



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE KARŞILIKLI BAĞIMLILIK VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER**

**NURGÜL ÖZDEMİR**

**DOKTORA TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. SEVİM BUZLU**

**İSTANBUL-2015**



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE KARŞILIKLI BAĞIMLILIK VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER**

**NURGÜL ÖZDEMİR**

**DOKTORA TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN**

**Prof.Dr. SEVİM BUZLU**

**İSTANBUL-2015**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Doktora Öğrencisi Nurgül ÖZDEMİR tarafından hazırlanan "Hemşirelerde Karşılıklı Bağımlılık ve İlişkili Faktörler" konulu çalışması jürimizde Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 26.06.2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU  
: İst. Üniv. ( Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Türkinaz AŞTI  
: Bezm-i Alem Üniv.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ  
: Haliç Üniv.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Sevil YILMAZ  
: İst. Üniv.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman KUTLU  
: Haliç Üniv.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

## I-TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmaya yol gösterici katkılarda bulunan Saygıdeğer hocam, Sayın Prof. Dr. Sevim BUZLU'ya,

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgileri, görüş ve önerileriyle bu çalışmaya değerli katkılar sağlayan Sayın Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ ve Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'ya

Eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Sağlık Bilimleri Fakültesi yöneticileri ve çalışanlarına,

Doktora çalışmamın uygulama süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen Şehitkamil Devlet Hastanesi, Avukat Cengiz Gökçek Kadın Doğum Hastanesi, Gaziantep Çocuk Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi, Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi ve Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi çalışanlarına,

Araştırmaya katılarak amacıma ulaşma mutluluğunu bana yaşatan değerli hemşire meslektaşlarıma,

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Seval KUL ve Öğr. Gör. Emine BAKIR'a,

Doktora eğitimim süresince her zaman yanımda olan ve destek sağlayan dönem arkadaşım Havva GEZGİN YAZICI'ya,

Tez çalışmam süresince sonsuz anlayış, sevgi ve sabırla destek sağlayan değerli eşim Ömer ÖZDEMİR, canım oğlum İsmail BERKAY ve canım kızım Fatma İPEK'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

NURGÜL ÖZDEMİR

# I. İÇİNDEKİLER

<b>I. Teşekkür .....</b>	<b>I</b>
<b>II. İçindekiler .....</b>	<b>II</b>
<b>III. Kısaltmalar ve Simge .....</b>	<b>VII</b>
<b>IV. Tablolar Listesi .....</b>	<b>VIII</b>
<b>V. Grafik Listesi .....</b>	<b>IX</b>
<b>1. Özet .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Summary .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Giriş ve Amaç .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Genel Bilgiler .....</b>	<b>7</b>
4.1. Karşılıklı Bağımlılık .....	7
4.1.1. Karşılıklı Bağımlılığın Tarihsel Süreci .....	15
4.1.2. Karşılıklı Bağımlılık ile İlişkili Faktörler .....	17
4.1.2.1. Kök Aile Problemleri .....	17
4.1.2.2. Benlik Saygısı .....	20
4.1.2.3. Sağlık Sorunları .....	22
4.1.2.4. Çocuk İstismarı (Fiziksel, Duygusal ve Cinsel istismar) .....	24
4.1.2.5. Karşılıklı Bağımlılık ve Cinsiyet .....	26
4.1.2.6. Karşılıklı Bağımlılığın Tedavisi .....	28
4.2. Hemşirelik ve Karşılıklı Bağımlılık .....	30
4.2.1. Karşılıklı Bağımlılık ve Hemşirelik Eğitimi .....	41
<b>5. Gereç ve Yöntem .....</b>	<b>45</b>
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı .....	45
5.1.1. Araştırmanın Soruları .....	45
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	45
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	45
5.4. Veri Toplama Araçları .....	46
5.4.1. Bireysel Bilgi Formu .....	46
5.4.2. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği (Nurse Codependency Questionnaire) .....	47
5.4.2.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği .....	47

5.4.2.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliği.....	47
5.4.2.1.2. Yapı Geçerliği.....	50
5.4.2.1.3. Hemşirelik Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin Güvenilirlik Çalışması .....	52
5.4.2.1.3.1. Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğine İlişkin Bulgular.....	53
5.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) .....	54
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	54
5.6. Araştırmanın Etiği.....	56
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	56
<b>6. Bulgular.....</b>	<b>57</b>
6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	58
6.2. Hemşirelerin Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Puan Ortalamaları ile İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	65
<b>7. Tartışma .....</b>	<b>76</b>
7.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
7.1.1. Dil Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	76
7.1.2. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	77
7.1.3. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	78
7.2. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	79
7.2.1. İç Tutarlık Güvenirlik katsayısı .....	80
7.2.2. Test- Tekrar Test yöntemi.....	80
7.3. Karşılıklı Bağımlılık Düzeylerinin Tartışılması .....	81
7.4. Karşılıklı Bağımlılık ile İlişkili Faktörlerin Tartışılması.....	86
7.4.1. Karşılıklı Bağımlılık ile Benlik Saygısı Tartışılması.....	86
7.4.2. Karşılıklı Bağımlılık ile Cinsiyet Tartışılması.....	88
7.4.3. Karşılıklı Bağımlılık ile Çocukluk ve Gençlik Döneminde (18 yaş altı) Yaşanmış Olan Fiziksel, Duygusal ve Cinsel İstismar Sorunlarının Tartışılması .....	88

7.4.4.Karşılıklı Bağımlılık ile Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Problemi Yaşama Durumunun Tartışılması .....	93
7.4.5.Karşılıklı Bağımlılık ile Medeni Durum Tartışılması.....	96
7.4.6.Karşılıklı Bağımlılık ile Eğitim Düzeyi Tartışılması.....	97
7.4.7.Karşılıklı Bağımlılık ile Yaş Tartışılması .....	98
7.4.8.Karşılıklı Bağımlılık ile Hemşirelerin Çalışma Şekli ve Sürelerinin Tartışılması .....	99
<b>8. Sonuçlar ve Öneriler .....</b>	<b>100</b>
8.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Geçerliliği ve Güvenirliği Çalışmalarına İlişkin Sonuçlar .....	100
8.2. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar .....	101
8.3. Karşılıklı Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar.....	102
<b>9. Kaynaklar .....</b>	<b>108</b>
<b>10. Ekler .....</b>	<b>119</b>
Ek 1. Bilgilendirme Formu .....	120
Ek 2. Bireysel Bilgi Formu .....	121
Ek 3. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği.....	123
Ek 4. Dil Eşdeğerliliği İçin Başvurulan Öğretim Elemanları .....	125
Ek 5. Bilimsel Görüş İçin Başvurulan Öğretim Üyeleri.....	126
Ek 6. Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri .....	127
Ek 7. Ölçek Kullanımı İzin Yazısı.....	128
Ek 8. Etik Kurul İzin Yazısı.....	129
Ek 9. Şahinbey Araştırma Hastanesi İzin Yazısı .....	131
Ek10.Kamu Hastaneler Birliği İzin Yazısı .....	132
<b>11. Özgeçmiş .....</b>	<b>134</b>

### III. KISALTMALAR VE SİMGELER

<b>AL-Anon</b>	Adsız Alkolikler
<b>NCQ</b>	Nurse Codependency Questionaire
<b>MKB</b>	Madde Kullanım Bozukluğu
<b>CODA</b>	Adsız Karşılıklı Bağımlılar
<b>KAMKK</b>	Kök Ailede Madde Kullanan Kişiler
<b>CODAT</b>	Codependency Assesment Tool
<b>DSM</b>	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)



#### IV. TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Hastanelere Göre Hemşire Dağılımı.....	46
<b>Tablo 2.</b> Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği Dağılımı .....	49
<b>Tablo 3.</b> Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Test Sonuçları .....	51
<b>Tablo 4.</b> Hemşirelik Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları .....	52
<b>Tablo 5.</b> Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Cronbach $\alpha$ Güvenirlik Katsayısı Dağılımı .....	53
<b>Tablo 6.</b> Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Test –Tekrar Test Bulguları .....	53
<b>Tablo 7.</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı.....	58
<b>Tablo 8.</b> Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....	60
<b>Tablo 9.</b> Hemşirelerin Anne-Babalarının Hayatta olması ve Anne-Babalarının Tutumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı .....	61
<b>Tablo 10.</b> Hemşirelerin ve Ailelerinin Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Sorunlarına İlişkin Bulguların Dağılımı .....	62
<b>Tablo 11.</b> Hemşirelerin Fiziksel, Ruhsal ve Cinsel İstismar Durumları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı .....	63
<b>Tablo 12.</b> Hemşirelerin Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı .....	64
<b>Tablo 13.</b> Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği, Alt Ölçekler ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	65
<b>Tablo 14.</b> Benlik Saygısı ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66
<b>Tablo 15.</b> Beden Kitle İndeksi ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
<b>Tablo 16.</b> Demografik Özellikler ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
<b>Tablo 17.</b> Hemşirelerin Eğitim Durumları ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	73
<b>Tablo 18.</b> Hemşirelerin Çalışma Şekli ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	73
<b>Tablo 19.</b> Hemşirelerin Sağlık Sorunları Olduğunda Gösterdikleri Davranış Biçimi ile İfade Eksikliği Alt Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	74

## V.GRAFİK LİSTESİ

<b>Grafik1.</b> Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Dağılım Grafiği.....	65
<b>Grafik 2.</b> Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ile Rosenberg Benlik Saygısı Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	66

## 1.ÖZET

Hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı ve karşılıklı bağımlılığı etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamayan araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. Birinci aşama “Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği’nin (Nurse Codependency Questionnaire)” Türkçe’ye uyarlanması amacıyla metodolojik, ikinci aşama, hemşirelerde karşılıklı bağımlılık düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma yöntemine göre planlandı. Araştırmanın örneklemini Gaziantep il sınırları içinde yer alan beş devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 538 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri, sosyo-demografik özelliklere ve karşılıklı bağımlılığı etkileyeceği düşünülen faktörlere ilişkin soruların yer aldığı Bireysel Bilgi Formu, Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri kullanılarak toplandı. Veri toplama araçları 3 Mart - 29 Ağustos 2014 tarihleri arasında uygulandı. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 22.0 bilgisayar programında; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdeler, t-testi, Oneway Anova testi kullanılarak değerlendirildi. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği’nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,77 olarak bulundu. Hemşirelerin, Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $70,65 \pm 11,09$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $40,03 \pm 8,31$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $30,00 \pm 4,91$  ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puan ortalaması  $22,67 \pm 4,15$  olarak belirlendi. Benlik saygısının, 18 yaş altı çocukluk döneminde yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarının var olmasının, eğitim düzeyinin, çalışma şekillerinin ve çalışma saatlerinin düzenli olmamasının hemşirelerde karşılıklı bağımlılık ile ilişkili faktörler olduğu belirlendi.

Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik bulguları orijinal ölçek bulgularına benzer bulundu ve ölçeğin hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı açıklamada kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, karşılıklı bağımlılık, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği,

## **2.SUMMARY**

### **Co-dependency Among Nurses and Related Factors**

This study aims at exploring co-dependency among nurses and the factors that affect it and was carried out with a two-stage process. The study was conducted with registered nurses practicing in five different state hospitals and one university hospital in the borders of Gaziantep province in order to determine the levels of Co-dependency and related factors for those nurses. First part of the study was carried out methodologically to adapt “Nurse Co-dependency Questionnaire” to Turkish, and the second part was carried out by using descriptive research design to find the levels of Co-dependency and the related factors. The sample of the study consisted of 538 registered nurses practicing in one university and five state hospitals and who agreed to take part in the study. Data collection tools included an Personal Information Form having questions regarding the socio-demographic features and the factors that are thought to have an effect on and Co-dependency; and the Nurse Co-dependency Questionnaire and Rosenberg Self Esteem Scale. The survey and scales were applied to subjects between 03 March and 29 August 2014. Data gathered by using these tools were assessed in SPSS for Windows 22.0 by using mean, standard deviation, minimum and maximum values and percentage, t-test and one-way Anova test. Cronbach’s alpha for the Nurse Co-dependency Questionnaire was found to be 0,77. Mean score of the nurses was  $70,65\pm 11,09$  for Nurse Co-dependency Questionnaire,  $40,03\pm 8,31$  for dependent care subscale and  $30,00\pm 4,91$  for lack of expression subscale. For Rosenberg Self Esteem Scale, mean score was found to be  $22,67\pm 4,15$ .

The study revealed that self esteem, physical, emotional and sexual abuse that was experienced during childhood, existence of physical and psychological health problems, education level, working conditions/patterns and irregular working hours are the factors that are related to co-dependency in nurses.

**Keywords:** Nurse, co-dependency, nurse co-dependency questionnaire

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Karşılıklı bağımlılık, başkalarına yönelik aşırı derecede sorumluluk hissetmeden kaynaklanan ve kişinin tüm hayatını domine eden bir acı ve çaresizlik hissini ifade etmektedir. Karşılıklı bağımlılık “bozuk bir ilişki kurma biçimi, bunu izleyen zorluklar ve acı verici ilişki biçimleri” olarak tanımlanmaktadır (Parker et al.,2003). Karşılıklı bağımlılık, kişilerin kendi dışındakilere yönelerek, kendi öz kimliklerinden saklanarak, kendilerine yabancılaşması ile ortaya çıkan öğrenilmiş bir davranıştır (Ançel, 2009).

Karşılıklı bağımlılık; kişilik bozukluğu, ilerleyici bir hastalık, öğrenilmiş davranış bozukluğu, ilişki ya da nesne bağımlılığı veya manevi boşluk olarak farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Günümüzde tanımla ilgili tartışmalar devam etmekle birlikte Amerikan Ulusal Karşılıklı Bağımlılar Birliği (National Council on Codependence) tarafından geliştirilen ve kabul gören bir tanıma ulaşılmıştır. Bu tanıma göre karşılıklı bağımlılık, öğrenilmiş bir davranış, nesne ve/veya insanlara bağımlılık olarak açıklanmaktadır. Tanımda, karşılıklı bağımlılarda benlik değerini küçümseme, kendi gereksinimlerine kayıtsız olma, saplantılı (kompulsif) alışkanlıklar, madde bağımlılığı ve benliğine yabancılaşma ile karakterize hastalıklar ve utanç duygusu ile yansıtılan olumsuz bir benlik yapısı olduğu belirtilmektedir (Martsolf, 2002; Ançel, 2012).

Karşılıklı bağımlılık, İngilizce’de “codependency/ co-dependency” sözcüğünün karşılığı olarak belirlenmiştir. Kavramın Türkçe karşılığı daha önce “karşılıklı bağımlılık/bağımlılaştırma” olarak ifade edilirken, Öz (1999) tarafından “bağlaşıklık” olarak kullanılmıştır (Ançel, 2012).

Karşılıklı bağımlı kişiler, diğerlerinin onları nasıl algıladığına göre kendilerini değerlendirir ve başkalarının onları nasıl gördüğüne göre davranışlarını şekillendirir. Bu tür davranışlar nedeni ile benlik sınırları bozulmaktadır. Karşılıklı bağımlı kişiler genellikle hem kimliğinden emin olmayan hem de kendi düşünce tarzı olmayan kişiler olarak karakterize edilirler. Çünkü karşılıklı bağımlı kişiler, korkularını kabul etmedikleri için veya reddedilmemek için genellikle başkalarını memnun etmede aşırıya

gider ve kendilerini kurban ederler. Bu nedenle karşılıklı bağımlılık, dış uyaranlara aşırı tepki ve içuyaranlar için yetersiz tepki sonucu, sürekli stresli koşullarla karşı karşıya kalmanın ortaya çıkardığı yaşamın işlevsiz bir modeli olarak tanımlanmaktadır (Allison, 2004).

