070$). Durbin Watson değerinin 1,5 ile 2,5 arasında olduğu ve modelde otokorelasyon sorununun bulunmadığı görülmektedir (DW: 1,597).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin sosyal destek algıları ve umut düzeylerinin doğurganlık motivasyonuna etkisini inceleyen bu araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çoğunluğunun kadın, 20-25 yaş aralığında, evli, lisans mezunu, geliri giderine eşit olduğu saptanmıştır. Katılımcı hemşirelerin yarısından biraz fazlasının henüz çocuğu yok iken, çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Hemşirelerin ebeveynlerine bakıldığında ise çoğunluğunun annesi sağdır, farklı illerde ikamet etmekte ve annesi ile yakın ilişki içinde olduğunu bildirmektedir. Hemşirelerin çoğunluğunun babası sağ iken, babayla aynı şehirde yaşadığı ve babası ile yakın ilişki içinde olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yılı $8,25\pm 3,57$ yıl olup, çoğunluğu 24 saatlik nöbet tutmakta, KOVİD 19 dışı servislerde çalışmakta ve çalışma şekillerinin özel hayatı olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Alanyazın incelendiğinde hemşirelerle yapılan bir çalışmada Şanlıurfa ilinde doğurganlık üzerine yaptıkları çalışmalarına katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $33,2\pm 6,2$ olup çalışma süresi ortalaması $11,1\pm 6,6$ yıl olduğu görülmüştür (117). Karakurt ve Ekinci'nin (2015) hemşirelerin algılanan sosyal destek düzeyini inceledikleri çalışmaları Erzurum ilinde 346 hemşirenin katılımıyla yapılmıştır (55). Çalışmaya katılan hemşirelerin %48,3'ünün 26-31 yaş grubunda, %57,2 sinin bekar, %89,3'ünün annesinin hayatta olduğu, %74,6'sının babasının hayatta olduğu, %48,6'sının lisans mezunu olduğu ve %50,3'ünün 1-5 yıldır hemşirelik yaptığı bulunmuştur (55).

Hemşirelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $70,01\pm 13,61$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek ve düşük puan (12-84) düşünüldüğünde çalışmaya katılan hemşirelerin sosyal destek algılarının yüksek olduğu söylenebilir. Hu ve ark. (2018) yaptığı çalışmada sosyal destek puan ortalamasının $64,07\pm 10,16$ (147), Polat ve ark. (2018) yaptığı çalışmada $67,49\pm 15,91$ (13), Karakut ve Ekinci'nin (2015) yaptığı çalışmada ise $59,84\pm 18,90$ olduğu görülmektedir (55). Bu doğrultuda çalışma kapsamındaki hemşirelerin yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olduğu düşünülmektedir. Bu durumun daha çok yaşanılan ilin ve hastanenin özellikleri ile ilgili olduğu, Kırşehir ilinin merkezde toplam 153.000 nüfusa sahip olduğu ve 67 mahalleden oluştuğu düşünüldüğünde küçük bir şehirde yaşamının avantajlarının buna katkı sağladığı söylenebilir. Bu sayede hastane ile hemşirelerin yaşam alanlarının mesafe olarak yakın olması, bu durumun ev hayatını yönetmeye kolaylık sağladığı, yine güçlü komşuluk/akrabalık ilişkilerinin küçük şehirlerde daha yaygın olmasının hemşirelerin hayatlarına destek sağladığı ve puanın yüksek olmasına katkı sağladığı düşünülebilir.

Araştırmada ÇBASDÖ ölçek toplam ve Aile, Arkadaş, Özel İnsan alt ölçek toplam puanları karşılaştırıldığında evli olanların bekârlara göre, eşi çalışan hemşirelerin eşi çalışmayanlara göre daha yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). Karakurt ve Ekinci'nin (2015) çalışmalarında benzer şekilde evli hemşirelerin, evli olmayan hemşirelere göre algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (55). Bireylerin karşılaştıkları problemleri çözmeleri için çevrelerinden aldıkları gücün sosyal destek olduğu düşünüldüğünde, hemşirelerin evlilikle birlikte bir eşe sahip olduğu ve bu durumun eş ve eşin ailesi tarafından destek görmeleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Evli bireylerin eşin desteği ile birlikte hem kendilerini daha iyi hissettikleri hem de karşılaştıkları problemleri çözebilmek için gereken gücü kendilerinde hissettikleri vurgulanmıştır (55). Evli hemşirelerin sosyal destek kaynaklarının daha fazla olduğu, bu nedenle evlilerin bekarlardan daha az iş yaşamından kaynaklanan iş-aile çatışması yaşadığı düşünülmektedir. Aile desteği algısının iş-aile çatışmasını ters yönde etkilediği ve bu doğrultuda evlilikle birlikte gelen sosyal desteğin hemşirelerin aile içi çatışmaları yaşamasını, iş stres düzeyini, huzursuzluğun iş performansı üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığı bildirilmiştir (13). Özellikle eşin çalışma durumunun gelirin artması, çalışan eşin kendisinin de iş yaşamı deneyiminden yola çıkarak çalışma ortamını anlaması ile eşe daha fazla anlayış ve destek sağlamasının mümkün olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada hemşirelerin annesiyle ve babasıyla yakın ilişki içinde olma durumlarının ÇBASDÖ ölçek toplam ve Arkadaş ve Özel İnsan alt ölçek puan ortalamalarında fark yarattığı, annesi ve babası ile yakın ilişki içinde olan hemşirelerin diğer hemşirelere göre yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Erzurum ilinde 424 hemşire ile yapılan çalışmada hemşirelerin ortanın üstünde sosyal destek algısına sahip olduğu ve hemşirelerin medeni durumu, kardeş sayısı, ebeveyn tutumu, babanın hayatta olma durumu gibi değişkenlerden etkilendiği saptanmıştır (55). Hemşirelerin sosyal destek algısıyla ilgili bir başka çalışmada ise hemşirelerin en çok arkadaşlarından ve aileden, diğer önemli kişilerden gelen sosyal destek ve daha yüksek aylık gelirin önemli fark yarattığı bulunmuştur (147). Araştırma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Kişiler yetişkinlik döneminde bir ebeveynin direk bakımına ihtiyaç duymasa da anne ve babanın desteğine hala ihtiyaç duymaktadır. Anne babasını kaybeden bireyleri daha fazla yalnızlık, stres, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (148). Koyuncu (2015) yaptığı araştırmada, anne babasını kaybeden bireylerin sosyal destek sisteminde aksaklıklar olduğu, bu durumun depresyona yol açtığı ve bireylerin daha çok duygu odaklı başa çıkma

yöntemlerini kullandıkları belirtmiştir (149). Yetişkin yaşamında da özellikle hastalık durumları, olumsuz yaşam krizleri ya da çocuk bakımı gibi konularda en güvenilir ve koşulsuz desteğin ebeveynler tarafından verildiği düşünüldüğünde anne ve babasıyla ilişkisini yakın olarak değerlendiren hemşirelerin daha yüksek sosyal desteğe sahip olmalarının doğal bir sonuç olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin umut düzeyleri incelendiğinde SUÖ ölçek toplam puan ortalamasının $51,65 \pm 7,93$ olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puan (8-64)'dir ve buna göre çalışmaya katılan hemşirelerin orta düzeyde umuda sahip olduğu belirlenmiştir. Bilgiç ve ark. (2017) yaptığı çalışmada 353 hemşirelik öğrencisinin umut düzeylerinin ortanın üzerinde olduğu belirtilmiştir (150). Alanyazına bakıldığında umut ile ilgili çalışmalardan çok umutsuzluk kavramına yönelik çok daha fazla çalışma olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan 2156 kişiden 1121 kişinin sağlık çalışanı olduğu bir çalışmada, sağlık çalışanlarının diğer mesleklere göre umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin umutsuzluk düzeylerinin, doktorların umutsuzluk düzeylerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (151). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı içindeki stres faktörünün ve deneyimlerinin çalışılan hastanenin üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi veya devlet hastanesi ile ilgili olabileceği bilinmektedir. Bu doğrultuda çalışma koşullarının ağırlaşmasının duygusal ve fiziksel olarak yıpranmanın artmasına neden olduğu, özellikle üniversite hastanelerine zor vakaların transferi ile burada çalışan sağlık çalışanlarının ölüm, kayıp gibi yaşamsal krizlere daha fazla eşlik etmesinin umutsuzluğu artırabileceği düşünülebilir. Araştırma kapsamına alınan hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olduğu, zor vakaların sevk edilmesi ve çalışma ortamında personel eksiğinin kıyasla az olmasının araştırmaya katılan hemşirelerin umut düzeylerini olumlu etkilediği söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin umut düzeylerinin ölçek toplamında ve alt ölçek boyutlarının tamamında yaş değişkeninin fark yarattığı saptanmıştır. Fark yaratan alt gruplara bakıldığında 26-33 ve 45 yaş üstü hemşirelerin diğerlerine göre umut düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Altay ve ark. (2010) hemşirelerin yaşları ilerledikçe aile desteklerinin arttığını ve bu durumun tükenmişlik düzeylerinde azalma ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (57). Taycan ve ark. (2006) işe yeni başlayan hemşirelerde kendilerini yetersiz ve başarısız hissetmelerinden dolayı kişisel başarısızlık ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (152). Günüşen ve Üstün (2008) ise bireysel başarı duygusunda azalmanın tükenmişlik düzeyini arttıracığını belirtmişlerdir (153). Çalışma yılı arttıkça hemşirelerin kendine güvenmeme, tecrübe eksikliği ve stresörlerle baş edememe gibi problemlerin