Karşılıklı bağımlılık kavramı ilk kez, 1950'lerde alkolik üyesi olan ailelere yardım amacıyla kurulmuş olan Al-Anon'ın, alkol bağımlılığı olan bireyin diğer aile üyeleri üzerindeki olumsuz etkileri içinde tanımlanmıştır. Ancak asıl tanımlama, 1970'lerden sonra yapılmış ve karşılıklı bağımlılık sadece alkolik bireyin olduğu aileler değil, tüm işlevi bozuk (disfonksiyonel) ailelerin ilişki biçimi olarak incelenmeye başlanmıştır (Caccamise, 1996; Hollabaugh, 1995; Ançel, 2012; Öz,1999). Önceleri alkol, madde, kumar ya da cinsel bağımlılığı olan bireylerin sorunu olarak tanımlanan karşılıklı bağımlılık, bağımlı kişi gelişme gösterse de, aile üyelerinde karşılıklı olarak bağımlılık davranışlarının devam ettiğinin görülmesi üzerine işlevsel bozukluğu olan ailelerde büyüyen erkek ve kadınlarda ortaya çıkan ve aktarılan bir ilişki hastalığı olarak görülmüştür. Bu noktadan sonra karşılıklı bağımlılık, bakım verilmesi gereken bireyin olduğu ailede büyüyen ve ebeveynin desteğini alamayan çocukları kapsayacak biçimde genişletilmiş ve aile üyelerinin stresli yaşamla, patolojik bir şekilde baş etme biçimi ve öğrenilen bir süreç olarak kabul görmüştür. Daha sonraları karşılıklı bağımlılığın, alkolik veya davranış sorunu olan ebeveynlerin çocuklarının yanı sıra, duygusal/zihinsel bozukluğu olan veya kronik hastalığı olan bireyle yakın ilişkide olan kişilerde ve yardım etmeye odaklı sağlık mesleklerinde de yaygın olarak görüldüğü ortaya çıkmıştır (Ançel, 2012).

Karşılıklı bağımlılık, başkalarına bakım verme zorunluluğu hissetme, kendine zarar verici davranışların eşlik ettiği benlik saygısı düşüklüğü, kendi yaşamını kontrol etmek yerine başkalarının yaşamını kontrol etmeye ilişkin saplantılı düşünceler içinde olma, başkalarından sevgi ve değer görmeye bağımlı olma, yetersiz/problemlili iletişim becerileri gösterme, başkalarına güvenememe, kızgınlık duyguları içinde olma, hayır diyememe ve cinsel sorunlar yaşama gibi duygu ve davranışlarla karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır. Karşılıklı bağımlılık yaşayanların duygu ve davranışlarında aşırı bağımlılık, aşırı kontrol, mükemmeliyetçilik ve kendini ifade edememe gibi

belirgin özellikler olduğu belirtilmektedir. Bu özellikler, kendini adama, ayrılık ve reddedilmeye aşırı duyarlılık, karar verme zorluğu ve stresle baş edememeye bağlı tıbbi hastalıklar ortaya çıkmasına neden olmakta ve bu hastalıklar yaygın olarak yaşanmaktadır. Karşılıklı bağımlılığın çeşitli tanımlarında sıklıkla vurgulanan nokta, bu kişilerin başkalarının onayına bağımlı olmaları nedeniyle benlik sınırı ve kimlik sorunları yaşamalarıdır. Karşılıklı bağımlıların benlik değerine ilişkin duyguları, çevredekilerden gelen değerlendirmelere göre değişmektedir. Öyle ki, karşılıklı bağımlılar başkalarının davranışlarını temel almakta ve kendi davranışlarını başkalarının tepkilerine göre ayarlamaktadırlar. Bu davranış biçimi nedeniyle bireyler, belirsiz benlik sınırları içinde kendilerini çevresindekiler mutluyorsa mutlu, mutsuzsa mutsuz hissetmektedirler (Holder et al.,1994; Ançel, 2012).

Hastanede çalışma ile karşılıklı bağımlılık arasında bir ilişki olduğu ve hastanelerin hemşireler için karşılıklı bağımlılık yaratıcı ortamlar olduğu belirtilmektedir. Çünkü hastanelerdeki ilişkiler, tıpkı işlevsel bozukluğu olan ailelerde görülen ilişkilere benzemektedir. Bu ilişki içinde hemşireler, hiyerarşik olarak sistemde en alt sırada bulunmakta, karar mekanizmalarına karıştırılmamakta, kendi mesleki kararları bile hekim ya da hastane yöneticilerinin kararlarına bırakılmakta ve bir hata ortaya çıktığında da en kolay suçlanan grup olmaktadır. Ançel'in (2012) belirttiğine göre, Yates ve McDaniel çalışmalarında hastanelerin sadece karşılıklı bağımlılık riskini arttırmakla kalmadığını, hastanenin işleyişini kolaylaştırmak için vericilik ve kendini ifade etmeme davranışları gösteren bireyleri de ödüllendirdiğini vurgulamaktadırlar (Ançel, 2012).

Hemşireler arasında karşılıklı bağımlılığın görülme sıklığına yönelik tahminler değişiklik göstermekte, ancak hemşirelerin, diğer yardım edici meslek gruplarından daha yüksek oranda karşılıklı bağımlılık riskiyle karşı karşıya olduğu belirtilmektedir. Snow ve Willard; hemşirelerin %80'inin karşılıklı bağımlılıktan etkilendiğini öne sürmüştür. Hemşireler için mesleklerinin cazip olmasının sebeplerinden biri diğer insanlara bakma ihtiyacıdır. Çoğu hemşire, mesleğini çocukken öğrendiği rolü yerine getirmek için seçmektedir. Çocukken öğrenilen burol, erken yaşta hasta kardeş ya da alkolik ebeveyne bakmak gibi, erişkinlerin görevlerini yerine getirmek üzerine

odaklanmaktadır. Bazı hemşireler istismar ve ihmalin yoğun olduğu kaotik aile ortamında yetişmişlerdir. Bu gibi arka planlarda öğrenilen davranışlar bireyin denge kurma yeteneğini işlevsiz hale getirebilmektedir. Holder, Farnsworth ve Wells; çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin neredeyse %70'inin cinsel taciz, madde bağımlılığı ya da fiziksel şiddet öyküsü olan ailelerden geldiğini bildirmişlerdir. Mesleğe girmeyi tercih edenler çoğunlukla, karşılıklı bağımlı davranışların geliştirilmesine sebebiyet veren bir sağlık sistemi içerisinde çalışmak durumunda kalmaktadırlar. Bu dinamik profesyonel hemşire bakımı ile bakım maskesi altında gizlenen karşılıklı bağımlılık arasında bir ayırım yapılması sorununu ortaya çıkarmıştır (Aktaran: Self, 2010).

Sağlık çalışanlarından hemşireler, hekimler, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlarda karşılıklı bağımlılık belirtilerinin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Hughes-Hammer'ın belirttiğine göre, Chappelle ve Sorrentino'un yapmış olduğu çalışmada 176 hemşirenin %13'ünde orta düzeyde bağımlılık olduğu belirlenmiştir (Hughes-Hammer et al.,1998). Öz'ün belirttiği çalışmalarda, karşılıklı bağımlılığın sağlık alanında çalışan erkek ve kadınlarda diğer mesleklere göre daha yaygın olduğu, özellikle hemşirelerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Yates ve McDaniel'in yaptığı çalışmada, hemşirelerin üçte birinde orta düzey ile ciddi düzey arasında, Malloy ve Berkery'nin yaptığı çalışmada ise %80'inde karşılıklı bağımlılık olduğu ortaya çıkmıştır (Öz, 1999).

Hemşirelerde karşılıklı bağımlılıkta artma olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Allison, 2004; Parker, 2003; Hughes-Hammer et al.,1998; Martsolf et al.,1999; Allison, 2005). Hemşireliğin başka birinin gereksinimlerine duyarlı olma ve bakım vermeyi öğreten bir meslek olmasının, hemşirelerde karşılıklı bağımlılık sıklığını arttırdığı ileri sürülmektedir (Ançel, 2012).

Bu çalışma, hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı ve karşılıklı bağımlılığı etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.



## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1. Karşılıklı Bağımlılık

Karşılıklı bağımlılığın tanımı oldukça geniş bir alana yayılmaktadır. Karşılıklı bağımlılık terimini tanımlamaya çalışan pek çok yazar ve araştırmacı olmuştur. Karşılıklı bağımlılığın bir rahatsızlık olarak ele alındığı sistematik araştırmaların sayısındaki yetersizlik göz önünde bulundurulduğunda, karşılıklı bağımlılık için net bir tanım üzerinde tam olarak anlaşmaya varılamamış olmasibeklenen bir durumdur. Karşılıklı bağımlılık kavramı için ortak bir tanım ihtiyacına dikkat çekilmiştir (Rossider, 2004).

Karşılıklı bağımlılık literatürde pek çok şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlar arasında karşılıklı bağımlılığın (1) bir hastalık (2) öğrenilmiş davranış (3) bir ilişki kalıbı ve (4) bir bağımlılık süreci olduğuna dair görüşler vardır (Martsolf, 2002).

Çoğu araştırmacı karşılıklı bağımlılığın, “aşırı benlik dışı odak, duyguların açık ifade edilememesi ve diğerleriyle kurulan ilişkilerden çıkarılan kişisel bir anlam üzerinden ilişki kurmayı içeren bozuk bir davranış kalıbı” olduğu üzerinde anlaşmaya varmıştır (Knudson and Terrell, 2012).

Spann ve Fischer (1990) karşılıklı bağımlılık; kişisel güçsüzlüğe ve başkalarının güçlülüğüne dair kuvvetli bir inanç, duyguların açık ifade edilememesi ile birlikte ileri derecede inkâr, katılık ve ilişkiyi kontrol etme girişimini içeren; kişisel sıkıntı yaratan bakım ilişkilerine girmekten kişisel bir anlam çıkarmaya dönük girişimler ile karakterize bir ilişki kurma biçimidir (Aktaran: Cullen and Carr, 1999).

Wegscheider-Cruse ve Cruse (1985) başka bir kişi ya da nesneye aşırı bağımlılık sonucu oluşan patolojik bir durum olarak tanımlamıştır (Aktaran: Livingston, 2008).

Wegscheider-Cruse ve Cruse (1990) karşılıklı bağımlılığı, kompulsif davranışlara ve güvenlik, özsaygı ve kimlik bulabilmek için başkalarının onayına

duyulan acı verici bir bağımlılık modeli olarak tanımlamaktadır (Aktaran: Kelly-Rank, 2003; Bagheri, 2005) .

Chapelle ve Sorrentino (1993) karşılıklı bağımlıyı, “beklentiler ne kadar abes olsa da” diğerlerine ayak uydurmak için kendi davranışlarını değiştirmek suretiyle onlara uyum sağlamaya çalışan kişi olarak belirtmektedir (Chapelle and Sorrentino, 1993).

Malloy ve Berkery (1993) “karşılıklı bağımlı kişinin bir başkasının davranışının etkisi altında kaldığı ve kendi yaşam tarzını o başkasına göre değiştirdiği” fikrini vurgulamaktadır (Malloy and Berkery, 1993).

Yates ve McDaniel’a göre (1994) karşılıklı bağımlılık, “bizi duygusal açıdan güçsüzleştiren ve hatta fiziksel olarak hasta eden sağlıklı davranış biçimidir.”

Caffrey ve Caffrey (1994), karşılıklı bağımlı kişilerin kendileriyle ilgilenmemek pahasına başkalarıyla ilgilendiklerini söylemekte ve karşılıklı bağımlıların kendi kimlikleri, ihtiyaçları ve duygularını başkalarının ihtiyaçlarıyla ilgilenmekle iç içe düşündüklerini ve bu sebeple bakıcı rollerinin dışında kendilerini tanımlamakta zorluk çektiklerini belirtmektedir (Aktaran: Loucks, 2005).

Hughes-Hammer ve arkadaşları (1998), “insanın kendisi dışındaki kişi ve nesnelere bağımlılığı ile kendini gösteren ve bu şekilde kişinin kendi kimliğini önemsememesi ve değersizleştirilmesi sonucunu doğuran öğrenilmiş bir davranış” olarak tanımlamaktadır (Hughes-Hammer, et al.,1998).

Gorski, karşılıklı bağımlılığa ilişkin kişilik özelliklerini; düşük özsaygı, özsaygıyı yükseltmek amacıyla başkalarıyla takıntılı bir biçimde ilgilenme ve öz bakım eksikliği doğuracak derecede aşırı bakım davranışları gösterme olarak belirlemiştir (Aktaran: Self, 2010).

O’Gorman(1993), karşılıklı bağımlılığı “öğrenilmiş çaresizlik” olarak tanımlamıştır (Aktaran: Yearing, 2008).

Allison’a göre karşılıklı bağımlılık, bakıcı rolüyle aşırı özdeşimle karakterize bir benlik kaybı, diğerlerinin sorumluluklarıyla kendininkileri ayırt edememe, bakımdan çok korku hissiyle ilişkili olarak, başkalarına karşı duyulan sahte bir görev anlayışı ve kendini değerli hissedebilmek amacıyla başkalarına bağımlı olmaktır. Karşılıklı bağımlılık genel olarak tedavi edilebilir bir sendrom ve diğer hastalık ya da bağımlılıkların bir belirtisi olarak tanımlanmaktadır ( Allison, 2005).

Cermak karşılıklı bağımlılığı alkol ya da diğer uyuşturucu maddeleri kullanan kişiyle kurulan zararlı ilişkiye kompulsif ve duygusal bir katılım sağlamakla kendini gösteren bir karakter özelliği olarak tanımlamıştır. Cermak (1986), “kişilik veya dürtü bozukluğuna sahip ya da madde bağımlısı olan bireylerle kurdukları ilişkilerde bu kişilerin ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu üstüne almak ve sonuçta kendine dair sorumluluklarını gözardı etmektir” olarak belirtmiştir. Bağımlılık danışmanları kendi klinik uygulamalarında ve klinik yargılarının ampirik testlerinde bu davranış biçimini tanımlamış ve ölçebilmişlerdir (Aktaran: Harkness et. al, 2001; Harkness, 2003).

Karşılıklı bağımlılık, çoğu klinisyen tarafından belirli sağlıksız davranışları açıklamak amacıyla kullanılan bir terimdir. Karşılıklı bağımlılar, onları madde kötüye kullanımı gibi yıkıcı davranışlardan “kurtarmak” adına çevresindekiler üzerinde bir hâkimiyet kurmaktadır. Çoğu araştırmacı karşılıklı bağımlılığın, “aşırı benlik dışı odak, duyguların açık ifade edilememesi ve diğerleriyle kurulan ilişkilerden çıkarılan kişisel bir anlam üzerinden ilişki kurmayı içeren bozuk bir davranış kalıbı” olduğu üzerinde uzlaşmıştır. Karşılıklı bağımlılar çoğunlukla diğerleriyle ilgilenmekle meşgul olduklarından kendileriyle yeterince ilgilenemezler ve bu durum da kimlik gelişiminde bozukluklara yol açar. Karşılıklı bağımlı kişiler, diğerlerinin onları nasıl algıladığına göre kendilerini değerlendirir ve başkalarının onları nasıl gördüğüne göre davranışlarını şekillendirirler. Bozulmuş sınırlar, karşılıklı bağımlı kişilerde genellikle hem kimliğinden emin olmayan hem de kendi düşünce tarzı olan bağımsız ve farklı kişiler olarak ayırt edemeyen olarak karakterize edilir. Çünkü karşılıklı bağımlı kişiler,

korkuları kabul edilmeyen veya reddedildiği için genellikle başkalarını memnun etmek pahasına aşırıya gider ve kendilerini kurban ederler. Kabul kazanmak ya da korumak, başkalarını memnun etmek için kendine bir faydası olmayan veya kendini göz ardı eden veya kendine zarar verici olan davranışlara girişirler (Knudson and Terrell, 2012; Allison 2004).

Karşılıklı bağımlılığın farklı tanımları olsa da, bu olgunun belirli asli karakteristikleri ve davranış biçimlerini kapsadığı konusunda anlaşmaya varılmıştır. Bu karakteristikler; sınır sorunları, düşük özsaygı, mükemmeliyetçilik, onaylanma ihtiyacı ve bakım davranışdır (Allison, 2004).

James ve Morgan (1991), terim için altı farklı kavramsallaştırma belirtmiştir:

- a) Duygusal, psikolojik ve davranışsal bir sağlık durumu;
- b) Kişilerarası kontrole ilişkin takıntı;
- c) Öğrenilmiş kendi kendini engelleyen davranışlar;
- d) Diğerleriyle ilgilenmekle ilişkili bir tür sıkıntı;
- e) Bağımlılık oluşturan bir hastalık ve
- f) Aşırı bağımlılıkla karakterize bir başkasıyla meşgul olma durumu ( James and Morgan, 1991; Harkness et al., 2001).

Karşılıklı bağımlılığın klasik karakteristikleri arasında;

- a) Diğerlerine bakmaya yönelik güçlü bir istek;
- b) Duyguları tanımlama, ifade etme, yönetme ya da açıklama konusunda yetersizlik;
- c) Gizli bir güçsüzlük hissi;
- d) Sınır koyma konusunda zorlanma;
- e) Kimlik karmaşası;
- f) Başkalarının onayına bağımlı olma;
- g) Yetkili kişilerle problem yaşama;
- h) Bir bağımlılık ya da işlev bozukluğu yaşayan bir kişiyle uzun süreli ilişki içerisinde olma ve

- i) Herhangi bir bağımlı davranışı (alkol, uyuşturucu ya da yemek gibi maddelere ya da başkalarını kontrol etme ya da düzeltme gibi) bulunmaktadır (Harkness, 2003).

Hughes-Hammer, Martsolf ve Zeller'in gerçekleştirdiği çalışmada karşılıklı bağımlılığın beş farklı kavramdan oluşan bir yapı olduğu ortaya konulmuştur. Temel kavram, başkalarına odaklanma/kendini önemsememedir. Bu, manipülasyon ya da nasihat verme yoluyla olaylara ya da diğer kişilere yardımcı olmaya veya bunları kontrol etmeye yönelik duyulan zorlanım hissidir. Bu kavram sınır sorunlarını ve kontrol etme ihtiyacını da içermektedir. Bu temel kavramla birlikte dört ayrı semptom daha bulunmaktadır:

- a) Kök aile problemleri,
- b) Düşük özsaygı,
- c) Benliğini gizleme ve
- d) Sağlık sorunları (Hughes-Hammer et al.,1998).

Terime ilişkin olarak yakın zamanda üzerinde anlaşmaya varılmış olan bir tanım, ilişkilerde işlev bozuklukları ile kimlik bozuklukları alanında geliştirilmiştir. En yaygın karşılıklı bağımlılık tanımı, Spann-Fischer Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'ni (SF CDS) geliştirmiş olan Fischer ve Spann'in (1991) tanımlarıdır. Bu tanım; "karşılıklı bağımlılık, aşırı benlik dışı odak, duyguların açık ifade edilememesi ve diğerleriyle kurulan ilişkilerden çıkarılan kişisel bir anlam üzerinden ilişki kurmayı içeren bozuk bir davranış kalıbıdır" (Aktaran: Knudson and Terrell, 2012).

Akıl sağlığı ile ilgilenen çevrelerde karşılıklı bağımlılığın bir hastalık mı, bir sağlık durumu mu yoksa anormal insanlara verilen normal bir tepki mi olduğu konusunda bir anlaşmazlık mevcuttur. Karşılıklı bağımlılık için üç anlam seviyesi tanımlamıştır: a) didaktik bir araç, b) psikolojik bir kavram, c) bir hastalık tablosu. Didaktik bir araç olarak karşılıklı bağımlılık, aile üyelerinin alkolik bireye ilişkin kaygılarını onaylamaktadır. Karşılıklı bağımlılık teşhisi aile bireyine üstesinden gelmesi gereken bir şey sunmaktadır. Psikolojik bir rahatsızlık olarak ele alındığında, karşılıklı bağımlı kişiye, terapistlere üzerine araştırma yapılmış müdahalelere dayalı

tedavi seçenekleri sunan bir teşhis konulması durumu vardır. Bir hastalık olarak ele alındığında ise karşılıklı bağımlılık klinisyenlere, uyumsuz davranışları aktif bir biçimde desteklediği düşünülen davranış biçimlerini teşhis etme fırsatı vermektedir.

Karşılıklı bağımlılık literatürde, karşılıklı bağımlı kişilik bozukluğuna sahip olduğu teşhis edilen ya da karşılıklı bağımlı davranış stilleri olduğunu inkâr eden bireyleri tanımlamak için benzer kişilik kalıpları belirlenmiştir. Cermak'ın (1986) belirttiği üzere: Pek çok işbirlikçinin/suç ortağının (karşılıklı bağımlı kişilerin bir alt grubunu tanımlamak için kullanılan bir terim) uyuşturucu ve alkolün bu ülkeye ve genel olarak aile yaşamına verdiği zarar üzerinde durdukları için kimyasal bağımlılık alanında çalışan uzmanlar olması oldukça acı verici bir ironidir.

Cermak'a göre bu bireyler kendi işleyişlerindeki patolojiyi fark edememektedir. Empati, başkalarına odaklanma, hoşgörü, bakım gibi karşılıklı bağımlı kişilik yapıları; bir danışmanda yanlılıkla faydalı kişilik özellikleri olarak görülebilmektedir. Karşılıklı bağımlı bir ilişkide kişi, işlev bozukluğu gösteren (disfonksiyonel) bağımlı varlığını idame ettirmek için kendi kimliğini feda etmektedir.

Karşılıklı Bağımlı Kişilik Bozukluğu, ayrı bir kişilik bozukluğu olarak görülmemektedir. Karşılıklı bağımlılığın ne olarak ele alınması gerektiği konusunda uzmanlar arasında bir fikir birliğine de varılmamıştır (Kelly-Rank, 2003).

Literatürün büyük bir bölümünde karşılıklı bağımlılık psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmış olsa da bazı kuramcılar karşılıklı bağımlılığın toplumsal hakkaniyetsizlikten kaynaklanan bir toplumsal bozukluk olduğuna inanmaktadırlar. Cowan (1995), karşılıklı bağımlılıkla ilişkilendirilen semptomlar önemsiz pozisyonlarda bulunan kişilerin gösterdiği uyumlayıcı davranışlardır. Harper ve Capdevila (1990), Karşılıklı bağımlılığı tek bir bozukluk altında değil, DSM kategorisinde Alkolizm, Bağımlı, borderline ve histerionik kişilik bozukluklarından gelen özellikleri birleştirirerek açıklanmasının daha uygun olacağı belirtilmektedir (Aktaran: Kelly-Rank, 2003).

Longhead, Spurlock ve Ting (1998) karşılıklı bağımlılık üzerinde Millon Çok Eksenli Klinik Envanterini kullanarak çalışmışlardır. Araştırmalarının amacı, karşılıklı bağımlılığın Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı içerisindeki tanısal kriterlere göre bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanıp tanımlanamayacağını belirlemektir (Aktaran: Belyea, 2011).

Bu zamana dek yalnızca tek bir araştırmacı karşılıklı bağımlılığın DSM içerisine alınması yönünde çaba harcamıştır. Cermak (1986), karşılıklı bağımlılığın yapısı üzerine çalışmış ve bu rahatsızlığın tanısal geçerliliği olduğunu savunmuştur. Cermak karşılıklı bağımlılığın, DSM'nin Karma Kişilik Bozukluğu tanısal kategorisi altında değerlendirilebileceğini ileri sürmüştür. Araştırmacı, karşılıklı bağımlılık için bulduğu kriterleri, Alkol Bağımlılığı Kişilik Bozukluğu, Bağımlı Kişilik Bozukluğu ve Borderline Kişilik Bozukluğu ile ilişkilendirmiştir. Cermak'ın güçlü tezleri bulunmasına karşın iddiaları yaygın olarak kabul görmemiştir ve ampirik kanıttan yoksun olduğu gerekçesiyle DSM-III içerisine alınmamıştır (Kelly-Rank, 2003; Knudson and Terrell, 2012).

Cermak'a göre (1986) karşılıklı bağımlılık "20. Yüzyılın getirdiği bir sağlık durumu" olarak görülüp yeterince önemsenmemekte ve terimin aşırı kullanılmasından ve yanlış anlaşılmasından ötürü göz ardı edilmektedir. Cermak (1986) tam da bu sebeple karşılıklı bağımlılık için, terapistler için danışanlara yardım ederken bir araç görevi görecektir spesifik tanısal kriterler belirlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Karşılıklı bağımlılık özellikleri yaygındır; özellik "kişide sürekli olarak gözlemlenen çevreyi ve kendisini algılama, onlarla ilişki kurma ve onlara ilişkin düşünme şekilleri" olarak tanımlanmaktadır. Kişilik özellikleri, "kararlı ve uyumsuz hale gelmeleri ve toplumsal ya da mesleki işleyişte anlamlı bozukluklara yol açmaları veya anlamlı subjektif sıkıntıya sebebiyet vermeleri" durumunda bozukluğa dönüşmektedirler. Cermak'ın teorisine göre (1989) Karşılıklı Bağımlılığın DSM-IV'te bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanması, karşılıklı bağımlı kişilerin ve akıl sağlığı ile ilgilenen çevrelerinin faydasına olacaktır. Cermak tarafından öne sürülen diagnostik kriterler arasında şunlar bulunmaktadır:

- A. Ciddi zararlı sonuçlar bulunmasına karşın, özsaygının sürekli olarak kendisini ve başkalarını kontrol etme üzerine odaklanması.
- B. Kişinin kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederek diğerlerinin ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu üstlenmesi.
- C. Anksiyete, yakınlık ve ayrılık çevresinde görülen sınır bozuklukları.
- D. Kişilik bozukluğu olan kişilerle, kimyasal bağımlılarla, diğer karşılıklı bağımlılarla ve/veya impuls bozukluğu olan bireylerle sürekli ilişki içerisinde bulunma.
- E. Aşağıdakilerden üç ya da daha fazlasının bulunması:
1. İnkâra aşırı bağlanma
  2. Duyguların baskılanması
  3. Depresyon
  4. Hipervijilans
  5. Kompulsiyon
  6. Anksiyete
  7. Madde kötüye kullanımı
  8. Daha önce tekrarlayan fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalmış olmak ya da hâlihazırda bu tarz bir istismarla karşılaşılıyor olmak
  9. Strese bağlı tıbbi rahatsızlıklar
  10. Herhangi bir yardım talebinde bulunmadan, aktif bir madde kullanıcısıyla en az iki yıl birinci derecede ilişki içerisinde bulunmuş olmak (Zetterlind and Berglund,1999; Harkness,2003; Hodgson, 1993; James and Morgan, 1991; Caccamise, 1996 ).

DSM IV'e göre; kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için; bir kişilik özelliğinin "kararlı ve uyumsuz hale gelmesi ve toplumsal ya da mesleki işleyişte anlamlı bozukluklara yol açması veya anlamlı subjektif sıkıntıya sebebiyet vermesi" gerekmektedir. DSM IV'te kişilik özelliklerinin, "kişinin çevreyi ve kendisini algılama, onlarla ilişki kurma ve onlara ilişkin düşünme şekilleri olup bunların sürekli olarak gözlemlendiği ve pek çok önemli toplumsal ve kişisel bağlamda kendisini gösterdiği" belirtilmiştir (Belyea, 2011).



Ulusal Karşılıklı Bağımlılık Konseyi 1990 yılında şu tanımı geliştirmiştir: “Karşılıklı bağımlılık insanın kendisi dışındaki kişi ve nesnelere bağımlılığı ile kendini gösteren öğrenilmiş bir davranıştır; bu bağımlılıklar kişinin kendi kimliğini önemsememesi ve değersizleştirmesini de içerir. Ortaya çıkan sahte benlik çoğunlukla kompulsif alışkanlıklar, bağımlılıklar ile kişinin kendi kimliğine yabancılaşmasını daha da ileri bir boyuta taşıyan ve utanç duygusunu besleyen diğer bozukluklarla ifade edilir (Ançel, 2012).

#### **4.1.1.Karşılıklı Bağımlılığın Tarihsel Süreci**

Kavramın ilk ortaya çıkış kaynağını tam olarak belirlemek oldukça zordur. Karşılıklı bağımlılık kavramı tarihsel olarak kimyasal bağımlılık ile ilişkilendirilmiştir. Başlangıçta karşılıklı bağımlılığın madde kullanım bozukluğu olan kişiyle duygusal ilişki içerisinde olmaktan kaynaklandığı düşünülmüştür. 1940’larda alkoliklerin eşleri tarafından sonradan Al-Anon adını alarak bir grup kurmuşlardır. Grup, kadınlara bir alkolikle birlikte yaşamının getirdiği problemleri tartışma fırsatı vermeyi amaçlamıştır. Karşılıklı bağımlılık terimi 1979 yılında ortaya atılmış ve bir alkolikle ilişki içerisinde olmaktan doğan bozuk davranışları tanımlamak için kullanılmıştır (Caccamise, 1996; Hollabaugh, 1995; Self, 2010; Douglass, 2009; Martsolf et al.,1999).

Kavramın literatürde ilk ortaya çıkışını 1980’lerin ortalarından öncesine dayandırmak zordur. Subby, Whitfield, Schaefer-Wilson, & Woititz, 80’lerin başında bu alanda çalışma gerçekleştiren öncü isimlerdir, ancak kavramın duyulmasını sağlayan Melodie Beattie olmuştur (Bauer et al., 2001).

Karşılıklı bağımlılık ilk başta madde kötüye kullanımıyla bağlantılı ilişkileri tanımlamak için kullanılmıştır. Bu bakış açısına göre madde kötüye kullanımıyla mücadele eden birey karşılıklı bağımlı kişinin kendisi değildir ancak karşılıklı bağımlı kişi, yakınının madde kullanımına ve bunu kontrol altına almaya yönelik bağımlılık geliştirmektedir. Sonraları, karşılıklı bağımlılık ve kökenlerine ilişkin ilginin artmasıyla birlikte 1980 yılında karşılıklı bağımlı davranışlar gösteren ancak herhangi bir madde kötüye kullanım bozukluğu olmayan kişiler için Adsız Karşılıklı Bağımlılar

(Codependents Anonymous/ CODA) grubu kurulmuştur. CODA'nın kuruluşunun ardından karşılıklı bağımlılık kavramı yalnızca madde kötüye kullanımını içeren ilişkilerde bulunan bireyler için değil, işlevsel bozukluk gösteren kök ailenin varlığına dayalı olarak sağlıklı ilişki biçimleri geliştiren kişileri de tanımlamak için kullanılmıştır. Daha sonra bu kavram; uyuşturucu bağımlılığı, kumar, cinsel bağımlılık ve sorunlu kök aile deneyimi gibi ileriki yıllarda kendilerini bağımlı, kompulsif ya da istismarcı bireylerle işlevselliği bozuk bakım verme ilişkileri kurmaya eğilimli hale getiren sıkıntılardan büyük ölçüde etkilenmiş kişileri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Holder et al., 1994; Martsof et al.,1999; Knudson and Terrell, 2012 ; Cullen and Carr, 1999).

Karşılıklı bağımlılığın sebebinin; kimyasal bağımlı bireylerle duygusal ilişki içerisinde olmanın yarattığı ve problemlerle başa çıkmada sağlıklı davranışlar gösterilmesine sebep olan dengesizlik olduğu düşünülmüştür. Ancak bağımlı insan ilerleme gösterirken bağımlı olmayan kişinin sağlıklı davranışlarının değişmemesi ve hatta bazı zamanlarda artış göstermesi, farklı bir olguyla karşı karşıya kalındığını göstermiştir. Karşılıklı bağımlılık konusunda çalışan araştırmacılara göre karşılıklı bağımlılık, bozuk bir aile düzeni içerisinde hayatta kalmak için geliştirilmiş bir yöntem olup bu davranışların yetişkinlikte de devam etmesi durumunda uyumsuz hale gelmektedir (Loucks, 2005).

Karşılıklı bağımlılık, Adsız Alkolikler ve Al-Anon gruplarının On İki Adım kültürü içerisinde oluşan davranışlara yönelik bir bakış açısına işaret etmektedir. Karşılıklı bağımlı davranış fikri, dikkatler madde kullanım bozukluğu olan kişiden bu bozukluğun o kişinin yakınları üzerinde yarattığı etkiye çevrilince ortaya çıkmıştır. Fikir temelde, hiç kimsenin tek başına hasta olmadığı kavramını benimseyen aile sistemi kuramlarıyla ilişkilidir. Başka bir kişinin madde kullanım bozukluğundan etkilenenlere yönelik bir destek grubu olan Al-Anon'un kurucu ilkelerine göre, zaman içerisinde bağımlı ya da alkolik olan kişilerin aileleri de bu bozukluğu taşıyan o bireyler kadar hasta olmaktadır.