çözümlendiğini ve tükenmişlik düzeylerinin azaldığını belirtmişlerdir (152). Çalışma bulgusunun alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir. Özellikle yeni işe başlayan 18-25 yaş dönemindeki hemşirelerin umut düzeyinin düşük olmasının genç yetişkinlik döneminde yeni işe başlama, işte acemi olma, eş seçimi, eğitim hayatına devam etme gibi pek çok belirsizliğin ve stresin olduğu bir dönem olmasının neden olduğu düşünülebilir. Bu dönem sonrasında hemşirelerin evliliklerinin gerçekleşmesi, çocuk sahibi olmaları gibi belirsizliklerin çözülmesi nedeniyle umut düzeylerinin kademeli olarak yükseldiği söylenebilir. Hemşirelerin aile hayatındaki yaşamsal değişikliklerin ve krizlerin umut düzeylerini etkilemesi sonucu çocuklarının ergenlik dönemleri veya okul hayatlarındaki sınav dönemleri gibi unsurlarında orta yaş grubu olan hemşirelerde tekrar bir azalmaya yol açtığı düşünülebilir.

Hemşirelerin çalıştığı birimlere SUÖ ölçek toplamı ve Eyleyici Düşünce alt ölçeğine göre genel yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, pandemi yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). Palfi ve ark. (2008) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin diğer servislere göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (154). Metin ve Özer (2007) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (102). Yoğun bakım biriminde yapılan başka bir çalışmada ise, hemşirelerde %86 oranında duygusal tükenme ve umutsuzluk varlığı belirtilmiştir (155.). Pappa ve ark. (2020) pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini incelediği bir meta-analiz çalışmasında sağlık çalışanlarının çoğunluğunda depresyon ve anksiyete semptomları olduğu görülmüştür. KOVID-19 sırasında sağlık çalışanlarının anksiyete oranının %23,2 ve depresyon oranının %22,8 olduğu belirtilmiştir (156). Pandemi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin umut düzeylerinin daha düşük düzeyde olmasının çalışılan ortamı ve iş yükü yoğunluğu kadar KOVID-19 enfeksiyonun bulaş riskinin yüksek olmasından, ağırlaşan, entübe olan ve ölen hasta sayısının diğer yoğun bakımlardan yüksek olmasından, bu ortamın ve deneyimlerinin, anksiyete, kaygı düzeyini yükselterek hemşirelerin umut düzeylerini olumsuz etkilemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin ekonomik durum değerlendirmelerine göre geliri giderinden düşük olan hemşirelerin, geliri giderinden yüksek olanlara göre SUÖ'nün Alternatif Yollar Düşüncesi alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). Bireylerin ekonomik koşullarının yetersiz olması, yaşam için stres yaratan bir unsur olsa da aynı zamanda kişilerin gelişimi için bir fırsat sunabilir. Kaynaklar kısıtlı oldukça, bu kaynağı kullanan kişilerin daha dikkatli davranabildiği ve durumu etkili yönetmek için daha fazla

alternatif üretmeye yöneldiği bilinmektedir. Umut, insana elinden geleni istekli bir şekilde yaptığında zorlukların üstesinden gelinebileceğini aşılır. Umutlu bireylerin hedeflerine ulaşmak için durmaksızın, daha istekli bir şekilde çalışarak geleceğe dair endişeler hissetmemeleri beklenir (157). Forbes'ın (1994) yaptığı çalışma incelendiğinde umutlu bireylerin birçok sorun ve kayıplar ile baş edebildiklerini ve umut duygusu sayesinde engeller karşısında daha sağlam durduklarını belirtmiştir (158). Bu bağlamda ekonomik olarak durumu iyi olmayan hemşirelerin baş etmek için daha fazla alternatif yollar ürettiği söylenebilir.

Araştırmada incelenen bir diğer değişken ise hemşirelik doğurganlık motivasyonlarına yöneliktir. Doğurganlık hızı, doğurganlık motivasyonuna yönelik önemli bir veridir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %26'sının iki çocuğa sahip olduğu ve evli hemşirelerin ortalama çocuk sayısının $1,6\pm 0,9$ olduğu saptanmıştır. Alanyazın incelendiğinde Öztürk ve ark. (2009) Afyon ilinde yaptığı çalışmada sağlık çalışanı olan kadınların ortalama çocuk sayısının $1,3\pm 0,8$ olduğu belirlenmiştir (159). Dünder'ın (2005) Samsun ilinde yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanı kadınların ortalama çocuk sayısının $1,8\pm 0,6$ olduğu bildirilmiştir (160). Koruk ve ark. (2017) Şanlıurfa ilinde yaptıkları çalışma incelendiğinde sağlık çalışanı kadınların ortalama çocuk sayısının $1,6\pm 0,8$ olduğu bulunmuştur (117). TNSA 2018'de Türkiye'deki doğurganlık düzeyinin kadın başına ortalama 2,3 çocuk düzeyinde olduğu belirtilmiştir (161). Araştırmamızda ve diğer çalışmalarda sağlık çalışanı olan kadınların Türkiye'deki ortalama çocuk sayısından daha az çocuk sahibi oldukları görülmektedir. Bu durumun vardiyalı çalışma biçimi, çalışma sürelerinin uzunluğu, öngörülmez çalışma takvimi, genel tatil ve hafta sonu kavramlarından bağımsız tatil-dinlenme zamanlarına sahip olunması ile ortaya çıkan sorunlarla ilgili olduğu söylenebilir. Çocuk yetiştirmek yetişkin bireyler için ek sorumluluklar getirmekte ve çocuk bakımı hem maddi hem de manevi kaynakları gerektirmektedir (163). Özellikle hemşirelik gibi çoğunluğunun kadın olduğu, sıklıkla devlet ataması ile işe başlayan, sınav puanına göre il seçimi yapılarak ebeveynlerden uzak illerde göreve başlanılan ve stresli çalışma ortamını içeren bir meslekte, sosyal destek gibi kaynakları yönetmenin güç olduğu, bunun da doğurganlığı olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin doğurganlık motivasyonları incelendiğinde Olumlu Çocuk Sahibi Olma alt ölçeği puan ortalaması $79,11\pm 20,55$ olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilen en yüksek ve en düşük puan (22-110) değerlendirildiğinde hemşirelerin olumlu doğurganlık motivasyonlarının ortanın üstünde düzeyde olduğu görülmektedir. Öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olma puan ortalamasının $75,36\pm 18,43$ olduğu bildirilmiştir (163). Araştırmaya katılan hemşirelerin alanyazınla benzer şekilde olumlu çocuk sahibi olma

motivasyonların yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Olumlu çocuk sahibi olma motivasyonu alt ölçeğinde cinsiyet ve eşin sağlık çalışanı olma durumlarının fark yarattığı görülmüştür. Erkek hemşirelerin ve eşi sağlık çalışanı olanların olumlu çocuk sahibi olma motivasyonlarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Çocuğun kişilik gelişimi açısından ilk eğitimcisi aile olarak bilirse de toplumumuzda bu sorumluluğun büyük bir kısmı anne üzerindedir (164). Anne bakım verici rolünü üstlendiği için hasta veya sağlıklı çocuklarıyla ilgilenmesi gerektiğinde kişisel ve sosyal hayatından ilk vazgeçen kişi olmaktadır (165). Nergiz ve Uluç (2017) görme yetersizliği çocuğu olan anne ve babaları kıyasladığı çalışmalarında, annelerin babalara göre stres kaynaklarının ve yaşadığı zorlukların daha fazla olduğu ve anksiyetelerinin babalardan daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (166). Gebelik, doğum ve emzirme süreci zorunlu olarak kadınlar tarafından gerçekleştirilse de çocuğun bakımında her iki cinsin de yapabileceği sorumluluklar bulunmakta, fakat toplumsal cinsiyet rolleriyle erkeklerin yapabileceği bakım işleri de kadına yüklenmektedir. Bu doğrultuda erkeklerin kadınlara göre daha az sorumluluk alması ve doğumla birlikte kadınlara göre yüklerinin daha az olmasının, kadınlara göre olumlu çocuk sahibi olma motivasyonlarının daha yüksek olmasına yol açtığı söylenebilir. Eşi çalışmayan bireylerin de benzer şekilde, eşin sürekli evde olması ile özellikle çocuk bakımında evde olan eş nedeniyle daha az sorun yaşanması ile motivasyonlarının yüksek olmasına sebep olduğu söylenebilir.