Karşılıklı bağımlı davranışın kökeninde *yardımcı olma/kolaylaştırma* yatar. Kolaylaştırma, aşırı istekli bir şekilde yerine getirilen bir yardım etme eylemi aracılığıyla madde kullanım bozukluğuolan kişinin davranışlarını destekleme ve teşvik etme anlamına gelmektedir. *Kolaylaştırıcı* terimi ise bağımlı ya da alkolik olan kişiyi farkında olmadan madde kullanım bozukluğunda destekleyen kişiyi işaret etmektedir. Kolaylaştırıcı eğilimleri bulunan kişiler güvenilmez, düşkün ya da kötü davranışlı kişilerle ilişki kurup sonrasında bu ilişki içerisinde her şeyi temin ve kontrol etmeye çalışabilirler (Self, 2010).

Cullen ve Carr, karşılıklı bağımlılığın, “geniş ve çok nesilli bir aile sisteminin madde kötüye kullanımıyla ilgili olmayan bir yönü” olabileceğini belirtmişlerdir. Bu araştırmacıların bulgularına göre, yaygın inanışın aksine, ileri düzeyde karşılıklı bağımlı kategorisine giren öğrencilerin ebeveynlerinde yüksek düzeyde madde kullanım bozukluğuna rastlanmamıştır. Diğer çalışmalar da erişkinlikte ortaya çıkan karşılıklı bağımlılığı etkileyen faktörler arasında; ebeveynlerin çocuk üzerinde zor kullanması, onu kontrol etmeye çalışması, iki taraf arasındaki iletişim eksikliği ve çocuğun fiziksel ya da ruhsal olarak doyurulmaması gibi farklı anne babalık davranışlarını göstermiştir (Cullen and Carr, 1999).

#### **4.1.2. Karşılıklı Bağımlılık ile İlişkili Faktörler**

##### **4.1.2.1.Kök Aile Problemleri**

Kök Aile Problemleri, “kimyasal bağımlılığı olan bireylerin bulunduğu, duygu ve düşüncelerin ifade edilmediği ve tartışılmadığı, duygusal yakınlığın açıkça gösterilmediği; sıkıntılı ve sorunlu bir ailede büyümenin sonucunda ortaya çıkan mevcut mutsuzluk durumudur” (Martsolf et al., 1999).

Genellikle karşılıklı bağımlılığın aile kökenli olduğu üzerinde durulmaktadır. Ailede, duyguların ifade edilememesi, esnek olmayan kurallar ve yasaklar, öğrenilmiş çaresizlik kimlik geliştirme sürecini baltalamaktadır. Bozuk aile sisteminde kimyasal

bağımlılık, duygusal ya da psikolojik bozukluklar ve fiziksel ya da cinsel istismar görülebilmektedir (Alexander, 1992).

Bugüne kadar yapılmış çalışmalar, ebeveynlik kurumu içerisindeki algılanan çatışma düzeyinin erişkinlikte ortaya çıkan karşılıklı bağımlılığı etkileyip etkilemediğini değerlendirmemektedir. Aslında tıpkı çoğu çocuğun sık sık kavga eden ebeveynlerine karşı hissettiği gibi, karşılıklı bağımlılar da başkalarının duyguları ve mutlulukları üzerinde bir sorumluluk hissetmektedirler. Ayrıca algılanan ebeveynler arası çatışmanın çocuklarda görülen uyumsuzlukla ilişkili olduğu da saptanmıştır. Çocuğun ebeveynler arası çatışmaya ilişkin algısı, spesifik bir çatışmayı, bu çatışmanın nasıl çözüldüğünü ve çocuğun bu çatışma içerisindeki rolünü içermektedir. Ayrıca araştırmalara göre ebeveynler arası devamlı çatışmaya maruz kalan çocuklar çoğunlukla çatışmayı sonlandırma ve çözüme ulaştırmaya yönelik sorumluluk hissedebilmektedir.

Algılanan ebeveynler arası çatışma tanımının içerisinde bir çocuğun ebeveynleri arasındaki çatışmaya, bu çatışmanın nasıl çözüldüğüne ve kendisinin çatışmadaki rolünün ne olduğuna dair algısı bulunmaktadır. Bahsi geçen ebeveyn çatışması küçük anlaşmazlıklardan düşmanca ve rahatsız edici saldırganlığa uzanan bir dizi kavramı içermektedir.

Algılanan ebeveynler arası çatışma çocuklarda uyumsuzluk sorunuyla ve özellikle içselleştirme (örn., depresyon ve anksiyete) ve dışsallaştırma (örn., şiddet) davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir, içselleştirme davranışlarının uzaklaşım, anksiyete ve depresyon gibi sorunları kapsadığını belirtilirken, dışsallaştırma davranışını çocuğun kendi dışsal çevresine yönelik olarak gösterdiği negatif eylemler olarak betimlenmiştir. Dışsallaştırma ve içselleştirme davranışları çoğunlukla bir arada görülmektedir. Bu türden davranışlarda ebeveynler arası çatışmanın rolünün ölçülmesi önemli bir husustur (Knudson and Terrell, 2012).

Karşılıklı bağımlılık işlevsiz aile ortamında hayatta kalmak için öğrenilmiş bir davranıştır. Bu davranış, kişisel duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını gizleme ve ihmal ile

sonuçlanmaktadır. Duygusal destek ve onay için başkalarının ihtiyaçları ve duygularına odaklanılmaktadır (Bynum, 2012).

Cermak, çözümlenin kök ailede madde kullanımı ile çocukta karşılıklı bağımlılık arasında bir aracı vazifesi gördüğünü ileri sürmüştür. Cermak'a göre karşılıklı bağımlılık, kökleri alkolik düşüncenin – “artık seçimlere göre değil karşı konulamayan *dışsal* güçlere verilen bir tepki olarak hareket etmek” – yarattığı çözücü psikolojide bulunan kompulsif davranış biçimidir (Harkness et al., 2001; Douglass, 2009).

Cermak'ın hipotezi, kök ailede madde kullanan kişiler-KAMKK ile çocukta karşılıklı bağımlılık ve strese bağlı sağlık sorunlarını bağdaştıran üç argümana dayanmaktadır: (1) KAMKK çocuk için bir stres yükleyicisidir; (2) çocuk bu stres yükleyicisini yönetmek için karşılıklı bağımlı tutum geliştirir ve (3) stresli KAMKK etkileşimlerine karşı aşırı duyarlı hale gelen çocuk kendi duygularını ve başkalarının duygu ve eylemlerini kontrol etmek” amacıyla karşılıklı bağımlı davranış geliştirir. Bu da (4) “strese bağlı sağlık sorunlarına” yol açar (Harkness, 2003).

Kök ailede madde kullanımı, yetişkin çocuklar üzerinde yoğun ve kalıcı etkilere yol açan bir stres yükleyicidir. Kök ailede madde kullanımının öne sürülen sonuçlarından bir tanesi çocuklarda görülen karşılıklı bağımlılıktır. Bazı araştırmacıların kök ailede madde kullanımı ile çocukta karşılıklı bağımlılık arasında bir ilişki bulmuş olmalarına karşın bazı araştırmacılar böyle bir ilişkinin var olmadığını ileri sürmüşlerdir (Douglass, 2009).

O’Gorman’a göre (1993) öğrenilmiş çaresizlik, çocuğun kök ailede ortaya çıkmış rahatsız edici uyarıcılara karşı kendini güçsüz hissetmesi neticesinde oluşmaktadır. Sorunu kontrol etme konusunda güçsüz olduğunu hissettikçe çocuğun enerjisi tükenmektedir. O’Gorman’a göre çocukluk dönemindeki bu güçsüzlük hissi karşılıklı bağımlı erişkinin yakını ya da partnerinin hayatıyla gereğinden fazla ilgilenmesi sonucunu doğurmaktadır. O’Gorman’a paralel olarak Webb (2009) de karşılıklı bağımlılığın, çeşitli işlev bozuklukları görülen bir aile sistemi içerisindeki

sorun çözüme biçimlerinden kaynaklandığını belirtmiştir (Akt: Knudson and Terrell, 2012).

Karşılıklı bağımlılığın kişilerarası ilişkilerde, bireysel otonominin kaybı ve gerçekliğin çarpıtılması ile karakterize bağımlılığı ortaya çıkaran bir aile sisteminden kaynaklandığı ve çocukların diğer kişilerle ebeveyn etkileşimlerini izleyerek ilişki kurduğugöz önünde bulundurulduğunda karşılıklı bağımlılığın, kişinin ilişkilerinde ebeveynlerinin iletişimini yansıtan öğrenilmiş bozuk davranış biçimlerine işaret ettiği söylenebilir (Knudson and Terrell, 2012).

Kelly-Rank'ın belirttiğine göre, Granello ve Beamish (1998), karşılıklı bağımlılığın toplumun sorunlarının ailesel ve bireysel patolojiye nasıl yansıdığına bir örneği olarak ele alınması gerektiğini, Fischer ve Spann (1991) ise, karşılıklı bağımlılığın, bozuk bir ilişki kurma biçimi olduğunu ve bir çocuğun gelecekte kuracağı ilişkilerin ise ebeveynlerinin ilişkilerinden etkilendiğini belirtmektedir (Kelly-Rank, 2003).

Parker ve arkadaşlarının (2003), bulgularına göre de yüksek düzeyde aile patolojisi, özellikle de madde kötüye kullanım bozukluğu olan bir aile üyesinin olması, üniversite öğrencilerinde görülen yüksek seviyede karşılıklı bağımlılıkla ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (Parker et al., 2003).

#### **4.1.2.2. Benlik Saygısı**

Düşük öz saygı; “özeleştirici ve kendinden nefret etme düşünceleri ile utanç, kendini suçlama ve aşağılanma hissi” olarak açıklanmıştır (Martsolf et. al,1999).

Karşılıklı bağımlı kişilerde benlik kaybı, başkalarıyla etkileşimlerinde başkalarının onların kişiliğini kuvvetlendiren eylemleri ile karakterize edilirler. Karşılıklı bağımlı kişiler, diğerlerinin onları nasıl algıladığına göre kendilerini değerlendirir ve başkalarının onları nasıl gördüğüne göre davranışlarını şekillendirirler. Bozulmuş sınırlar, karşılıklı bağımlı kişilerde genellikle hem kimliğinden emin olmayan

hem de kendi düşünce tarzı olan bağımsız ve farklı kişiler olarak ayırt edemeyen olarak karakterize edilir (Allison, 2004).

Whitfield, karşılıklı bağımlılığı doğrudan doğruya içselleştirilmiş utanç ile ilişkilendirmiştir. Whitfield'a göre, karşılıklı bağımlılık bir "sahte benliğin" geliştirilmesidir ve bu sahte benlik başkalarına odaklı, aşırı uysal ve utanç duygusuyla temellidir. Whitfield utanç duygusunu, kişinin "gerçek" benliğiyle ilgili kötü şeyler hissetmesi ve ortaya çıkan kusurlu ya da doğası gereği yetersiz olma hissi olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre utanç duygusu; yanlış ya da zararlı bir şey yapmaktan doğan kötü his olarak tanımlanan suçluluk duygusundan ayrılmaktadır. Utanç duygusu kişinin yetersiz ve umutsuz hissetmesine yol açan bir "kötü olma" hissi olduğundan dolayı doğal olarak düşük öz saygıyla ilişkilidir.

Düşük saygı ve utanç duygusuyla olan ilişkisine ek olarak karşılıklı bağımlılık, ilişkilerde gereğinden fazla ilgilenme ile de ilişkilendirilmiştir.

Olson ve Gariti (1993), karşılıklı bağımlılığın başkalarıyla ilişki kurarken ebeveyn ya da bakıcı rolüne girme anlamına geldiğini, bununsa çocuklukta öğrenilmiş bir davranış olduğunu öne sürmüştür. Miller (1984) bu davranış biçiminin nasıl geliştirildiğini açıklamış; utanç duygusu temelli ailelerdeki ebeveynlerin çoğunlukla kök ailelerinde bağımlılık ihtiyaçları karşılanmamış bireyler olduğunu belirtmiştir. Miller'a göre, ihtiyaçları karşılanmamış olan bu ebeveynler ihtiyaçlarını kendi ailelerinde karşılama eğilimi gösterebilmekte ve çocuklarını kendilerine bakmakla görevlendirmektedirler. Bu nesiller arası süreç ebeveynleşme ya da ebeveyn-çocuk rolünün değiştirilmesi olarak adlandırılmaktadır. Ebeveynleşmenin yaşandığı ailelerde çocuk, ebeveynle bağlantı kurabilmek için onun ihtiyaçlarına uyum sağlamakta, bu yolla kendi "gerçek benliğini" kurban etmektedir. Bunun yerine başkalarına odaklanmış ve gereğinden fazla uysal olarak tanımlanan uyumlu, karşılıklı bağımlı bir benlik oluşturmaktadır (Aktaran: Wells, et al, 1999).

Belyea'nın belirttiğine göre, Springer, Britt and Schlenker (1998) karşılıklı bağımlılıkla düşük öz saygı, kaygılı/ikircikli ve kaçınmacı bağlanma tarzı ve negatif

bağlanma tarzı arasında güçlü bir ilişki olduğunu onaylayan bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışmadan danışmanlık ile ilgili olarak edinilen çıkarımlar içerisinde karşılıklı bağımlı danışanlar için uygulanabilecek dört terapötik girişim öne çıkmıştır: a) özsaygıyı geliştirmek, b) kişisel ilişkilerinde öz denetimi artırmak, c) özyeterlilik hissini geliştirmek ve d) içsel bir kontrol odağına yoğunlaşmayı öğrenmek (Belyea, 2011).

Hughes-Hammer ve Martsolf bir karşılıklı bağımlılık modeli geliştirmişlerdir. Bu model, tüm hemşireler ya da tüm insanların karşılıklı bağımlı olarak tanımlanmasını engellemek amacıyla karşılıklı bağımlılık kavramını sınırlamaktadır. Bu modele göre, karşılıklı bağımlılık kök aile problemlerinin bulunduğu bir çocukluk geçmişinden kaynaklanmaktadır. Kök aile problemleri ile yaşamak, Hughes-Hammer ve Martsolf'un "Başkalarına Odaklanma/Kendini Önemsememe" olarak kavramlaştırdığı bir dizi semptomu yol açmaktadır. Başkalarına Odaklanma/Kendini Önemsememe'ye eşlik eden ve kök aile problemlerinden kaynaklanan sekonder semptomlar "Düşük Özsaygı" ve "Benliğini Gizleme"dir. Modele göre, bu semptom ve davranış biçimleri sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Karşılıklı bağımlılık kök aile problemleriyle başlayan öğrenilmiş bir davranıştır. Temel semptomlar kendini önemsememeye varacak derecede başkalarına odaklanmakla birlikte kontrol ve sınır problemleridir (Martsolf et al., 1999; Martsolf, 2002).

#### **4.1.2.3. Sağlık Sorunları**

Sağlık sorunları yaşayan kişiler ya kendi üzerine odaklanırlar veya kendini ihmal ederek başka kişi ve olaylara odaklanmaktadır. Tıbbi sorununu saklayan kişilerde öz saygıda düşüklük ve kendini gizleme görülmektedir. Sağlık sorunu yaşamamanın veya ailesinde sağlık problemi olmasının karşılıklı bağımlılık geliştirme de etken olduğu belirtilmektedir (Parker et al., 2003).

Sağlık sorunları, aile ve arkadaşlarla karşılaştırıldığında sağlıksız olduğuna dair bir histirdir. Bu semptomu ayrıca gerçek ya da hayali sağlık sorunlarıyla ve sakatlık tehlikesiyle meşgul olma da eşlik eder" (Martsolf et al., 1999).



Cermak, depresyon, anksiyete, madde kullanımı, psikosomatik bozukluklar, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarını karşılıklı bağımlılığa eşlik eden bozukluklar olarak belirtmektedir (Hankness, 2001).