Olumlu Çocuk Sahibi Olma Motivasyonu alt ölçeğinde hemşirelerin çalışma şekillerinin fark yarattığı görülmektedir. Çalışma şekli 24 saat olan hemşirelerin, çalışma şekli sürekli gündüz olan hemşirelere göre olumlu motivasyonunun daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Canbaz ve ark. (2005) kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık durumlarıyla ilgili yaptığı çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının %65'inin gebeliği sürecinde ayda ortalama $7,2 \pm 2,0$ nöbet tuttuğunu ve tutulan bu nöbetlerin doğurganlık üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir (141). Araştırmamızda da 24 saat çalışma şeklinin doğurganlık motivasyonu üzerine olumlu etkisinin olduğu görülmektedir. Bu durumun 24 saat çalışma sonrası hemşireleri iki gün izinli sayılması, bir ayda toplam 7-10 sayıda 24 saat çalışarak gereken mesaiyi tamamlaması ile dinlenen ve evde geçirilen gün sayısının artmasının sebep olduğu söylenebilir. Hemşireler dinlenme günlerinde çocuk bakımı için desteğe ihtiyaç duymamakta, kendileri çocuklarına bakabilmektedir. Günlük çalışma düzenindeki hemşirelerin daha kısa süreli çalışma süreleri olsa da haftanın beş günü işe gitme durumunun, çocukların bakımında daha fazla destek arayışına neden olduğu ve doğurganlık motivasyonunu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin Olumsuz Çocuk Sahibi Olma alt ölçeği toplam puan ortalaması $39,71 \pm 15,24$ 'tir. Ölçekten alınabilen en yüksek ve en düşük puana (13-65) göre orta düzey olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonuna sahip oldukları görülmektedir. Öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olma ölçek toplam puanlarının $40,39 \pm 10,68$ olduğu belirlenmiştir (163). Olumsuz Çocuk Sahibi Olma alt ölçeğinde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve eşin çalışma durumlarının fark yarattığı görülmüştür. Erkek hemşirelerin kadınlara göre, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre, lise mezunu hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelere göre, eşi çalışmayan hemşirelerin eşi çalışan hemşirelere göre Olumsuz Çocuk Sahibi Olma Motivasyonlarının daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < ,05$). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'deki kadınların ilk evlilik yaşları 21,4'tür (161). Koruk ve ark. (2017) Şanlıurfa'da sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 24,4 olduğu bulunmuştur (117). Sağlık çalışanlarının ilk evlilik yaşları Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu ve bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonlarının yüksek olmasının kıyasla evlilik yaşını da arttırdığı söylenebilir. Koruk ve ark. (2017) Şanlıurfa da yaptığı çalışmada eşin esnaf olması gebelik sayısını arttıran bir faktör olarak tanımlanmıştır (117). Bu durum artan gelir ya da erkeğin eğitim düzeyi ile açıklanmıştır. Selim ve Üçdoğru (2003) Türkiye'deki yedi ilin verilerini kullandığı çalışmasında kadının işinden elde ettiği gelirdeki artış, kadınların çocuk sahibi olma dönemlerinin ertelenmesine sebep olduğundan çocuk sayısı ile negatif ilişkili ancak hane halkı gelirinin artmasının çocuk sayısı ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (118). Portekiz'de 18-45 yaş arası 2404 katılımcı ile doğurganlık üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %95,5'inin gelecekte çocuk sahibi olmayı istediği ve erkek katılımcıların kadınlara göre daha istekli olduğunu belirtmiştir. Bu isteklerin finansal istikrardan çok, ilişki istikrarına bağlı olduğu vurgulanmıştır (167). Zhang (2017), Çin'de kadınların doğurganlık düzeyini etkileyen faktörlerin başında gelir durumu ve eğitim düzeyinin geldiğini bildirmektedir. Gelir düzeyinin ve eğitim düzeyinin artması ile doğurganlık arasında negatif bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (168). Çocuk doğurma düşüncesinin evlilikten bir beklenti olarak algılandığı İran'da, katılımcıların çocuk doğurma motivasyonlarının eğitim düzeyi, evlilik yaşı ve dini faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (169). Yine 18-35 yaş arası 450 kadınla yapılan ve çocuk doğurma motivasyonunun araştırıldığı bir çalışmada yaşın, eğitim düzeyinin ve gelir düzeyinin çocuk sahibi olma isteğini etkilediği bildirilmiştir. Yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça olumsuz çocuk sahibi olma isteği artmaktadır. Ayrıca eşinin çalışmaması da olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonunu desteklemektedir (170). Motlagh ve ark. (2016) yaptığı araştırmada çocuk

doğurma isteksizliğinin önemli nedenleri arasında kadınların yaşının artması, gelir düzeyinin artması ve eğitim seviyesi artması olduğunu göstermiştir. (171.) Doğu Asya'da 243 katılımcı ile yapılan bir araştırmada sosyal statüsü yüksek ve prestijli bir iş sahibi olmak için güçlü rekabetin olduğu yaşama sahip bireylerin çocuk sahibi olma isteklerinin düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (172). Araştırma bulgularının bir kısmının alanyazınla uyumlu olduğu görülmekte, eşi çalışmayan hemşirelerin olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonlarının daha yüksek düzeyde olmasının ekonomik kaygı ve gelir durumuyla ilişkili olduğu söylenebilmektedir. Araştırmamızda erkek katılımcıların olumsuz doğurganlık motivasyonu yüksek çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda örneklemin kadın katılımcılar ile gerçekleştirildiği görülmekte, erkek bireylere yönelik çalışmaların yetersizliği dikkat çekmektedir. Araştırma bulgusunun cinsiyet rolleri ile ilgili olduğu, gelire ve evi geçindirmekle ilgili temel sorumluluğun erkeklere, doğurmanın da kadınlara atfedilen roller arasında olmasından dolayı çocuk sahibi olmaktan kaynaklanan finansal zorluklar ve ekonomik yükün -kadınların bebek bakımı nedeniyle çalışmaması ile- erkekler tarafından sağlanması gerekliliği, erkeklerin daha yüksek düzeyde olumsuz doğurganlık motivasyonuna sahip olmasına yol açtığı söylenebilir.

Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeğinde hemşirelerin hem annenin hem de babanın hayatta olma durumunun fark yarattığı görülmüştür. Anne ya da babası sağ olan hemşirelerin, anne ya da babası vefat etmiş hemşirelere göre Olumsuz Çocuk Sahibi Olma Motivasyonu alt ölçeği puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Kutlar ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, çocuk bakıma ihtiyaç duyan bireylerin çocuklarını bırakabilecekleri aile üyelerinin bulunmamasının, kurumda kreş gibi imkânların yetersiz olmasının veya pahalı oluşunun kadınların ya evde işgücüne katılmasına ya da işten ayrılmalarına yol açtığı belirtilmiştir (130). Yapılan başka bir çalışmada kadınların doğum sonrası karşılaştığı bakım güçlükleri araştırıldığında bakıcı sorunu yaşadıkları ve doğum sonrası süreçte eşine, işine, bebeğine yetememe duygusu hissettikleri bildirilmiştir. Aynı araştırmada annelerin özellikle bebek ve ev içindeki hayata uyumunu kolaylaştıran unsurun “kendi annesinin” olduğunu belirtmesi ile ebeveyn desteğinin önemi vurgulanmıştır (173). 294 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada ise bireysel faktörlerin, ailesel faktörlerin, inanç veya finansal faktörlerin çocuk doğurma niyetini doğrudan etkilediği bulunmuştur (174). Araştırmada anne veya babası sağ olan hemşirelerin olumsuz doğurganlık motivasyonunun daha yüksek olmasının alanyazınla uyumlu olmadığı görülmektedir. Bu durumun araştırmaya katılan hemşirelerin yarsına yakınının bekâr olmasıyla ve ailesinden uzak bir ilde yaşaması nedeniyle istese de ebeveyn desteğini etkin kullanamamasının ilgili olduğu düşünülmektedir.

Olumsuz ÇSOMÖ alt ölçeğinde hemşirelerin çalışma yıllarının fark yarattığı görülmektedir. Fark yaratan gruplara bakıldığında 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin diğer hemşirelere göre olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonlarının en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Doğurganlık kısa vadede kadınların işgücüne katılımını azaltırken, uzun vadede artırabilmektedir (130). Ailede çocuk sahibi olunması ilk olarak özellikle kadının iş gücüne katılmasına engelleyici bir etki oluşturmaktadır (175). Bu nedenle 1-5 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin iş yaşamına daha yeni başladığı, mesleğe adapte olma, bilgi ve becerilerini geliştirmeyi isteme gibi kaygılarının ön planda olduğu, çalışma hayatı ve günlük yaşam entegrasyonunu sağlamaya odaklandıkları ve çocuk sahibi olmaktan daha farklı önceliklerinin bulunduğu düşünülmektedir. Zaman içinde bu odak noktalarının ve önceliklerinin değişmesi söz konusu olmakta, çalışma yılları ilerledikçe olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonu düzeylerinin azaldığı görülmektedir.

Araştırmada sosyal destek algısı, sürekli umut ve doğurganlık motivasyonu arasındaki ilişki incelenmiştir. ÇBASDÖ ile SUÖ ve ÇBASDÖ ile Olumlu ÇSOMÖ arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Umut yaşam devam ettiği sürece var olan, kişilere mücadele etmek ve zorluklara rağmen yaşama tutunmak için güç veren bir kaynaktır. Bu açıdan umut pek çok kavramla iç içedir. Umut ile ilişkili olan sosyal destek, stresle başa çıkma ve kaygı düzeyi gibi kavramlardan bahsedilmektedir (176). Sosyal desteğin, hem stres verici yaşam olaylarının oluşumunu hem de onların yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir (8). Bir il de 762 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada umudun stresörlerle baş etme üzerinde önemli düzeyde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (80). Korkut'un (2017) çalışmasında bakım elemanlarının çocuk sahibi olma durumunun anksiyete, algılanan sosyal destek ve tükenmişlik düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık yarattığı belirlenmiştir (28). Yapılan çalışmalarda sosyal destek sahibi olmanın tükenmişliğin etkilerini önlemek veya azaltmada önemli katkı sağladığı bildirilmektedir (177, 178).

Araştırmada sosyal destek algısının ve umut kavramının doğurganlık motivasyonuna etkisi incelenmiştir. ÇBASDÖ değişkeninin Olumlu ÇSOMÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. ÇBASDÖ değişkenindeki bir birimlik artış, Olumlu ÇSOMÖ üzerinde 0.399'luk artışa sebep olmaktadır. Olumlu ÇSOMÖ üzerindeki değişimin %7'sini açıkladığı görülmektedir. Mermer ve ark. (2010) yaptığı araştırmada kadınların, gebelik ile ilgili sosyal destek gereksiniminin yüksek olduğu, doğum sonrası dönemde sosyal destek algılarının gebelik dönemine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (179). Ayrıca anne, bebek ve dolaylı olarak aile sağlığının sürdürülebilmesi için gebelik ve

özellikle doğum sonrası dönemde sosyal desteğin sağlanmasının gerekli olduğu belirtilmiştir. Bir bebeğin yaşama katılmasıyla değişen yaşamda postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam olayları bulunmakta olup, sosyal destek ve doğurganlık faktörleri arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (179-181). Araştırma bulgularının alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olma motivasyonunun çok boyutlu bir değişken olup, bireysel, kültürel, psikolojik ve fizyolojik etkenler bireylerin bu kararı almasında etkili olabilir. Bireyler umutlu oldukça, geleceğe dair bakış açıları olumlu yönde olmaktadır. Yine çocuk doğumuyla birlikte artan sorumluluk ve sorunlara ilişki baş etme becerisinin güçlü olması hem umutla hem de bireylerin algıladıkları sosyal destekle bağlantılı olabilir. Özellikle doğum sonrası dönemde değişen yaşam şekline ve artan iş yüküne adaptasyonda sosyal desteğin varlığının bireyleri rahatlatacağı düşünülebilir. Bu açıdan umut arttıkça algılanan sosyal desteğin de arttığı ve bu durumun doğurganlık motivasyonunu olumlu etkilediği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin sosyal destek algıları ve umut düzeylerinin doğurganlık motivasyonuna etkisini inceleyen bu araştırma ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyal destek algısının yüksek düzeyde olduğu; evli olanların bekârlara göre, eşi çalışan hemşirelerin eşi çalışmayanlara göre, annesiyle ve babasıyla yakın ilişki içinde olanların olmayanlara göre daha yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olduğu bulunmuştur ($p < ,05$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin umut düzeyinin orta düzeyde olduğu; 26-33 ve 45 yaş üstü hemşirelerin diğerlerine göre, genel yoğun bakımda çalışan hemşirelerin pandemi yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre, geliri giderinden düşük olan hemşirelerin, geliri giderinden yüksek olanlara göre daha yüksek düzeyde umuda sahip olduğu bulunmuştur ($p < ,05$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin olumlu çocuk sahibi olma motivasyonunun ortanın üstünde düzeyde olduğu; erkek hemşirelerin kadınlara göre, eşi sağlık çalışanı olanların, olmayanlara göre, çalışma şekli 24 saat olan hemşirelerin, çalışma şekli sürekli gündüz olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olumlu motivasyona sahip olduğu bulunmuştur ($p < ,05$).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin olumsuz çocuk sahibi olma motivasyonunun orta düzeyde olduğu; erkek hemşirelerin kadınlara göre, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre, lise mezunu hemşirelerin önlisans mezunu hemşirelere göre, eşi çalışmayan hemşirelerin eşi çalışan hemşirelere göre, annesi veya babası hayatta olanların, olmayanlara göre, 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin diğer hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olumsuz motivasyona sahip olduğu bulunmuştur ($p < ,05$).
- Umut ile sosyal destek arasında düşük düzeyde olumlu bir ilişki, sosyal destek ile olumlu çocuk sahibi olma motivasyonu arasında düşük düzeyde olumlu bir ilişki olduğu bulunmuştur.
- ÇBASDÖ değişkeninin Olumlu ÇSOMÖ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir. ÇBASDÖ değişkenindeki bir birimlik artış, Olumlu ÇSOMÖ üzerinde 0.399'luk artışa sebep olmaktadır. Olumlu ÇSOMÖ üzerindeki değişimin %7'sini açıkladığı görülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Sosyal destek algısını güçlendirmek için bekar, eşi çalışmayan, ebeveynleri ile yakın ilişkide olmayan hemşirelere sosyal destek sistemlerini etkin kullanmalarını sağlayacak eğitimlerin verilmesi önerilir.
- Umudu güçlendirmek için genç yaşta olan ve genel yoğun bakımda çalışan hemşirelerin desteklenmesi ve umutsuzluğa neden olan faktörlerin detaylı olarak incelenmesi için araştırmalar yapılması önerilir.
- Doğurganlık motivasyonu artırmak için erkek, bekâr, lise mezunu, eşi çalışmayan ve işe yani başlayan hemşirelerin doğurganlığa bakışını olumsuz etkileyen faktörlerin nitel araştırmalar yoluyla daha ayrıntılı incelenmesi önerilir.
- Hemşirelerin çalışma şartlarının düzeltilmesi, stres kaynaklarının azaltılması, hemşire sayılarının kalite standartları seviyesine yükseltilmesi önerilir.



KAYNAKLAR

1. Ayar D, Karaman MA. Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile Yaşam Dengeleri Arasındaki İlişki. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*. 2022; 7(17): 99-110
2. Magnago TSBDS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Guido LDA. Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2010; 18(3): 429-435.
3. Nowrouzi B, Lightfoot N, Carter L, Larivière M, Rukholm E, Schinke R, et al. The Relationship between Quality of Work Life and Location of Cross-Training among Obstetric Nurses in Urban Northeastern Ontario, Canada: A Population-Based Cross Sectional Study. *Int J Occup Med Environ Health* 2015; 28(3): 571–586
4. Ateş MF. Covid-19 Salgını Sürecinde Bireylerin Kaygı ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler, Algılanan Sosyal Destek, Duygusal Düzenleme ve Empati Açısından İncelenmesi (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü); 2021.
5. Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection. *Soc Sci Med*. 1996; 42(2): 173-183.
6. Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annu Rev Psychol*. 1985; 36: 531-572. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.36.020185.002531>
7. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976; 38(5): 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
8. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006; 9(2): 68-75.
9. Christenfeld N, Gerin W, Linden W, Sanders M, Mathur J, Deich JD, et al. Social support effect on cardiovascular reactivity: is a stranger as effective as a friend? *Psychosom Med*. 1997; 59(4): 388-398.
10. Hupcey JE. Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*. 1998; 8(3) 304-318.
11. Leathers SJ, Kelley MA, Richman JA. Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: Parenting, work and support. *The Journal of Nervous & Mental Disease*. 1997; 185(3): 129- 139.