Karşılıklı bağımlılığın, KAMKK ile çocukta gelişen akut sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi düzenleyen bir tür adaptasyon olduğu hipotezi, sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine gerçekleştirilmiş üç farklı çalışmadan gelen dolaylı kanıtlarla da uyumludur. Dobkin, Tremblay ve Desmarais-Gervais'in yaptığı çalışma (1994) KAMKK çocuklarının diğerlerinden daha fazla sağlık sorunu olmadığını gösterse de Woodside, Coughney ve Coghen (1993) büyük örneklemli araştırmada KAMKK çocuklarının daha yüksek yaralanma, zehirlenme ve hospitalizasyon oranlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Shatkin'in gerçekleştirdiği çalışmada (1990) KAMKK çocuklarının KAMKK olmayan çocuklara nazaran sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıkları görülmüş ve KAMKK çocuklarının akut sağlık sorunları yaşama riskinin daha yüksek olduğu, ancak bu kişilerin rutin çocukluk çağı hastalıkları ya da kronik sağlık sorunları için daha az sağlık hizmeti aldıkları belirtilmiştir (Aktaran: Harkness, 2003).

KAMKK çocuklarının akut sağlık sorunları yaşama riskinin daha yüksek olduğu ancak bu kişilerin rutin çocukluk çağı hastalıkları ya da kronik sağlık problemleri için daha az sağlık hizmeti aldıkları düşünülürse; karşılıklı bağımlı tutumlar gösteren KAMKK çocuklarının hayatta kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü karşılıklı bağımlı tutum beraberinde riskten kaçınma odaklı davranışları getirmektedir. KAMKK ile girilen etkileşimlerdeki değişikliklere karşı geliştirmiş olan aşırı duyarlılık, çocukların akut sağlık sorunlarından kaçınmasına yardımcı olabilmektedir ve ebeveynler ve bağımlı çocuk arasında gerçekleşecek rol değiştirmeye dayalı etkileşimin doğuracağı stres unsuruna karşın, KAMKK etkileşimleri içerisinde rol değiştirme çocuğa sağlık hizmetlerinden faydalanması konusunda yardımcı olabilmektedir. Sonuç olarak erişkin çocuklar, kendilerini çocukluk çağı boyunca korumuş olan bu karşılıklı bağımlı tutum ve davranışları ileriki yıllarda da devam ettirme eğilimi göstermektedir (Harkness, 2003).

#### 4.1.2.4. Çocuk İstismarı (Fiziksel, Duygusal ve Cinsel istismar)

Son yıllarda, travmanın çocuklar üzerinde bıraktığı etkiye duyulan ilgi artmıştır. Ev içinde şiddete tanık olmanın getirdiği travmatik deneyimlerin uzun dönemde ortaya çıkacak sorunlarda payı olduğu düşünülmektedir. Aile içi şiddete tanıklık etmiş olan çocukların sayısına dair veriler sınırlıdır, ancak bu gibi şiddete tanıklık etmiş çocuk sayısının 3.3 milyon ile 17.8 milyon arasında olduğu tahmin edilmektedir

Eş şiddeti, sözel saldırı ve hakareten ciddi ya da ölümcül fiziksel saldırıya kadar pek çok davranışı içermektedir. Konuyla ilgili beyanların az/eksik olması ve olası bir ifşanın doğuracağı sonuçlardan dolayı, aile içerisinde görülen farklı şiddet türlerinin yaygınlığı hakkında tahmin yürütmek zordur. Birleşik Devletler’de yaklaşık dört kadından biri hayatının belirli bir döneminde partnerinden şiddet gördüğünü bildirmiştir. Büyük Britanya ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde de çalışma yapılan kadınların %23’ü partnerler ile aralarında şiddet yaşandığını söylemiştir.

Ebeveyn şiddeti ya da aile içi çatışma gibi olumsuz gelişimsel deneyimler ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi gösteren çok fazla çalışma bulunmaktadır. Aile içi şiddetle gelişen çocukluk travması, psikolojik problemler ve madde kullanımı gibi erişkinlik döneminde ortaya çıkan negatif sonuçlarla bağlantılı görülmüştür. Self’in belirttiğine göre. Covington ve Kohen, alkol ve uyuşturucu kullanan erişkin kadınların çocukluklarında fiziksel, cinsel ve duygusal istismara uğramış olma oranının kullanmayanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğunu saptamıştır. Erişkin kadınların %62 ile %81’i çocuklukta istismar ya da ilgisizlik görürken buna karşılık, madde kullanım bozukluğu tedavisi görmeyen kadınlar arasında bu oran %26 ile %30 arasında değiştiği bulunmuştur.

Coombs; sağlık sektöründeki mesleklerin, alkolik ve duygusal açıdan istismarcı ebeveynlerin bulunduğu ailelerde büyüyen insanlara çekici geldiğini öne sürmüştür. Holder, Farnsworth ve Wells tarafından yürütülen araştırmalar, yapılan çalışmadaki hemşirelik öğrencilerinin neredeyse %70’inin cinsel istismar, madde kullanım bozukluğu ve fiziksel şiddet öyküsü olan ailelerde yetişmiş olduğunu bildirmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan ebeveynlerin çocukları, kimi zaman, erken yaşta olgun davranış biçimleri benimseyebilmektedir. Bu çocuklar çoğunlukla aşırı sorumluluk yüklenmekte ve alkolik ebeveynin bakıcı rolünü üstlenmektedir. Bu gibi ailevi koşullar, bazı öğrenilmiş rollere yol açabilmektedir. Bu roller, erken yaşta, alkolik ebeveyne bakmak gibi faaliyetleri içeren erişkin görevlerini yerine getirmek üzerine odaklanmaktadır. Bu öğrenilmiş davranışlar bireyin denge kurma yeteneğini işlevsiz hale getirebilmektedir (Aktaran: Self, 2010).

Travmanın çocuklar üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalar da ev içinde şiddete tanık olmanın uzun dönemde ortaya çıkacak problemlerde payı olduğuna işaret etmiştir. Bu tür bir travmanın, psikolojik problemler gibi erişkinlik döneminde ortaya çıkan olumsuz sonuçlarla bağlantılı olduğu görülmüştür. Aile içi şiddete tanıklık eden çocuklar erken yaşlarda bakım davranışları geliştirebilmektedir. Kimi zaman bu davranışlar, diğer kardeşleri fiziksel zarardan koruma ihtiyacından doğmaktadır. Başkalarıyla ilgilenme ve onlara bakma yönündeki güçlü istek, karşılıklı bağımlılığın karakteristiğidir. Böyle bir istek, ailedeki fiziksel şiddeti durdurma ya da kontrol altına alma konusunda duyulan güçsüzlük hissinden kaynaklanabilmektedir (Self, 2010).

Cermak, alkoliklerin ve diğer madde kullanıcılarının akrabalarını sıklıkla travmaya maruz bıraktığını gözlemlemiş ve bu şekilde travmaya maruz kalmanın çözülmeye yol açtığı sonucuna ulaşmış ve çözümlenin, karşılıklı bağımlı davranışların altında yatan psikolojik sorunlar olduğunu ileri sürmüştür ( Aktaran: Harkness, et al., 2001; Douglass, 2009).

Karşılıklı bağımlı olan kişilerin, sorunlu bir aile ortamı, alkol, cinsel ve fiziksel istismar, duygusal ihmal, şiddet, boşanma ve diğer sağlıksız davranışların sık olduğu ortamlarda büyüdükleri anlaşılmaktadır. İşlevsiz ailelerin çocukları için öğrenilmiş davranış olan karşılıklı bağımlılık, sağlıksız ya da alternatif başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesine yol açmıştır. Erken yaşta yaşanılanlar, yetişkin olunduğunda ilişkileri, eğitimi ve iş yaşamını etkilemektedir (Kelly-Rank, 2003).

Cullen and Carr' ın belirttiğine göre, Roehling, Kobel ve Rutgers (1996) duygusal ve fiziksel istismarın, karşılıklı bağımlılık ve ebeveynlerin alkol kullanımı arasındaki ilişkide bir aracı görevi gördüğünü bulmuştur (Cullen and Carr, 1999).

Araştırmalar, kök aile deneyimlerinin karşılıklı bağımlılığı beslediği ve devam ettirdiğini belirlemiştir. Çocuklukta karşılaşılan istismar; ebeveyn baskısı, çocuğun fiziksel ya da ruhsal olarak doyurulamaması ve annede kompulsif davranış; babanın otoriter tutumu; işlev bozukluğu gösteren ebeveynlik; baskıcı aile ortamı ve fiziksel ve sözlü istismar; çocuğun yeterince benimsenmemesi; iletişim, tatmin ve destek eksikliği ve yüksek kontrol ve hapsolenmişlik hissinin karşılıklı bağımlılığı geliştirdiği belirtilmiştir. Bunların aksine bir dizi araştırmacı da karşılıklı bağımlılık ile travmatik çocukluk deneyimleri ya da kök ailedeki işlev bozukluklarının ciddiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ortaya koymuşlardır (Aktaran: Cullen and Carr, 1999).

#### **4.1.2.5. Karşılıklı Bağımlılık ve Cinsiyet**

Araştırmacılara göre karşılıklı bağımlılık terimi öncelikle kadınlar üzerinde kullanılmıştır, çünkü karşılıklı bağımlılık davranışları ve karakteristikleri toplumların kadınlardan beklediği uygun davranışları ve belirli kültürel rolleri yansıtmaktadır. Kadınlar, diğerleriyle ilgilenmenin/diğerlerine bakmanın iyi bir şey olduğuna inanacak şekilde yetiştirilmişlerdir. Kadınlar tarih boyunca kendi değerlerinin diğerlerine sağladıkları bakımın kalitesi ve bu bakımın özverililiği ile belirlendiğine inanacak şekilde toplumsallaştırılmışlardır. Her iki eş de ev dışında işlerle meşgul olsalar da ev işleriyle ilgilenen çoğunlukla kadınlar olmuştur. Küçük kızlar babaları ya da erkek kardeşleri için yemek yapmaktan ya da kek pişirmekten gurur duyarlar. Kadınlar orantısız bir “diğerleriyle ilgilenme” faaliyeti içerisinde olmak üzere ve diğerleriyle birliktelik oluşturduklarını hissetmek için kendi ihtiyaçları ve esenliklerini yadsımaları doğrultusunda eğitilirler. Ayrıca kadınlar, ilişkilerinde partnerlerine bağımlı olacak şekilde toplumsallaştırılırlar. Bu, bir dereceye kadar, kadının toplumsallaştırıldığı davranış biçimidir: diğerleriyle özgeci(altruistik) bir biçimde ilgilenmek. Erkeklerin bir şekilde bozuk davranış göstermeleri durumunda (madde bağımlısı olmaları gibi),

ilişkideki güç dengesinin olduğu gibi korunması için bu çoğunlukla kadın fedakarlığı ile gerçekleştirilir (Loucks, 2005; Granello and Beamish, 1998).

Feministler karşılıklı bağımlılık kavramını, cinsiyet yanlılığı üzerinden eleştirmişlerdir. Bu araştırmacılara göre kadınlar toplumsal normlar tarafından geleneksel olarak korumacı, şefkatli, sadık, metanetli, yardımsever ve diğerlerinin isteklerine karşı duyarlı olmaya şartlandırılmışlardır. Bu sebeple karşılıklı bağımlı davranış olarak nitelendirilen davranışların çoğu kadına özgü stereotipik cinsiyet rolleri ile kesişmektedir. Bu doğrultuda karşılıklı bağımlılık karakteristiklerini kadınların erkeklerden daha çok taşıması beklenecektir. Karşılıklı bağımlılık kavramına getirilen temel feminist eleştiri, kavramın kadınlara yüklenen geleneksel kadın rolünü patolojik hale getirdiği yönündedir (Cullen and Carr, 1999; Dias, 2002; Malloy and Berkery, 1993; Burris,1999; Collins, 1993; Report, 1992; Bagheri, 2005).

Kadınlar geleneksel olarak ailede bakım görevini üstlenen bireyler olmuşlardır. Karşılıklı bağımlılığa ilişkin mevcut tanımlar ise bu bakım ve ilgilenme davranışını patolojik olarak betimlemektedir. Dolayısıyla, aile bireyleri ile fiziksel ve ruhsal olarak ilgilenme ile karşılıklı bağımlılık arasındaki tanımsal farklılığın tam olarak belirlenememiş olması sebebiyle kadınların mağdur duruma düşürülmemesine dikkat etmek önemlidir (Fuller and Warner, 2000).

Karşılıklı bağımlılık ve kadınlar arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Dias'ın belirttiğine göre, Cowan and Warren (1994) 339 kadın ve 115 erkek olan 506 kolej öğrencisinde önemli bir çalışma yürütmüş ve karşılıklı bağımlılık ve cinsiyeti mercek altına almıştır. Yaş ortalamaları 26 olan öğrencilerde karşılıklı bağımlılık kadın katılımcılarda erkek katılımcılara göre yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (Dias, 2002).

1991 yılında Lyon ve Greenberg, karşılıklı bağımlılığın kolaylaştırma boyutunu incelemek için, karşılıklı bağımlı olan ve olmayan üniversiteli kadın öğrencilerin; istismarcı ya da korumacı roller üstlenen erkeklerle etkileşim içerisine girmesini sağlayarak yaptıkları çalışmada, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında karşılıklı bağımlı

kadınların istismarcı erkekleri tercih etme eğiliminde olduğu bulunmuştur. Bu kadınlar gruptaki erkekleri daha zeki olarak tanımlamış ve istismarcı olmalarına rağmen onlara her defasında daha da fazla yardımda bulunmayı önerdikleri görülmüştür. Bunun yanında; suistimal içeren ya da sağlıksız olan ilişkiler yürüten kadınların, tedavi almalarını gerektiren sorunları (karşılıklı bağımlılık gibi) olması sebebiyle, bu suçu kabul etmeleri gerektiği izlenimini uyandırmaktadır. Bu bakış açısı suistimal eden kişilerin kendi davranışlarından sorumlu oldukları gerçeğini göz ardı etmektedir (Kim, 2001; Martsolf, 2002).

#### **4.1.2.6. Karşılıklı Bağımlılığın Tedavisi**

Cermak, karşılıklı bağımlılığın kabul edilir bir hastalık olduğunu, psikiyatri uzmanları tarafından tedavi edilmesi gerektiğini ve bağımlı kişilik bozukluğu olan hastaların sıklıkla anksiyete bozuklukları, depresyon, histerik kişilik bozuklukları ile karıştırılabildiğini belirtmektedir.

Cermak(1986), bağımlılık tedavisi ve aile terapisi arasında ayırım yapılması gerektiğini ve uzmanlar tarafından karşılıklı bağımlılık ve aile terapisinin birlikte, ele alınmasının daha doğru olacağını belirtirken, Wegscheider-Cruse (1985) ise önce bağımlılığın tedavi edilmesini daha sonra aile ilişkilerinin müzakere edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Karşılıklı bağımlılık tedavi programları bireysel olmalıdır. Adsız Karşılıklı Bağımlılar (Codependents Anonymous) 12 adım programlarına katılarak ya da profesyonel bir terapistle çalışarak yardım alabilirler. Bu tedavi yaklaşımları davranış değişikliğini sağlarken yeniden yapılanma ve inançlara odaklanmayı içermektedir.

Karşılıklı bağımlılıktan kurtulmak isteyenler için pek çok yaklaşım mevcuttur. Terapi almanın, karşılıklı bağımlı ilişkiler kurmanın etkilerini hafiflettiği görülmüştür. Karşılıklı bağımlılık kavramına dayalı tedavinin de duygusal acıyı dindirmeye yardımcı olduğu bilinmektedir. İstenmeyen davranış biçimleri konusunda yardım ve destek isteyen pek çok kişi on iki adımda iyileşme programlarını tercih etmektedir. Bu

yaklaşım çoğunlukla profesyonel bir danışmanın yardımıyla kullanılmaktadır. Danışmanlar bireylere kendi işlev bozukluklarını keşfetme konusunda yardımcı olabilmekte; Bunun yanı sıra yeni davranışlar geliştirme ve daha sağlıklı seçimler yapmanın yollarını da öğretebilmektedirler (Self, 2010).