12. Dil S, Aykanat Girgin B. Hemşirelik Öğrencilerinin Öfke, Umutsuzluk, Stresle Baş Etme Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016; 7(3): 121-128
13. Polat Ş, Kutlu L, Ay F, Ayyıldız Erkan H, Afşar Doğrusöz L. Bir üniversite hastanesindeki hemşirelerde iş-aile çatışması ile örgütsel sessizlik ve sosyal destek algısı arasındaki ilişkiler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018; 9(3): 195-204
14. Bloch E. Umut İlkesi, cilt 1 (çev. T. Bora). İstanbul: İletişim. 2007.
15. Zournazi M. Umut değişim için yeni felsefeler (çev. U. Abacı). İstanbul: Literatür. 2004.
16. Snyder CR, LaPointe AB, Crowson JJ, Jr, Early S. Preferences of high and low-hope people for self-referential input. *Cognition and Emotion*. 1998; 12(6), 807–823.
17. Frankl VE. İnsanın anlam arayışı (7.basım). (çev. S. Budak). Ankara: Öteki. 2000.
18. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*. 2002a; 13(4): 249–275.
19. Snyder CR, Teaching: The lessons of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005; 24(1): 72-84.
20. Miller JF. Hope: A Construct Central to Nursing. *Nursing Forum*. 2007; 42(1): 12-19
21. Beck AT. Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar (çev. V. Öztürk ve A.Türkcan). İstanbul: Litera. 2008.
22. Snyder CR, Feldman DB, Shorey HS, Rand KL. Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*. 2002b; 5(5): 298-307.
23. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A, Eshre R. Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human reproduction update*. 2012; 18(1): 29-43.
24. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human reproduction update*. 2011; 17(6): 848-860.
25. Miller LA, McIntire SA, Lovler RL. Foundations of psychological testing (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2011.
26. Hurdle DE. Social support: A critical factor in women's health and health promotion. *Health and Social Work*. 2001; 26(2): 72-79
27. Olsen S. Instruments for Clinical Health Care Research. Jones and Bartlett Learning. 2004.

28. Korkut A. Engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan bakım elemanlarının bağlanma yönelimleri, stresle başa çıkma tarzları, sosyal destek algıları, psikolojik belirtiler ve bazı demografik özelliklerin tükenmişlik ile ilişkisi (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü); 2017.
29. Barrera MJ, Ainlay SL. The Structure and Social Support: A Conceptual and Empirical Analysis. *Journal of Community Psychology*. 1983; 11(2): 133-143.
30. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985; 98(2), 310.
31. Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR, Sarason IG. Interrelations of Social Support Measures. Theoretical and Practical Implications. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 52(4): 813- 832.
32. Thoits PA. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; Extra Issue: 53-79.
33. Banaz M. Lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 1992.
34. Gabay RR. Annelerde sosyal destek, çocuk yetiştirme stresi ve çocukla ilgili sorunlarla başa çıkma biçimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 1992.
35. Jung J. Balance and source of social support in relation to well-being. *Journal of General Psychology*. 1997; 124(1): 77-90.
36. Özgür G. Bornova bölgesinde oturan emeklilerde, emeklilik, sağlık ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir. 1991.
37. Brown NC, Prashantham BJ, Abbott M. "Personality, Social Support and Burnout among Human Service Professionals in India" *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2003; 13(4): 320–324.
38. Hogue CG. *Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach*. Second Edition, J.B. Lippincott Company. 1985; 58-75.
39. Pugliesi K, Shook SL. Gender, ethnicity and network characteristics: variation in social support resources. *Journal of Research*. 1998; 12-19.

40. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997; 13(13): 81-87.
41. Zakowski SG, Haris C, Krueger N, Laubmeier KK, Garrett S, Flanigan R, et al. Social Barrier to Emotional Expression and Their Relations to Distress in Male and Female Cancer Patients”, British Journal of Health Psychology. 2003; 8(3): 271-286.
42. Günüşen NP. Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2017; 3(1): 12-88.
43. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC. Depression and suicide in patients with cancer. Journal of pain and symptom management. 1994; 9(5): 325-340.
44. Özgür G. Sosyal Destek ve Sağlık. Türk Hemşireler Dergisi. 1993; 43(2): 25-26.
45. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2008; 3(29): 1-11.
46. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi. 1992; 9: 33-49.
47. Sorias O. Sosyal destek ve ruh sağlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1988; 27(1): 359-363.
48. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior and suicide probability scale. Journal of Clinical Psychology. 1993; 49(4): 515-522.
49. Ben-Zur H, Michael K. Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses: The Role of Challenge/Control Appraisals Social Work in Health Care. 2007; 45(4): 63-82.
50. Boutin FC. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. Heart Lung. 2005; 34(1): 22-29.
51. Orr ST. Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2004; 47(4): 842-855.
52. Babadağ K. Daha iyi bir hemşireliğe yönelik. Hemşirelik Bülteni. 1991; 5(21): 1-4.
53. Thomas NM, Newsome GG. Factors Affecting The Use Of Nursing Diagnosis. Nurs Out. 1992; 40(4): 182-186

54. Chalise HN, Saito T, Takahashi M, Kai I. Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007; 44(3): 299–314.
55. Karakurt N, Ekinci M. Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(4), 574-593.
56. Harbison J. Clinical Decision Making In Nursing. *J Adv Nurs* 1991; 16(4): 404-407.
57. Altay B, Gönener D, Demirkiran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010; 15(1): 10-16.
58. Torun A. Tükenmişlik, aile yapısı ve sosyal destek ilişkileri üzerine bir inceleme. Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi. İstanbul. 1995.
59. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 7(1).
60. Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sariaçalı N, Aslaner E, ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi. *Cukurova Medical Journal*. 2014; 39(4): 752-764.
61. Tarhan S, Bacanlı H. Sürekli Umut Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2015; 3(1): 1-14.
62. Gözleten D. Huzurevinde Kalan Yaşlılar ve Yaşamını Kendi Başına İdame Ettirebilen Yaşlıların Umut Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2011.
63. Özer Uzun B, Tezer E. Umut ve Olumlu-Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008; 23: 81-86.
64. Şahin C. Eğitim Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeyleri. *Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009; 27: 271-286.
65. Bluvol A, Ford-Gilboe M. "Hope, Health Work and Quality Of Life in Families of Stroke Survivors". *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48(4): 322–332.
66. Gilman R, Dooley J, Florell D. Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2006; 25(2): 166-178.

67. İmamoğlu A. Üniversite gençliğinde dini inanç ve umutsuzluk ilişkisi. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2011; 13(23): 205-244.
68. Dünya ŞB. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumunu Yordamada Kariyer Kararı Öz-Yeterliği ve Umudun Rolünün İncelenmesi. Kariyer Psikolojik Danışmanlığı Dergisi. 2019; 2(2): 144-165.
69. Lopez SJ, Ciarlelli R, Coffman L, Stone M, Wyatt L. Diagnosing for strengths: On measuring hope building blocks. In Handbook of hope. Academic Press. 2000; 57-85
70. Snyder CR. Conceptualizing, measuring and nurturing hope. Journal of Counseling and Development. 1995; 73(3): 355-360.
71. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder CR. Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. 2006; 20(2): 135- 145.
72. Gray LA. Hopeful thinking within aspects of successful aging: A study of older adults. Michigan State University. 2003.
73. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 60(4): 570-585.
74. Snyder CR, Cheavens J, Michael ST. Hoping. In Snyder CR. (Edt.), Coping: The psychology of what works. New York: Oxford University Press. 1999; 205-231
75. Koç E. Bir umut metafiziği olarak Gabriel Marcel felsefesi. SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008; 2008(18): 161-184.
76. Tetley J. An investigation of self-authorship, hope, and meaning in life among second-year college students. Doctoral dissertation, The George Washington University. 2009.
77. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj. 2004.
78. Yılmaz FN. Üniversite Son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasında umudun aracı rolü üzerine bir araştırma. Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi. İstanbul. 2019.
79. Altun ÖŞ, Olçun Z. Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı/The Concept of Hope in Schizophrenia Disease. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(1): 107-112.
80. Mutlu D. Üniversite öğrencilerinin özel yaşam alanlarına yönelik umut düzeyleri ile stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi. Konya. 2017.

81. Kocaman EN. Bir grup yetişkinde umut ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkinin farklı değişkenler açısından incelenmesi. Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. 2019.
82. Kızıroğlu M. Sınıf Öğretmenlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Umutsuzluk Düzeyleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. 2012.
83. Seber G. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliği Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Eskişehir. 1991.
84. Korkmazer F, Ekingen E, Yıldız A. Psikolojik sermayenin çalışan performansına etkisi: Sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016; 19(3).
85. Akman Y, Korkut F. Umut ölçeği üzerine bir çalışma. H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi. 1993; 9(9): 193-202.
86. Liu J, Shen W, Zhao B, Wang Y, Wertz K, Weber P, et al. Targeting mitochondrial biogenesis for preventing and treating insulin resistance in diabetes and obesity: Hope from natural mitochondrial nutrients. Advanced drug delivery reviews. 2009; 61(14): 1343-1352.
87. Karadeniz G, Tarhan S, Yanikkerem E, Dedeli Ö, Kahraman E. Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi öncesi hastalarda anksiyete ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008; 11(2): 77-83.
88. Nazir T. Pozitif psikoloji ve umut. Pozitif Psikoloji. 2020.
89. Reis HT, Gable SL. Toward a positive psychology of relationships. 2003; 129-159.
90. Kok BE, Coffey KA, Cohn MA, Catalino LI, Vacharkulksemsuk T, Algoe SB, et al. How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. Psychological Science. 2013; 24(7): 1123-1132.
91. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(2): 154-164.
92. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. J Adv Nurs. 2000; 32(6): 1431-1441.
93. Ayhan ESİ. Bilim ve umut. Journal of Awareness. 2018; 3(5): 53-58.
94. Park N, Peterson C. Character strengths: Research and practice. Journal of College and Character. 2009; 10(4): 1-10.

95. Park N, Peterson C. Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counseling. *Professional School Counseling*. 2008; 12 (2): 85-92.
96. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005; 8(2): 32-39.
97. Arslantaş H, Adana F, Fadime KA, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2010; 18(2): 87-97.
98. Kayaoğlu K, Aslanoğlu E. Psikiyatri hemşirelerinde görülen tükenmişlik sendromu ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2021; 13(3): 676-682.
99. Aslan H, Alpaslan NZ, Aslan O, Ünal M. Hemşirelerde Tükenme, İş Doyumu ve Ruhsal Belirtiler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1996; 33(4): 192-199.
100. Haran S, Özgüven HD, Ölmez Ş. Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 1998; 6(1): 75-84.
101. Karadağ F, Karagöz N, Ateşçi FÇ ve ark. Denizli ilinde çalışan hemşirelerde tükenme düzeyi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2001; 38(4): 208-214
102. Metin Ö, Gök F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2007; 10(1): 58-66.
103. Tercanlı N, Demir V. Beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi (Gümüşhane ili örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1(1): 29-40.
104. Kezer F, Ogurlu Ü, Akfırat ON. Eleştirel düşünme eğilimi, genel öz yeterlik ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016; 13(34): 202-218.
105. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009; 10(1): 213-227.
106. Ataman, A. Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri. *Özel Eğitime Giriş Ankara Gündüz Eğitim Yayıncılık* 2003; 9-50.

107. Burt S, Perlis L. Rehber Anne Babalar. (Çev. Fatma Can Akbaş), İstanbul: Hayat Yayıncılık. 2003.
108. Özgüven İ. E. Evlilik ve Aile Terapisi. Ankara: PDREM Yayınları. 2000.
109. Şendil G, Balkan K. İ. Anne Baba Olmak Dizisi, Çocuğun Eğitimi Ailede Başlar. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları. 2005.
110. Ankara Üniversitesi [İnternet]. 2021. [Erişim Tarihi: 11.08.2021] Erişim Adresi: https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/134809/mod_resource/content/0/IST415_Hafta_7.pdf
111. World Health Organization [İnternet]. 2015a. World Report on Ageing and Health [Erişim Tarihi: 03.09.2021] Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
112. Koç İ, Kurtuluş Yiğit E, Türkyılmaz S, Ergöçmen B. A, Eryurt M. A. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. 2009.
113. Enstitüsü HUNE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2009.
114. World Bank [İnternet]. 2019. Fertility rate, total (births per woman). [Erişim Tarihi: 30.09.2021] Erişim Adresi: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>
115. Gemicioğlu S, Şahin H, Emrah ER. Türkiye’de Doğurganlık Analizi: Gelecekteki Doğurganlık Tercihlerinin Önemi. Sosyoekonomi. 2019; 27(41): 223-234.
116. Türkyılmaz AS. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2014.
117. Koruk F, Koruk İ, Güner Ö, Ayhan S, Kılıçlı A, Aytekin S, ve ark. Şanlıurfa’da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ve doğurganlığa bakış açıları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 10(3): 202-212.
118. Selim S, Üçdoğruk Ş. Türkiye’de Doğurganlık: Kalite-Miktar Yaklaşımı, Nüfusbilim Dergisi. 2005; 27(1): 49-66.
119. Gürsoy Çuhadar S. Türkiye’de demografik dönüşüm ve aktif yaşlanma ilişkisi: Kocaeli örneği. Doktora Tezi. 2019.

120. Akça H, Ela M. Türkiye’de eğitim, doğurganlık ve işsizlik ilişkisinin analizi. Maliye Dergisi. 2012; 163: 223-242.
121. Wang W, Famoye F. “Modeling Household Fertility Decisions with Generalized Poisson Regression”, Journal of Population Economics. 1997; 10(3): 273-83.
122. Chani MI, Shadid M, Ul HM. Some Socioeconomic Determinants of Fertility in Pakistan: An Empirical Analysis. MPRA Paper. 2012; 5: 477-484.
123. Schultz TP. Fertility and Income. Yale University Economic Growth Center Discussion Paper. 2006; 125-142.
124. Selim S. Türkiye’de Evli Kadınların İşgücüne Katılımına Göre Oluşan Doğurganlık Farklılıkları: Ayrıştırma Analizi. Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi. 2006; 8(1): 139-163.
125. Wanamaker MH. Industrialization and Fertility in the Nineteenth Century: Evidence from South Carolina. The Journal of Economic History. 2012; 72(1): 168-196.
126. White MJ, Muhidin S, Andrzejewski C, Tagoe E, Knight R, Reed H. Urbanization and Fertility: An Event-History Analysis of Coastal Ghana. Demography. 2008; 45(4): 803-816.
127. Pazarlıoğlu MV. İzmir örneğinde iç göçün ekonometrik analizi. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 2007; 14(1): 121-135..
128. Tadesse F, Headey D. Urbanization and Fertility Rates in Ethiopia. ESSP II Working Paper. 2010; 19(2): 35-72.
129. Adresa A. Vanishing Children: From High Unemployment to Low Fertility in Developed Countries. The American Economic Review. 2005; 95(2): 189-193.
130. Kutlar A, Erdem E, Aydın, FF. Kadınların İşgücüne Katılması ile Doğurganlık, Boşanma ve Ücret Haddi Arasındaki İlişki: Türkiye Üzerine Bir Araştırma. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi. 2012; 7(1): 149-168.
131. Miller WB. Childbearing Motivations, Desires, and Intentions: A Theoretical Framework. Genetic, Social and General Psychology Monographs. 1994; 120(2): 223-258.
132. Şimşek AH. Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Sosyal Bilimler Dergisi. 2017; 4(13): 395-408.
133. Miller WB. Childbearing Motivation and Its Measurement. Journal of Biosocial Science. 1995; 27(4): 473-487.
134. Aydın Çetin G, Aytaç S, Şanlı Y. Hemşirelerde Algılanan Stres ve Stres Semptomlarının İşten Ayrılma Eğilimi Üzerindeki Etkisi. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2020; Özel Sayı: 526-538.