Karşılıklı bağımlılığın tedavisinde kullanılan terapi de bu kişilerin utanç ve suçluluk duygusu arasındaki farkı öğrenmesi amaçlanmaktadır. Bu sebeple, terapideki hedeflerden birisi, bu kişilere bu zararlı utanç hissini nasıl fark edeceklerini ve gözlemci egolarını gerçek suçluluk hissini (gerçekçi sorumluluklar ve durumlarla ilgili olan suçluluk hissi) ortaya çıkması ile utanç duygularının yarattığı uyarım arasında ayırım yapacak şekilde kullanmayı öğrenmede yardımcı olmak olmalıdır. Bahsi geçen utanç hissi, daha önceki dönemlerde deneyimlenen istismarcı, suçlayıcı ya da baskıcı etkileşimlerin bir şekilde içselleştirilmesiyle ilişki olabilir. Karşılıklı bağımlı kişilerin suçluluk duygularını doğru durumlarda kullanmalarını öğrenmeleri önem taşımaktadır ancak bu bireylerin öncelikle öğrenmeleri gereken; uygun olmayan utanç hissine nasıl müdahale edecekleri ve benlik odaklı, içselleştirilmiş suç perspektifi yerine karşılıklı ve problem-odaklı bir perspektifi nasıl geliştirecekleridir.

Empatinin utanç duygusunun doğal panzehiri olduğu düşünülecek olursa, karşılıklı bağımlı kişiler için her şeyden önemlisi, zararlı utanç duygusu ve dolayısıyla düşük öz saygı hissettikleri durumlarda kendileriyle empati kurmayı öğrenmek olacaktır. Örneğin, Karşılıklı bağımlı bireydeki utanç hissini yönetmek için terapist önerilebilecek şey; bireyin kendisi ve diğerleriyle bağlantı kurma ve koparma biçimlerini gözlemlemek, bu biçimleri, mümkünse utançla ilgili süreçlerin başlangıcını anlamaya çalışmak (örneğin: “Geri çekildiğini görüyorum, bir şeylerden mi utandın? ”), bireyin bu süreçleri fark etmesi ve bunu belirtmesine yardımcı olmak (örneğin: “Görünüşe göre utanç hissi duyduğunda çoğunlukla bunu yapıyorsun, yani diğer insanlardan uzaklaşıyorsun.”), bireyin ilişki sağlamlığı geliştirmesine yardımcı olmak veya utanç duygusunun empati ya da ilişkiyi hak etmediğini hissetmesine sebep olduğu durumlarda kendi ve başkalarıyla yeniden iletişime geçmeyi öğrenmesine yardımcı olunmalıdır.

Terapistler, karşılıklı bağımlı bireylerde, güçlü empati ve destek sağlamaları gerekmektedir. Hastanın kendi bakım eğilimlerinin avantaj ve dezavantajlarının farkında olan bir ilişki kurmaya, aynı zamanda onlara diğerleriyle kuracakları ilişkilerdeki farklı rollere uyum sağlamaları ve en önemlisi gerçek yakınlık hissetmeleri konusunda yardımcı olacaktır. Hastaya aile terapisi yoluyla kök aile ile ilgili ödevler vererek ya da kök aileden ayrılmaya yöneltecek teknikler kullanmaya yönlendirmelidir (Wells et al.,1999).

Son çalışmalarda, karşılıklı bağımlılık tedavi programlarında kültürel olarak hassas davranılması gerektiği ele alınmıştır. Aguilar ve ark. (1991), etnik olarak sorunun tanımlanması ve etkili tedavi hizmeti için dört ögenin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunlar;

- 1) Hastanın sorununu, durumunu nasıl algıladığını ve anlayışını belirlemek,
- 2) Hastanın ana diline hakim olmak,
- 3) Kültürü içindeki tedavi stratejileri hakkında bilgi sahibi olmak,
- 4) Aile normları ve etnik bütünlüğünü korumak için kültürel özelliklere göre tasarlanmış yöntem ve kriterlerin kullanıldığı sorun çözümü gerçekleştirmek (Kelly-Rank, 2003).

#### **4.2. Hemşirelik ve Karşılıklı Bağımlılık**

Hemşirelerin, önceki yıllarda deneyimledikleri ailevi sorunlardan kaynaklan “diğerlerine ilgi gösterme ihtiyacından” ötürü mesleğe yöneldiklerinin ileri sürüldüğü görülmektedir. Hemşirelik makalelerinin, kavrama yönelik ilginin giderek arttığını ve buna karşılık hemşire davranışlarının açıklanmasında karşılıklı bağımlılık kavramının aşırı derecede kullanılmasına yönelik endişelerin de oluştuğunu göstermektedir. Bazı makale yazarları profesyonel hemşirelerin ilgili davranışlarının doğası gereği karşılıklı bağımlı olduğunu öne sürerken, bazıları ise, Amerikan toplumundaki ilişkilerin esasen karşılıklı bağımlılık içerdiği fikrini benimsemişlerdir (Martsolf, 2002).

Hemşirelikte karşılıklı bağımlılık; mesleki kimlik kaybı, bakım verme rolüyle aşırı özdeşim, kendi sorumluluklarıyla başkalarının sorumluluklarını ayırt edememe,



bakımdan çok korku hissiyle ilişkili olarak, başkalarına karşı duyulan sahte bir görev anlayışı ve kendini değerli hissedebilmek amacıyla başkalarına bağımlı olma karakteristikleriyle kendini göstermektedir. Hemşirelikte karşılıklı bağımlılık, bakımı alan kişinin bakım veren kişiye bağımlılığını güçlendirmekte, bakım alan kişide suçluluk duyguları oluşturmaktadır ve kontrol edici bir rahatsızlıktır (Allison, 2004).

Hall ve Wray (1989), hemşirelikte karşılıklı bağımlılığa dair dört ayrı temel karakteristik tanımlamıştır. Bunlardan birincisi olan bakım verme, bir hemşire karşısındaki ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmek pahasına karşılamaya çalıştığında ortaya çıkmaktadır. İkinci karakteristik olan mükemmeliyetçilik, çoğunlukla düşük öz saygının bir ürünüdür ve hemşirenin kendi yaşamının her alanını kontrol altında tutmaya yönelik ihtiyacından kaynaklanmaktadır. Bu da hemşirenin hem kendini hem de diğerlerini sürekli eleştirmesi sonucunu doğurmaktadır. Üçüncü karakteristik, bir savunma mekanizması olarak inkârdır. Bu, hemşirenin hayatı içerisinde kendisine acı veren şeylerin farkına varmayı reddetmesidir. Hemşire yaşamındaki zorluklarla mücadele etmekten kaçınmak amacıyla kendisini sürekli meşgul tutacak şeylerle ilgilenmekte ve sonunda genellikle işkolik olmaktadır. Son olarak dördüncü karakteristik olan zayıf iletişim, kendileri hakkında konuşmaktansa sürekli başkaları hakkında konuşmayı tercih eden hemşirelerde görülmektedir. Bu hemşirelerin etkileşim tarzı başkalarının ne duymak istediğini düşünüyorlarsa ona göre belirlenmekte ve çoğunlukla manipülatif olmaktadır.

Armstrong ve Norris (1992), hemşirelerin mesleklerini uygularken bağımlılık yapıcı aktiviteler gösterdiğini ifade etmiştir. Armstrong ve Norris, karşılıklı bağımlılığın karakteristiklerinin, bağımlılık karakteristikleri ile büyük benzerlikler gösterdiğini ileri sürmüş ve bu karakteristiklerin karşılıklı bağımlı hemşirede nasıl ortaya çıktığına ilişkin örnekler vermiştir.

Armstrong ve Norris'e göre karşılıklı bağımlılığın ilk karakteristiği ego sınırlarının eksikliğidir. "İnsanları memnun eden" hemşireler oldukları kişiden çok yaptıkları şey için değer görmeyi tercih ederler. İşleri hayatlarının her alanını kaplar ve meslekleri dışında bir hiç olacaklarını düşünürler. İkinci karakteristik bakım vermedir.

Burada hemşire “kurban” rolünü oynar ve kendi fiziksel ve zihinsel sağlığı pahasına başkaları ile ilgilenir. Bu eylemler ilgi görmek için atılan birer çılgılık gibidir. Karşılıklı bağımlılığın üçüncü karakteristiği kontrol yanılmasıdır. Hemşireler bu karakteristiği pek çok şekilde yansıtabilirler. Yatak başı ya da yönetici hemşire konumunda, düzeltilmesi gerekmeyen şeyleri düzeltmeye çalışarak ya da sırf çözüme ulaşmanın kendisi olması için çatışma ya da krizler çıkartarak bu karakteristiği gösterirler. Dördüncü karakteristik, anormal düşünme süreçleridir ki, bunun içerisine duyguların bastırılması ve mükemmeliyetçilik de girer. Kendi duygularını bastıran hemşireler, kurumun, birimin ve/veya meslektaşlarının duygularını benimserler. Mükemmeliyetçi hemşireler, kendilerine toplum, kurum ya da bireyler tarafından empoze edildiğini düşündükleri mükemmellik imajına erişmeye çalışırlar. Beşinci karakteristik; yükümlülük ve hata, utanç ve suçluluk, kızgınlık ve dargınlık, acı ve ıstırap, korku ve kontrol, yakınlık ve bağımlılık, aksiyon ve reaksiyon gibi temel duygulara ilişkin karışıklıktır. Armstrong ve Norris, hemşirelerde bu karakteristiğinin nasıl görüldüğünü şöyle açıklamaktadır: a) hastaların yaşamlarına ilişkin güçlü bir sorumluluk hissetmek ve durumu olduğu gibi kabul edememek, b) herhangi bir hata yaptığında kendisinden utanmak ve kendisini cezalandırmak, c) kendisini eleştirenlere sinirlenmek, d) hastalar olsun, iş arkadaşları olsun; diğerlerinin acısını üstlenmek; e) korku ve endişeyi engellemek ve kontrolü sağlamak için obsesif davranışları benimsemek, örneğin hastalara kısıtlamalar getirmek; f) insanlara aşırı derecede bağlanmak, gerçek samimiyetin anlaşılmadığı disfonksiyonel ilişkiler kurmak ve g) sonucunu düşünmeden ya da sorunlara çözüm getirmeye çalışmadan dürtüler doğrultusunda harekete geçmek, örneğin işi bırakmak gibi. Karşılıklı bağımlılığın altıncı karakteristiği maneviyat kaybıdır. Bu durumda karşılıklı bağımlı hemşireler, var oluşlarının ve mesleklerinin temel ilkesini ya da motivasyon gücünü kaybeder ve kendi bütünlüklerine karşılıklı bağımlı davranışlar aracılığıyla ulaşmaya çalışırlar. Yedinci karakteristik fiziksel rahatsızlıktır ve burada hemşire aileye, kariyere ve kendine ayırdığı zamanı dengelemeye çalışırken, ortaya çıkan sürekli stres dolayısıyla fiziksel ve/veya zihinsel rahatsızlık geçirir. Karşılıklı bağımlılığın son ve belki de en önemli karakteristiği inkârdır. Bu durum, hemşirelik mesleğinde karşılıklı bağımlı davranış ile hemşireliğin gerektirdiği bakım verme davranışını birbirine karıştırmanın çok kolay olması ile ortaya çıkmaktadır (Aktaran: Kines, 1998).

Herrick (1992) hemşirelerin sağlıksız ilişkilere ve/veya “bakım verme” ile “gereğinden fazla bakım verme” arasındaki dengeyi gözden kaçırma eğilimine yatkın olmasının ardında bir dizi faktör olduğunu belirtir. Ona göre hemşireler için bu risk faktörleri; gerek ilişkilerde gerek sistem içerisinde; gerek kişisel yaşamlarında gerekse iş hayatlarında gösterdikleri rol performansları ile ilişkilidir. Bu tür davranışlar çocukken ya da yetişkinde, iş ortamı veya ilişkiler içerisinde öğrenilmiş olabilir (Aktaran: Kines, 1998).

Mesleki karşılıklı bağımlılığa ilişkin en ilginç perspektiflerden birisini Walter (1994) ortaya koymuş ve bu kavramın tamamen yanlış olduğunu ve hemşirelik mesleğine zarar verdiğini ileri sürmüştür. Walter’a göre bakım ve karşılıklı bağımlılık kavramı arasında yalnızca “esnek bağlar” vardır ve pek çok çalışma, karşılıklı bağımlılık kavramını eleştirmiştir. Walter, mesleki karşılıklı bağımlılık kavramını desteklemenin doğuracağı sonuçlara ilişkin uyarılarda bulunmakta ve şunları söylemektedir: a) karşılıklı bağımlılık, hemşirelerin “hasta” olarak etiketlenmesine sebebiyet vererek mesleğin pozitif olarak algılanmasına imkân tanımamaktadır; b) karşılıklı bağımlılık kavramı, sorunlarla ilgili olarak karışıklık ortaya çıkartmakta ve yükü yalnızca hemşirelerin üzerine koyarak başka bir alanda düzenlemeye gidilmesine fırsat tanımamaktadır; c) karşılıklı bağımlılık kavramı insanlara güçsüz olduğu fikrini aşılarda ve onları iyileşmek için daha üst bir güce başvurmak zorunda olduklarına inandırmaktadır.

Walter, hemşirelerin normal ve sağlıklı olanın ne olduğu üzerine tekrar düşünmeleri ve patolojik karşılıklı bağımlılık özelliklerini daha pozitif bir çerçevede içerisine yerleştirmeleri gerektiğini ileri sürmüştür. Hemşirelerin, zorlu bakım verme deneyimleri esnasında meslektaşlarıyla birbirlerine daha iyi destek olması gerekmektedir ve bakım verme faaliyeti içerisinde yaşanan stresi bir başarısızlık olarak değil, gerçek bir olgu olarak kabul etmesi gerekmektedir. Hemşireler, icra ettikleri mesleğin hem bakım verilen kişiye hem de bakım veren kişiye fayda sağladığının farkına varmalı ve bunu kabul etmelidir. Walter ayrıca inkârın bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılmasını da göz ardı eder ve hemşirelik mesleğinin sağlık sistemine ve sağlık hizmetlerine kazandırdığı ilerlemelerin altını çizer. Hemşireler

meslek hayatlarında stres yaratan durumları, geçmişten gelen çözülmemiş sorunlar olarak değil, çözülebilmek ihtimali olan ve çözülmesi gereken o ana ait ve gerçek sorunlar olarak algılar. Stres yaratan bir durumda yaşanan rahatsızlığı “çözülmemiş bir suçluluk” olarak görmektense, hemşirelerin bu rahatsızlığın dışsal sebeplerini ortadan kaldırma konusunda problem çözücü olarak davranması gerekir. Walter, “yüksek güçlerin” sağlık sistemi içerisinde çalışmakta olduğunu ancak kendi çıkar ve statülerinin tehdit edilmesi durumunda bu “tanrıların” hemşirelerin ihtiyaçlarına anlayışlı bir biçimde yaklaşmadığını söyler. Burada ilginç olan nokta şudur ki; karşılıklı bağımlılığa ilişkin bakış açısı çoğunlukla kavram üzerine eleştirel bir yaklaşım getirirse de, Walter meslek içerisinde giderek daha fazla hemşirenin yaşadığı mesleki stresi onaylamaktadır. Buna ek olarak, sorunun “etiolojisine” ilişkin bakış açısı karşılıklı bağımlılık kuramının savunucularından farklı olsa da hemşirelerin bakım verici rollerinde karşılıklarına çıkacak zorlukların bilincinde olması ve bu sorunlarla başa çıkmaya hazır bulunması gerektiğini belirtmektedir. Kısacası, ister bir “iyileşme süreci” yoluyla olsun, ister yenilenmiş bir “problem çözme süreci” yoluyla olsun; hemşirelerin bakım verme rollerini gerçekleştirirken, kendilerine daha etkili yardımda bulunacak stratejileri göz önünde bulundurması gerekmektedir (Aktaran: Kines, 1998).

Spontan, önyargısız ve tam bir öz saygı temelinden hareket eden bir eylem olarak, sağlıklı profesyonel bir hemşire bakımı ile karşılıklı bağımlılık arasında ayırım yapılması önemli bir konudur (Self, 2010).

Bakım; belirgin ya da olası gereksinimleri olan bir başka birey, grup ya da topluluğun sağlık durumunu, engelini, yaşam şeklini iyileştirmek ya da geliştirmek veya bunların ölümlüyle yüzleşebilmesine yardımcı olmak amacıyla yardımcı, destekleyici ya da kolaylaştırıcı rollerde bulunmak için kullanılan bilgi birikimi ya da uygulama becerileri olarak tanımlanmıştır.