135. Önder G, Aybas M, Önder E. Hemşirelerin Stres Seviyesine Etki Eden Faktörlerin Öncelik Sırasının Çok Kriterli Karar Verme Tekniği İle Belirlenmesi (Determining the Precedence Order of the Factors Influencing Nurses' Stress Level Using Multi Criteria Decision Making Techniques). *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi (Optimum Journal of Economics and Management Sciences)*. 2014; 1(1): 21-35.
136. Özaltın G, Nehir S. Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stress etkenleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10(3): 60-68.
137. Erdilek Karabay M. Sağlık personelinin iş stresi, iş- aile çatışması ve iş-aile-hayat tatminlerine yönelik algılarının işten ayrılma niyeti üzerindeki etkilerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2015; 13(26): 113-134
138. Kükner S, Vicdan K, Ergin T. Yüksek Riskli Gebeliğin Tanımlanması. *STED*, 1992; 1(11): 361-66.
139. Ortaylı N. Kadın Sağlık Çalışanları. *STED*, 1999; 8(3): 83-4.
140. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, et al. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a metaanalysis. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(4): 623-35.
141. Canbaz S, Sünter A. T, Süren C, Pekşen Y. Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2005; 6(2): 39-44.
142. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. [İnternet]. 2021. [Erişim Tarihi: 19.10.2021] Erişim Adresi: [https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23024&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5#:~:text=MADDE%205%20%E2%80%93%20\(1\)%20Kad%C4%B1n,s%C3%BCre%20iki%20hafta%20s%C3%BCre%20eklenir.](https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=23024&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5#:~:text=MADDE%205%20%E2%80%93%20(1)%20Kad%C4%B1n,s%C3%BCre%20iki%20hafta%20s%C3%BCre%20eklenir.)
143. Gökdemirel S, Bozkurt G, Gökçay G, Bulut A. Çalışan Annelerin Emzirme Sürecinde Yaşadıkları: Niteliksel Bir Çalışma. *Çocuk Dergisi*. 2008; 8(4): 221- 234
144. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assesment*. 1988; 52(1): 30-41.
145. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(1): 17-25.

146. Guedes M, Pereira M, Pires R, Carvalho P, Canavarro MC. Childbearing motivations scale: construction of a new measure and its preliminary psychometric properties. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24(1): 180-194.
147. Hu SH, Yu YM, Chang WY, Lin YK. Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27(3-4): 876-882.
148. Yıldız MC. Öksüz ve Yetimlerin Toplumsal Bütünleşme Problemi: Diyarbakır Yetiştirme Yurdu Uygulaması. Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırma ve Uygulama Merkezi. Savaş Çocukları: Öksüzler ve Yetimler [Uluslararası] Sempozyumu; 31 Ekim- 1 Kasım 2002; İstanbul, Türkiye.
149. Koyuncu Ö. Ebeveyn Kaybı Yaşayan Kişilerde Psikolojik Esneklik Tepkisinin Psiko-Sosyal Belirleyicileri: Kaybın Koşulları, Kişinin Kendine, Dünyaya, Geleceğe Yönelik Algısı, Algılanan Sosyal Destek ve Başa Çıkma Stratejileri. Yüksek Lisans Tezi. 2015.
150. Bilgiç Ş, Temel M, Çelikkalp Ü. Hemşirelik öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük, öz yeterlilik ve umut düzeylerinin değerlendirilmesi: Tekirdağ örneği. *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*. 2017; 3(4): 117-126.
151. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydın MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of psychiatric research*. 2020; 129: 181-188.
152. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7(2): 100-108.
153. Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. 2010; 3(1): 40-51.
154. Palfi I, Nemeth K, Kerekes Z, Kallai J, Betlehem J. The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2008; 14(1): 19-25.
155. Tokur ME, Ergan B, Aydın K, Çalışkan T, Savran Y, Yaka E, ve ark. Üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik sıklığı. *Yoğun Bakım Dergi*. 2018; 9(2): 25-33.
156. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. 2020; 88: 901-907.

157. Aydın B, Kaya S, Pala H, Sarı S, Şahin M. Öznel İyi Oluşu Açıklamada Umut ve Yaşamda Anlamın Rolü. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2012; 20(3): 827-836.
158. Forbes SB. Hope: An Essential Human Need In The Elderly. *J Gerontol Nurs*.1994; 20 (6): 5-10.
159. Öztürk Ç. Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Güleğül Köken, Afyon. 2009.
160. DüNDAR C, Kaynar E, Pekşen Y. Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;12(4): 243- 246.
161. Civelek HY, Koylan D. Türkiye'deki Suriyeli Göçmen Kadınlar Arasında Güvenli Doğurganlık ve Güvenli Annelik. *Göç Dergisi*. 2020; 7(2): 245-272.
162. Özyürek A. Anne-Baba Çocuk Yetiştirme Tutumları Ve Üç Farklı Ölçek Geliştirme Çalışması. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018; 22(2): 659-676.
163. Fiskin G, Sari E. Evaluation of the relationship between youth attitudes towards marriage and motivation for childbearing. *Children and Youth Services Review*. 2021; 121: 105856. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105856>
164. Şanlı D, Öztürk C. Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları ve tutumlar üzerine kültürün etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015; 8(4): 240-246.
165. Cin F. M, Aydın M. A, Ari E. Zihinsel engelli bireye sahip olan ebeveynlerin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017; 16(31): 19-32.
166. Nergiz H, Uluç S. Çocuğunda görme yetersizliği olan anne ve babaların çeşitli psikolojik değişkenler açısından karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2017; 19(1): 79-103.
167. Almeida-Santos T, Melo C, Macedo A, Moura-Ramos M. Are women and men well informed about fertility? Childbearing intentions, fertility knowledge and information-gathering sources in Portugal. *Reproductive health*. 2017; 14(1): 1-9.
168. Zhang C, Li T. Culture, fertility and the socioeconomic status of women. *China Economic Review*. 2017; 45: 279-288.
169. Ghazanfarpour M, Arghavani E, Khadivzadeh T, Saeidi M, Kareshki H, Irani M, et al. Childbearing motivation in Iranian engaged couples: A Structural Equation Model. *International Journal of Pediatrics*. 2018; 6(4): 7563–7568.

170. Zare Z, Kiaetabar R, Laal Ahangar M. Fertility motivations and its related factors in women of reproductive age attended health centers in Sabzevar, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019; 7(1): 1544-1552.
171. Motlagh ME, Taheri M, Eslami M, Shirvani DN. Factors affecting the fertility preference in Iranian ethnic groups. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2016; 14(6): 485-495.
172. Yong JC, Li NP, Jonason PK, Tan YW. East Asian low marriage and birth rates: The role of life history strategy, culture, and social status affordance. *Personality and Individual Differences*. 2019; 141: 127-132.
173. Epik MT, Umutlu S. Çalışma Yaşamında Ayrımcılığa Maruz Kalan Anneler: Isparta Banka Çalışanları Üzerine Bir Uygulama. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*. 2018; 11(1): 32-46.
174. Moradi M, Kariman N, Simbar M, Pourhoseingholi M. A, Baki S. The factors associated with childbearing intentions in Iranian female University students. *Annals of Tropical Medicine And Public Health*. 2017; 10(6): 1714–1719.
175. Bernhardt EM. Fertility and employment. *European sociological review*. 1993; 9(1): 25-42.
176. Sarıçam H, Akın A. Bütünleyici umut ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2013; 15: 291-308.
177. Ross RR, Altmaier EM, Russell DW. Job stress, social support, and burnout among counseling center staff. *Journal of counseling psychology*. 1989; 36(4): 464-470.
178. Duquette A, Kérowc S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout a review of empirical knowledge. *Issues in mental health nursing*. 1994; 15(4): 337-358.
179. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(2): 71-76.
180. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(5): 391-398.
181. Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J Adv Nurs* 2001; 36(5): 676-684.

EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Öğrenim durumunuz: Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora ()
4. Anne: sağ / ölü
5. Baba: sağ / ölü
6. Medeni Durumunuz: Evli () Bekâr ()
7. Meslekteki çalışma Yılıınız: 1 yıldan az 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 16 yıl ve üzeri
8. Şuan çalıştığınız Bölüm:
9. Çalışma Şekliniz: Vardiya değişimli (8 Saatte bir) () Vardiya değişimli (16 Saatte bir) () Vardiya değişimli (24 Saatte bir) () Sürekli Gündüz () Sürekli Gece ()
10. Çalışma Şekliniz Özel Hayatınızı Etkiliyor mu: Etkiliyor () Kısmen etkiliyor () Hiç etkilemiyor ()
11. Varsa Eşiniz çalışıyor mu: Evet () Hayır ()
12. Varsa Eşinizin Mesleği Nedir:
13. Ailenizin Ekonomik Durumu; Geliri giderinden az () Geliri giderine eşit () Geliri giderinden fazla ()
14. Çocuk sayınız:
15. Üremeyi engelleyecek herhangi bir hastalığınız var mı ? Evet Hayır
16. Kronik hastatalığınız var mı: Diyabetes mellitus () Hipertansyon () Kalp yetmezliği () Böbrek yetmezliği () Diğer.....

Ek 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Algısı

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için							
1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her bir maddenin duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 Aralıklı ölçek üzerinde ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.	Kesinlikle hayır						Kesinlikle evet
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

Ek 3. Sürekli Umut Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için kesinlikle yanlıştan kesinlikle doğruya göre işaretlemeler verilmiştir. Her bir maddenin duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşısındaki 8 Aralıklı ölçek üzerinde ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.

	Kesinlikle yanlış	Çoğunlukla yanlış	Oldukça yanlış	Biraz yanlış	Biraz doğru	Oldukça doğru	Çoğunlukla doğru	Kesinlikle doğru
1. Sıkıntılı bir durumdan kurtulmak için pek çok yol düşünebilirim.								
2. Enerjik bir biçimde amaçlarıma ulaşmaya çalışırım.								
3. Çoğu zaman kendimi yorgun hissedirim.								
4. Bir problemin birçok çözüm yolu vardır.								
5. Tartışmalarda kolayca yenik düşerim.								
6. Hayatta önem verdiğim şeylere ulaşmak için pek çok yol düşünebilirim.								
7. Sağlığım için endişelenirim.								
8. Başkalarının ümitsizliğe kapıldığı durumlarda bile sorunu çözecek bir yol bulabileceğimi bilirim.								
9. Geçmiş yaşantıları beni geleceğe iyi hazırladı.								
10. Hayatta oldukça başarılıyım.								
11. Genellikle endişelenecek bir şeyler bulurum.								
12. Kendim için koyduğum hedeflere ulaşıyorum.								

Ek 4. Çocuk sahibi olma motivasyonları Ölçeği: BÖLÜM A: Lütfen dikkatli okuyup, anne/baba olmanın sebeplerin sizin için ne kadar önemli olduğunu (X) ile işaretleyiniz.

Hâlihazırda anne ve de baba olmanın sebeplerin sizin için ne kadar önemli olduğunu değerlendiriniz.						
		1	2	3	4	5
1.	Partnerim ile bağıımızı (ilişkimizi) güçlendirmek.					
2.	Soy ağacımı devam ettirmek.					
3.	Hayatıma anlam katmak.					
4.	Aile ruhunu hissetmek.					
5.	Manevi sorumluluklarımı yerine getirmek.					
6.	Toplumsal açıdan değerli olmak.					
7.	Ailemin genetik özelliklerini aktarmak.					
8.	Sorumluluk sahibi olduğumu kanıtlamak.					
9.	Ailemin beklentilerini karşılamak.					
10.	Partnerim ile ilişkimizi bir adım ilerletmek.					
11.	Maddi yardım desteğini almak.					
12.	Bir birey/kişilik yaratmak.					
13.	Partnerimle paylaştığım bir projeyi hayata geçirmek.					
14.	Annelik/Babalık içgüdülerimi gerçekleştirmek.					
15.	Kadınlık/Erkeklik rolümü yerine getirmek.					
16.	Kendi ailemi kurmak.					
17.	Hamilelik deneyiminin keyfini yaşamak.					
18.	Kendi yetişkinliğimi onaylamak.					
19.	Soyumun devamının sağlanması.					
20.	Partnerimin projesini hayata geçirmek.					
21.	Aile değerlerini aktarmak.					
22.	Çocuk için önemli ve işe yarar hissetmek.					

Ek 4. (Devamı): BÖLÜM B

Hâlihazırda anne ve de baba olmamanın nedenlerinin önemini değerlendiriniz.						
		1	2	3	4	5
1.	Çocuk bakımının yükü ile yüzleşmek.					
2.	Anne/Baba olmak için gerekli niteliklere sahip olmamak.					
3.	Maddi kayıplarla yüzleşmek.					
4.	Çocukla birlikte artacak olan harcamaları varsaymak.					
5.	Çocuğumun yanlış yola sapmasından korkmak (örn. uyuşturucu bağımlılığı, suç işlemek vs.).					
6.	Bedenimde olumsuz değişimlerden dolayı acı çekmekten korkmak. (Ya da partnerimin bedeninde olumsuz değişimlerden dolayı acı çekeceğinden korkmak).					
7.	Çift olarak bizim alışkanlıklarımızın değişmesi.					
8.	Çocuğu dünyanın toplumsal tehlikelerine maruz bırakmaktan korkmak.					
9.	Çift olarak bağımsızlığımızı kaybetmek.					
10.	Gebeliğin fiziksel huzursuzluklarından (bulantı vs.) dolayı acı çekmekten (partnerimin çekeceğinden) korkmak.					
11.	Çocuğu çevresel bozulmalara maruz bırakmaktan korkmak.					
12.	Maddi sorunlarla karşılaşmaktan korkmak.					
13.	Partnerimle yakınlığımı kaybetmek.					

Ek 5. Etik Kurul Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Hemşirelerin Sosyal Destek Algıları Ve Umut Düzeylerinin Doğurganlık Motivasyonuna Etkisi"			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR			
	TELEFON	0386 280 3924			
	FAKS	0386 280 5007			
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

1/3

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Hemşirelerin Sosyal Destek Algıları Ve Umut Düzeylerinin Doğurganlık Motivasyonuna Etkisi”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	


DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03.02.2021	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-03/34	Tarih: 09/02/2021		
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantı yeter sayısı sağlandığı için katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Ancak Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın onay yazısı alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir.</p>			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Kemal ÖZYURT
09/02/2021 tarihinde aşağıdaki kişiler online olarak toplantıya katılmışlardır.	

Ek 6. SUÖ Kullanım izni

← Re: Sürekli Umud Ölçeği kullanım izni

🕒 Bu iletiyi 2.02.2021 Sal 09:00 tarihinde ilettiniz

 Sinem TARHAN <snmtarhan@bartin.edu.tr>
Kime: Siz

🔄 ⏪ ⏩ ...
2.02.2021 Sal 08:45

İbrahim merhaba,
Sürekli Umud Ölçeği'ni " Hemşirelerin Sosyal Destek Algısı ve Umud Düzeylerinin Doğurganlık Motivasyonuna Etkisi" konulu tez çalışmada kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim

Doç. Dr. Sinem Tarhan
Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD Bşk.

Kimden: "İbrahim baykal" <i_kartal38@hotmail.com>
Kime: "Sinem TARHAN" <snmtarhan@bartin.edu.tr>
Kk: "Sinem TARHAN" <snmtarhan@bartin.edu.tr>
Gönderilenler: 2 Şubat Salı 2021 11:03:38
Konu: Sürekli Umud Ölçeği kullanım izni

Sayın Sinem TARHAN Hocam, Ben Ahi Evran üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi İbrahim BAYKAL. Geçerlik ve Güvenirliğini yapmış olduğunuz "Sürekli Umud Ölçeği" ni Dr. Öğretim Üyesi Hilal SEKİ ÖZ Hocamız ile planlanan " Hemşirelerin Sosyal Destek Algısı ve Umud Düzeylerinin Doğurganlık Motivasyonuna Etkisi" adlı çalışmamızda kullanmayı talep ediyoruz.

Saygılarımla...

Ek 7. ÇBASDÖ Kullanım İzni

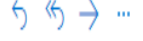
← Re: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanım izni

2.02.2021 Sal 13:20 tarihinde yanıtladınız



haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Kime: Siz



2.02.2021 Sal 13:08



Sayın İbrahim Baykal,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).



Ek 8. ÇSOMÖ Kullanım İzni

← Re: ÇOCUK SAHİBİ OLMA MOTİVASYONLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

31.01.2021 Paz 14:45 tarihinde yanıtladınız



Angelica Simsek <angelicasimsek@hotmail.com>
Kime: Siz



31.01.2021 Paz 14:42

Merhaba, tabii ki kullanabilirsiniz, çalışmayı ve ölçeğin tamamını <https://toad.halileksi.net/olcek/cocuk-sahibi-olma-motivasyonlari-olcegi> bulabilirsiniz, hesaplama toplam puan üzerinden yapılıyor, puan artarken motivasyon (motivasyonun gücü olaak da düşenilebilir) artmakta, puan azalırken motivasyon azalmaktadır. Her hangi bir sorunuz olursa çekinmeden yazabilirsiniz. Başarılar.

Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği | TOAD

Şimşek, A. H. (2017).Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Sosyal Bilimler Dergisi, 4 (13), 395-408.

toad.halileksi.net

Klinik Psikolog
Dr. Anjelika Şimşek



Ek 9. Özgeçmiş

Adı ve Soyadı : İbrahim BAYKAL

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Nevşehir Üniversitesi	2012
Y. Lisans	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Kırşehir Ahi Evrans Üniversitesi	2019-2022

ESERLER

A. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

Baykal İ, Seki Öz H. The Effect Of Nurses Social Support Perceptions And Hope Levels On Fertility Motivation. 1st International Dr. Safiye Ali Multidisciplinary Studies Congress In Health Sciences; 06-07 Ağustos 2021; Online, Türkiye.