Profesyonel bakım; hastanın ihtiyaçlarının, belirlenmiş çalışma saatleri içerisinde, hastanın yararına olacak ve hemşireye başarı ve tatmin hissini yaşatacak şekilde karşılanmasıdır. Profesyonel hemşire bakımının hedefi, hastaların kendi

bakımlarını sağlayacak ve karar verecek duruma gelebilmeleri amacıyla güçlendirilmesidir.

Profesyonel hemşire bakımı çoğunlukla bir ekip işidir. Bu sebeple hemşirelerin, hastaların bakımına ilişkin olarak diğer ekip üyeleriyle açık ve net bir iletişim içerisinde olmaları ve hasta sağlık hizmetleri sistemi içerisinde ilerleme gösterdikçe, bakım hizmetinin sorunsuz bir biçimde transferini kolaylaştırmaları gerekmektedir.

Profesyonel hemşire bakımı sunmak için gereken enerji, hemşireler kendilerine bakma alışkanlığı edindikçe güçlenmektedir. Günlük egzersiz, meditasyon, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, aileleri ve arkadaşlar ile kurulan ilişkiler, profesyonel hemşire bakımının sunulmasında ihtiyaç duyulan gücü artıracaktır (Martsolf, 2002).

Profesyonel bakım, karşılıklı bağımlılığın aksine, bakım alıcının güçlendirilmesidir. Profesyonel bakım, yargılamadan, spontan, öz değerlerisaglam temellere dayandırılarak ve sevecen bir ilişki içinde yaşanır. Karşılıklı bağımlılıkta eksik olan, bakımın da en önemli özelliği olan, bakımın hem alıcısının hem de hemşirenin gelişimidir. Öte yandan, karşılıklı bağımlılık büyümeyi sınırlar, bakım alıcısı tarafından bakım veren üzerinde bağımlılığı sağlar (Martsolf, 2002, Allison, 2004).

Bakım alıcısı, bakım verenin içindeki suçluluk duygusunu teşvik eder, kontrol eder ve değerlilik duygularını oluşturur. Bakım verende kabul ve ait olma duygusunu yaşamaya sebep olur (Allison 2004). Diğerleriyle ilgilenmek elbette ki hemşirelerin en önemli niteliklerinden biridir. Karşılıklı bağımlılığın paradoksu bu bakım aktivitesinin diğerleri üzerine odaklanmış görünürken, aslında ben merkezci oluşudur. Bakım bir eziyete dönüşecek derecede aşırı bir noktaya ulaştığında sorun yaratmakta ve kişinin duygusal ve fiziksel sağlığını tehdit eder hale gelmektedir. Diğerlerine çok fazla bakım göstermek aslında onların sorumluluklarını üstlenmek ve kendilerinden sorumlu olmalarına izin vermemek anlamına gelmektedir (Loucks, 2005).

Son yıllarda hemşirelik yayınları, kişisel ve mesleki sınır belirleme konusu ile ilgilenmişlerdir. Sağlık hizmetleri sisteminde gerçekleşen ve kamusal ortamlarda hemşirelik hizmeti verilmesinde önemli artış yaratan değişiklikler sonucunda sınır belirleme konusu son dönemde özellikle önem kazanmıştır. Böyle ortamlarda hemşirenin rolü, hasta ile hemşire arasındaki ve mesleki ile sosyal aktiviteler arasındaki sınırları belirsizleştiren eylemleri içermektedir. Örneğin kronik zihinsel rahatsızlığı olan bir hastayla çalışan vaka yöneticisi bir hemşire onunla birlikte alışveriş yapabilmektedir.

Sınırlar, “ilişkiler içerisindeki rol ve etkileşimleri belirlemeye yardımcı olması amacıyla çizilen çizgiler” olarak tanımlanmıştır. Bu sınırlar fiziksel (bir bireyin bedensel ya da kişisel alanının bittiği ve diğerinin başladığı nokta), Leurquin-Hallett’in tanımında görüleceği üzere, toplumsal ya da psikolojik olarak (duyguların uygun ve uygunsuz biçimde ifade edilmesi) ifade edilebilirler.

Bunun yanı sıra, pek çok hemşire kişisel duyguların açığa çıkması veya ifade edilmesi ya da duygusal doyuma ulaşılması için hemşire-hasta ilişkisinin uygun bir ortam olmadığını bilmektedirler. Ancak hemşireler sıklıkla hastaların ya da hemşireliğin ihtiyaçlarını, kendi ihtiyaçlarının üzerinde tutarak kişisel ve toplumsal sınırları esnetmeleri talebiyle karşı karşıya kalmaktadırlar (Martsolf, 2002).

Hemşirelerin, mesleki sınırların korunmasının hastanın değil, hemşirenin sorumluluğu olduğunu anlaması gerekmektedir. Bu sebepten dolayı hemşireler hastayla ilk ilişki kurduklarında bu ilişkinin sınırlarını açıkça belirlemelidir. Uygun toplumsal sınırları korumak amacıyla hemşireler hemşire/hasta ilişkisi içerisindeki davranışlarını sürekli olarak kontrol etmek durumundadırlar. Kendi kendilerine, kurdukları ilişkide sergiledikleri davranışların, temel eğitim sürecinde kendilerine öğretilenlere göre, uygun olup olmadığını sormaları gerekir. Davranışlarının, diğer hemşireler ve sağlık personelleri tarafından uygun görülen davranışlar olup olmadığını sorgulamaları gerekir. Uygun davranış kuralları genellikle şunlarla ilişkilidir: (1) ilişki zamanı – ne kadar, ne sıklıkla ve hangi yolla (telefon ve internet de dâhil) iletişim kurulduğu, (2) ne tür bilgilerin paylaşılacağı, (3) fiziksel yakınlık ve (4) etkileşimin hangi ortamda gerçekleştiğidir.

Sınırların korunmasında en etkili yöntemlerden birisi açık ve planlı hedefler koyarak bakımın sonucunda ulaşılmak istenen sonuçların belirlenmesidir. Hemşirelerin kendilerini ve hastalarını bu hedeflere odaklaması ve istenilen sonuçlara ulaşmaya yönelik davranışlarda bulunması durumunda sınır ihlallerinin daha az gerçekleşmesi beklenir. Diğer bir hemşirenin hastayla ilgilenemeyeceğine ya da onun ihtiyaçlarını kendisi gibi karşılayamayacağına dair düşünceler sınır ihlallerinin gerçekleşmiş ya da gerçekleşecek olabileceğinin işaretidir.

Hemşirelik literatürüne göre, kişisel sınırlarını esnetmeleri yolundaki bu talebe istemedikleri zamanlarda çalışma ya da hastaların ihtiyaçlarını kendilerinininkinin üstünde tutma yoluyla yanıt veren hemşireler karşılıklı bağımlı olarak tanımlanmışlardır (Martsolf,2002).

Ryan'a göre, diğerlerinin talebi olmadan, sürekli verici durumunda bulunan hemşireler “manevi, duygusal ve fiziksel tükenmişlik riski altındadır” aynı zamanda bu hemşireler, alkol, madde, iş, yemek, televizyon ya da hemşirenin acısını dindirecek ya da duygudurumunu değiştirecek diğer madde/durumlara yönelik bağımlılık geliştirme riskini de taşımaktadırlar ( Akt: Holder et al., 1994).

Hemşirelik, başkalarına bakım verme isteği gösteren kişileri cezbeden bir alandır ve bu mesleğe giren çoğu insan çocukluklarından gelen sağlıklı davranış biçimleri göstermektedir. Chappelle ve Sorrentino (1993) hemşirelerin yüzde 75'i ila 90'ının mesleğe girdiklerinde daha önceden var olan ve çözülmemiş kök aile problemlerinin olduğunu ve bu problemlerin etkisiz davranış biçimlerine yol açmış olduğunu öne sürmektedir. Toplumun hemşirelerden beklentisi de başarılı olmaları, bakım vermeleri; güçlü, zeki, yetenekli ancak aynı zamanda sıcak, özverili ve korumacı olmalarıdır. İdeal hemşire; hastasıyla, ekip ile ve sağlık sisteminin kendisiyle ilgilenmek adına kendi ihtiyaçlarını feda eden kişi olarak görülmektedir. Hemşireler çoğunlukla bu ideale ulaşabilmek için çok fazla çaba sarf etmekte ve mesleki başarıları yoluyla kişisel bir onaylanmaya ulaşmaya çalışmaktadırlar. Çabaları asla yeterince iyi görünmemekte ve sürekli kendilerinden ödün verme alışkanlığı hemşirelerin kişisel kimlik kaybına uğramalarına neden olmaktadır (Loucks, 2005).

Hemşirelerde karşılıklı bağımlılık, endojen ya da nadiren stresli bir ortamdan dolayı eksojen nedenlerden olabilir. İşlevsiz bir aile de büyüyen ya da akut, çözülmemiş travma yaşayarak büyüyen hemşirelerin endojen bağımlı olduğu söylenmektedir. Bu hemşirelerin çalışma koşulları ne olursa olsun, karşılıklı bağımlılık belirtileri gösterme olasılıkları vardır. Bu tür hemşireler, yanlış şekilde yetiştirilmelerinden dolayı kendi kariyerlerini seçmiş olabilirler (örneğin, sevgi ve ait olma ihtiyaçlarını bakım vererek gidereceklerini düşünürler). Stresli çalışma koşulları altında, bu karakter özellikleri olmayan hemşireler, eksojen karşılıklı bağımlılık özellikler gösterirler. Hemşirelerin kadınsı erdemleri aşırılığa götürdüğü düşünülebilir, örneğin, acıma noktasında merhamet, suçluluk noktasında sorumluluk ve ürkeklik noktasında kabullenme gibi. Baskıcı bir ortam ile karşı karşıya olmadıkça, bu kişiler muhtemelen bağımlılık belirtileri göstermezler. Bu nedenle, stresli bir ortam ve buna hemşirenin tepkisi, karşılıklı bağımlılığa katkıda bulunur (Allison, 2004).

Karşılıklı bağımlılık hem kadınlık hem de hemşirelik meselesi olarak düşünülmektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu kadındır ve çoğu kadın karşılıklı bağımlıdır ve bunlar hemşirelik mesleğine, bu mesleğin doğası karşılıklı bağımlılık karakteristiklerini gösterdiği için yöneliyor olabilirler (Loucks, 2005).

Wise ve Ferreiro'a göre (1995) hemşirelerde görülen karşılıklı bağımlık şu olumsuz etkileri doğurmaktadır; işe gelmeme, yorgunluk sebebiyle konsantre olamama, endişe ya da münakaşa; eğitime devam etmeme, okuma ve meslek örgütlerine katılma gibi mesleki gelişim aktivitelerin ilgisiz kalma. Karşılıklı bağımlılık; yalnızca bireyin kendisine değil, sağlık kurumunun tamamına zarar vermektedir.

Hemşireler için, karşılıklı bağımlılık eğiliminin farkında olmak oldukça önemlidir, çünkü yöneticiler kendi amaçlarını gerçekleştirmek amacıyla hemşirelerin suçluluk hislerini kullanabilirler. Hastane yönetimleri çoğunlukla hastaların ne olursa olsun ilk sırada bulunması gerektiğini vurgular. Hemşirelerden fazla mesai yapmaları beklenir ve hatta talep edilir. Hemşireler dinlenme araları ve yemek zamanlarını atlar. Birimlerde, kronik bir biçimde, hiçbir zaman yeterince çalışan bulunmaz. Wise ve Ferreiro (1995) karşılıklı bağımlı hemşirelerle yaptıkları görüşmelerde, hastane



yönetiminin birimlere eleman sağlamak amacıyla, hemşirelerin suçluluk duygularını ve fazla mesaiye “hayır” diyememelerini kullandıklarını belirtmişlerdir. Uygulamada karşılıklı bağımlılığı çalışırken; inkâr, duygusal uzaklaşma, bakım verme, kontrol, hataları saklama konularının üzerinde durmuş; denetim, yardım isteme ve hakkını savunma konularında yaşanan zorluklarla ilgilenmişlerdir. Çalışmalarının en önemli bulgularından birisi hemşirelerin, karşılıklı bağımlılıklarının hasta bakımı üzerindeki etkilerini kabul etmekte zorlanıyor olmalarıdır. İş yerinde yetkin olduklarını hissetmek onlara büyük bir özsaygı sağlamaktadır.

Karşılıklı bağımlılığın hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkileriyle ilgili olarak, araştırmacılar arasında tam anlamıyla bir görüş birliği bulunmamaktadır. Biering (1998) yürüttüğü çalışmada, sekiz hemşireyle görüşme yapmış ve kendi bozuk aile düzenleri içerisinde hayatta kalabilmek için yükledikleri yetişme ve başa çıkma rollerine rağmen değil, tam da bunlar sayesinde hemşirelerin daha güçlü ve yetkin profesyonellere dönüştüklerini belirtmektedir. Hemşireler üzücü çocukluk deneyimlerini kabullenip bunları kendileri ve diğerleri için olumlu sonuçlara çevirmeyi başarmışlardı. Bierring, çalışmasındaki hemşirelerin olgun olduklarını, benzer çocukluk deneyimlerine sahip diğer hemşirelerin o kadar şanslı olmayabileceğini de belirtmektedir.

Jackson ve Hopkins (2002) sağlıklı bakım verme davranışları ile sağlıksız ya da karşılıklı bağımlı bakım davranışları arasında önemli bir farklılık bulunmasına rağmen; çoğu karşılıklı bağımlılık ölçeğinin bakım davranışlarını bir karşılıklı bağımlılık ölçütü olarak kullandığına dikkat çekmektedirler. Ayrıca, uç noktalarda gerçekleştirilen bakım davranışları karşılıklı bağımlı olarak görülebilecekken; bakımın kendisinin ya da sıradan bakımın “bireysel patoloji işareti olarak görülemeyeceğinin” altını çizmektedirler. Aynı şekilde, Martsolf ve arkadaşlarının (1999) gerçekleştirdiği; aralarında hemşirelerin de bulunduğu yardım edici meslek çalışanlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunda yalnızca minimal derecede karşılıklı bağımlılık görülmüştür. Bu bulgu, bu gibi mesleklerin karşılıklı bağımlı ilişki biçimleri riski altında olduğuna işaret eden çalışmaların iddialarını desteklememektedir. Robin Walter (1995), Bakımın, sadece hemşirelik bilgisini kullanmanın bir yolu olduğunu,

ancak bu yolu çok iyi gerçekleştiren hemşirelere hasta gözüyle bakıldığını, karşılıklı bağımlı etiketini kabul etmek bakım verme eylemini kültürel ve mesleki bir utanç kaynağı haline getirdiğini vurgulamaktadır (Aktaran: Loucks, 2005).

Cipkala-Gaffin, Kane ve Cleveland (1991) hastane sisteminin hemşirelerin karşılıklı bağımlılık davranışlarına hizmet etmekte olduğunu belirtmektedir. Çoğu hastane ortamında çalışanların duygularını ifade etmesine engel olunmakta ve kendilerinden önce başkalarıyla ilgilenmeleri teşvik edilmektedir. Lartin (1988) hastane organizasyonunda hemşirelerden her şeyle ilgilenmelerinin istendiğini, bunun da hemşirelerin gerçekçi ve uygun olmayan yükler altına girmesine sebep olduğunu belirtmektedir. Cauthorne-Lindstrom ve Hrabe (1990) ise, yönetici hemşirelerde görülen karşılıklı bağımlı davranışların çalışanların sağlıksız bağımlılıklar geliştirmesine sebep olduğunu, bunun sonucunda da yönetici hemşirelerin tüm birimleri kontrol altına almaya çalıştığını öne sürmektedir. Sonuç olarak sorunlar ortaya çıktığında ve yönetici herkesi memnun edemediğinde, özgüveni her zamankinden daha fazla düşebilmektedir (Aktaran: Holder et al., 1994).

Karşılıklı bağımlılık sorunlarıyla karşı karşıya olup olmadığını sorgulayan hemşirelerin davranışlarına dair öz bildirim ölçekleri uygulamaları ve kendilerine, özellikle, yaptıkları bakımın kendi ihtiyaç ve hislerini barındırıp barındırmadığı sorusunu yöneltmeleri gerekir.

Hemşirelerin işyerinde kendilerine aralar vererek, düzenli çalışma saatleri ayarlayarak ve fazla mesai yapmayı reddederek kendileriyle ilgilenmeye başlamaları gerekmektedir. Loucks'un belirttiğine göre, Armstrong & Norris Karşılıklı Bağımlılık modelinde (1992) iyileşmenin fiziksel, psikolojik, toplumsal ve ruhsal olmak üzere dört alanda gerçekleştiği belirtilmektedir:

Hastaneler hemşirelerinden adanmışlık bekler ve işe adanma ve hatta gereğinden fazla adanma durumunda ödül ve övgü sunar. Hemşirelerin her türlü hatadan sakınması beklenir ve bu da karşılıklı bağımlı kişilerin mükemmeliyetçilik eğilimini şiddetlendirir.

Hemşirelerin sağlıklı bakımın kendine bakmak olduğunu fark etmeleri gerekmektedir. Bir hemşirenin ciddi kök aile problemleri, kontrol ve sınır sorunları, düşük özsaygı duyguları ve dikkate değer ölçüde kendini önemsememe eğilimi olduğunu fark eden yöneticiler bu çalışanı Çalışan Destek Programına (Employee Assistance Program) yönlendirebilirler (Loucks, 2005).

#### **4.2.1. Karşılıklı Bağımlılık ve Hemşirelik Eğitimi**

Hemşirelere duyulan ihtiyacın giderek artması ve mevcut hemşire sayısının talebi karşılayamaması neticesinde eğitimciler, mezunları eleştirel düşünme yeteneklerini ne kadar kullanabildiklerine ya da neler bildiklerine göre değil de hasta bakımında ne kadar verimli olduklarına göre değerlendiren bir sektörle karşı karşıya kalmışlardır. Hemşire eğitmenleri, sağlık hizmetleri sisteminin gerekli gördüğü bilgi ve becerileri, oldukça kısa bir zaman dilimi içerisinde aktarma yükümlülüğüyle yüz yüze gelmektedirler. Bu büyük miktarda bilgiyi kısa bir süre içerisinde aktarma görevi eğitim sürecinin odağını daraltmakta ve öğrenciler arasında eleştirel düşünme ve otonomiye engel olmaktadır.

Karşılıklı bağımlılığın hemşireler arasında yaygın olduğunu varsayacak olursak, hemşire eğitmenlerinin de karşılıklı bağımlılık riski altında bulunduğunu kabul etmek gerekecektir. Kolaylaştırma (yardım etme) ya da bağımlı davranışları sürekli hale getiren davranış, karşılıklı bağımlılığın bir bileşenidir. Bilinçsiz olarak öğrencilerin sorumsuz davranışlar geliştirmesine izin veren ya da bunu teşvik eden iyi niyetli öğretim elemanları, akademik ortam içerisinde kolaylaştırmayı yerleştirmektedir. Bu kolaylaştırma öğrencileri kendi eylemlerinin sonuçlarından koruma işlevi görebilir ya da otorite olarak öğretim elemanlarına bağımlılığı doğurarak öğrenmenin eleştirel düşünme yönünü ortadan kaldırabilir. Kolaylaştırıcı bir modelde, öğrenciler mutluya öğretim elemanları da mutludur ve aynı şekilde öğrenciler mutsuzsa öğretim elemanları da mutsuzdur. Öğretim elemanlarının özsaygısı diğerlerini tatmin etmeye dayalı olabilir ve bu sebeple genel olarak destek görmeyen kararları almakta zorlanabilirler (Loucks, 2005).

Loucks'un belirttiğine göre, Espeland ve Shanta (2001), eğitimcilerin öğrencilerle etkileşim ve iletişim kurma yöntemi, öğrencileri güçlendirme ya da onlara kolaylık sağlama yolunda işlev görebilir. Kolaylaştırıcı bir ortamda gerçekleşen iletişim, öğretim elemanlarının etkileşim olmadan ve öğrencilerle fikir alışverişinde bulunmadan yalnızca bilgi vermelerine odaklanır. Bu durumda, öğrencilerden gelen fikir ya da geri bildirimler olmaksızın, onların eğitimi için önemli olduğunu düşündükleri bilgiye öğretim elemanları karar vereceklerdir. Kısacası böylesi bir durumda, öğretim elemanları tüm öğrenme sürecini kontrol altına alacak ve bu kişilere olan bağımlılık, farkında olunmadan, teşvik edilecektir.

Karşılıklı saygı ve dürüstlük üzerine kurulduğu müddetçe iletişim, öğrenciler ve öğretim elemanları için güçlendirici bir işlev görür. Öğrencilerin hocalarının karşısında fikirlerini özgürce ifade edebildikleri bir ortam yaratmak, güçlendirici deneyimler oluşturmak için elzemdir. Espeland ve Shanta, "Öğretim elemanları, öğrencilerine ve iş arkadaşlarına saygılı mesajlar vererek açık iletişim tekniklerini kullanabilirlerse, öğrenciler saygı içerisinde iletişim kurmayı ve bilgi alışverişi için sorumluluk üstlenmeyi öğrenirler." demektedir. Hemşirelik okullarında çalışanlar ve öğrenciler arasında sınırlar tam anlamıyla belirli olamayabilmekte ve bunun sonucunda öğretim elemanları öğrencileri bağımsız profesyoneller olmak yolunda teşvik edememektedirler.

Sınırları tam anlamıyla tanımlanmamış olan öğretim elemanları öğrencilerine hemşirelik uygulamalarında ya da kişisel hayatlarında gereğinden fazla yardımcı olma eğilimi gösterebilmektedirler. Öğretim elemanlarının bazıları, kendilerine ihtiyaç duyulduğunu hissedebilmek için, öğrencilerden yalnızca zayıflık beklemektedirler. Öğrencilerin kendi yaşamlarını kontrol edebilmelerine yardımcı olmak yerine, onlara kolaylık sağlayan öğretim elemanları, öğrencilerin klinik deneyimler için yeterince hazırlık yapmamaları ya da ödevlerini tamamlamamaları veya geç teslim etmeleri durumunda onlar için bahaneler uydurmakta ve bu şekilde öğrencilerin sorumluluk geliştirmelerine ket vurmaktadırlar.

Karşılıklı bağımlı öğretim elemanları çoğunlukla kendilerini işlerine gereğinden fazla verirler ve çok çalışırlar. Öğrencilerinin kendilerine ihtiyaç duymasını isterler ve

düzenli olarak öğrencilerinin sorunlarını çözmeye çalışırlar. Bunun sonucunda yorgunluk ve stres hisseder, çok çalışmış olduklarını ve işlerin çığırından çıktığını düşünürler. Hemşirelik okullarındaki işleyiş, öğretim elemanları arasındaki muhtemel karşılıklı bağımlılık sorunlarının sonucunda, hemşirelik öğrencisinin ileride karşılıklı bağımlılık davranışları geliştirmesi ihtimalini artırabilir (Loucks, 2005).

Holder ve diğerleri (1994) tarafından, karşılıklı bağımlılık davranışlarına ilişkin olarak 1994'te gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin % 69'unun bozuk bir aile düzeni içerisinde yetiştiği ve bu öğrencilerden %74'ünün karşılıklı bağımlılık davranışları gösterdiği, ancak yalnızca %33'ünün danışmanlık hizmeti aldığı bildirilmiştir. Bu durum, hemşirelik okulunda çalışan öğretim elemanlarının, öğrencilerdeki karşılıklı bağımlılık davranışlarıyla ilgili olarak daha yüksek bir farkındalığa sahip olmaları gerektiğini göstermektedir (Holder et al., 1994).

Karşılıklı bağımlı kişiliğe sahip hemşirelik öğrencileri şu gibi davranışlar gösterebilmektedir: ödev, sunum ve sınavlarda mükemmeliyetçilik; sınavlarda kaybettiği puanlara aşırı tepki gösterme; hata yaptığında kendini aşırı derecede suçlama; sınavlarda en yüksek notu alamamaya tahammül edememe; küçük gruplar içerisinde uyumlu çalışmakta zorluk yaşama; klinik ortamda bir hatasının düzeltilmesi durumunda aşırı duyarlı ve endişeli davranışlar gösterme; kendinden çok fazla şey bekleme ve öz saygısını “insan olarak” değil “yapması gerekenleri yaparak” sağlama. Mancuso, bir öğrencinin karşılıklı bağımlılık eğilimi göstermesinin iki önemli faktörü olduğunu belirtmektedir, sınır sorunları ve bakım verme. Açıkça tanımlanmış sınırlara sahip olmanın uygun ve gerekli olduğunu öğrenen öğrenciler, aşırı sadakati teşvik eden bir sistemde suiistimal edilme riskine daha az maruz kalmaktadırlar. Bu sınırları oluşturmak tamamıyla bireyin kendi sorumluluğudur, ancak Mancuso'ya göre (1998) hemşirelik okulundaki öğretim elemanları bu kavramı öğrencilere tanıtabilir ve öğrencilerinin sağlıklı sınırlar oluşturmalarına katkıda bulunabilir ve böyle de yapmalıdır. Karşılıklı bağımlı hemşirelik öğrencileri, özsaygılarını geliştirmek için, karşılayamadıkları ihtiyaçlarını tatmin etmek amacıyla bakım vermeyi ve ihtiyaç duydukları hissini kullanmaktadırlar.

Hopkins ve Jackson'ın (2002) yaptığı çalışmada sosyoloji, işletme ve hemşirelik öğrencilerine karşılıklı bağımlılık ölçeği uygulanmış ve öğrencilerin sınıflarının karşılıklı bağımlılıkla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Sınıf yükseldikçe, karşılıklı bağımlılık puanları düşmektedir. Araştırmacılar, bu bulguyu, öğrencinin olgunluğu, gelişim seviyesi, özsaygısı ve bireysel farklılaşması üzerinden yorumlayarak bir hipotez geliştirmişlerdir. Ayrıca, bulgular, karşılıklı bağımlı bireylerin hemşirelik alanına yöneldiği teorisini de desteklememiştir. Hemşirelik alanında eğitim gören kadın öğrencilerin, karşılıklı bağımlılıkta, sosyoloji ya da işletme alanında öğrenim gören erkek öğrencilerden yüksek oranda puan almadıkları belirlenmiştir (Jakson and Hopkins, 2002).

Hemşire eğitmenleri, karşılıklı bağımlılığın yaygın davranışsal karakteristiklerinin farkına varırlarsa, öğrenciler arasında bu gibi davranışları belirleme fırsatına sahip olacak ve sağlıksız davranışları yönlendirmek için farklı yöntemler uygulayabileceklerdir. Hemşirelik öğrencilerinin bakım veren kişinin bakımının, fiziksel ve duygusal esenlik açısından çok önemli olduğunu anlamaları gerekmektedir (Loucks, 2005).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı**

Çalışma iki aşamalı olarak planlandı. Birinci aşama "HemşireKarşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin (Nurse Codependency Questionnaire) " Türkçe' ye uyarlanması amacıyla metodolojik, ikinci aşama hemşirelerde karşılıklı bağımlılık düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma yöntemine göre gerçekleştirildi.

#### **5.1.1. Araştırma Soruları**

1. Türkçe'ye uyarlanan "Hemşirelikte Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği (Nurse Codependency Questionnaire)" geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
2. Gaziantep ilinde bulunan hastanelerde çalışan hemşireler de karşılıklı bağımlılık düzeyi nedir?
3. Hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı etkileyen faktörler nelerdir?

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Gaziantep ili içerisinde yer alan beş devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri 03 Mart - 29 Ağustos 2014 tarihleri arasında toplandı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmada ölçeğin yapı geçerliliği için örneklem büyüklüğünü belirlemede; ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 en fazla 10 katı olması esasına dayanarak örneklem sayısı (24 madde x 10) 240 olarak belirlendi. Ancak araştırma kapsamında

çalışmanın gücünün olası kayıplar nedeniyle istatistiksel olarak etkilenmemesi için ulaşılabilecek kişi sayısı 300 olarak belirlendi.

Çalışmanın ikinci aşamasında gerçekleştirilecek tanımlayıcı araştırma için örneklem büyüklüğü, orantılı örneklem yöntemi ile belirlendi. Araştırmanın yapılacağı 6 merkez de gündüz ve vardiyalı çalışmakta olan toplam 1924 hemşire araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırmanın örnekleme ise, her bir merkezde çalışan hemşirelerin en az %20'si çalışma kapsamında olacak şekilde 443 hemşire olarak belirlendi, olası kayıplar hesaplanarak araştırma 538 hemşire ile tamamlandı (Tablo 5.1).

**Tablo 5.1. Hastanelere Göre Hemşire Dağılımı**

<b>Hastaneler</b>	<b>Hemşire Sayısı</b>	<b>Oran</b>	<b>Örneklem Sayısı</b>	<b>Çalışmaya Alınan Hemşire Sayısı</b>
Şahinbey Araştırma Hastanesi	527	0,226	119	137
Şehitkamil Devlet Hastanesi	220	0,227	50	60
Gaziantep Çocuk Hastanesi	300	0,227	68	119
Av.Cengiz Gökçek Kadın Doğum Hastanesi	207	0,227	47	60
25 Aralık Devlet Hastanesi	220	0,227	50	54
Dr.Ersin Arslan Devlet Hastanesi	480	0,225	109	108
<b>Toplam</b>	<b>1924</b>	<b>0,23</b>	<b>443</b>	<b>538</b>

#### **5.4. Veri Toplama Araçları**

##### **5.4.1.Bireysel Bilgi Formu**

Bilgilendirme formu; hemşirelerin araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ettiklerini belirten form imzalandı (EK I). Bilgi formu; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen, hemşirelerin demografik özelliklerini, çalışma yerleri ve düzenlerini, alışkanlıkları ve karşılıklı bağımlılığı etkileyeceğine ilişkin bilgileri edinmeye yönelik 38 sorudan oluşmaktadır (Self, 2010; Allison, 2004; Parker, 2003; Hughes-Hammer et al., 1998; Martsof et al., 1999; Allison, 2005; Yargıç ve ark., 1994) (EK II).



## **5.4.2.Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği (Nurse Codependency Questionnaire - NCQ)**

Hemşirelikte karşılıklı bağımlılık ölçeği, Amerika'nın Texas Üniversitesinde görev yapan Sarah Allison tarafından 2004 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. 24 maddeden oluşan ölçek, hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı değerlendiren bir tutum ölçeğidir. Ölçeğin her maddesi için "tamamen doğru" 1 puan, "çoğunlukla doğru" 2 puan, "ne doğru ne yanlış" 3 puan, "çoğunlukla yanlış" 4 puan, "tamamen yanlış" 5 puan verilerek değerlendirilmektedir. Puanlamada soru 4 ve 24'ün puanları ters olarak hesaplanmaktadır. 24 maddenin puanlarının toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Puan aralığı 24 ile 120 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirmesinde bir puanlama sistemi yoktur. Puan arttıkça bağımlılık düzeyi azalmaktadır. Hemşire tutum ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Bağımlı bakımlı ölçeği (1-2-3-5-6-8-9-11-13-14-15-16-19-20-23) ve ifade eksikliği alt ölçeği (4-7-10-12-17-18-21-22-24) maddelerinden oluşmaktadır (EK III).

### **5.4.2.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği**

#### **5.4.2.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliği**

Dil geçerliliği çalışması 4 aşamada gerçekleştirildi;

1. Hemşirelikte karşılıklı bağımlılık ölçeğinin dil eşdeğerliliğini sağlamak için, Hacettepe Üniversitesi yabancı diller bölümünde görev yapan iki öğretim görevlisi ve Gaziantep Üniversitesi yabancı diller bölümünde görev yapan bir öğretim görevlisi tarafından Türkçe'ye çevirisi yapıldı (ön çeviri). Türkçe'ye çevrilen ölçekler, Dicle Üniversitesi'nde İngilizce öğretmenliği bölümünde görev yapan bir öğretim üyesi tarafından değerlendirildi ve en iyi Türkçe çeviri belirlendi (EK IV).
2. Türkçe çevirinin Orijinal ölçeği hiç görmemiş farklı bir yabancı dil öğretim görevlisi tarafından orijinal dile geri çevirisi yapıldı (geri çeviri) (EK IV).

Ölçeğin geri çevirisi, ölçeği geliştiren Sarah Allison'a mail yolu ile gönderildi ve Sarah Allison ölçeğin geri çevirisi ile kendi ölçeği arasında fark olmadığını, geri çevirisi yapılan ölçeğin kullanımının uygun olduğunu belirtti.

3. Literatürde kapsam geçerliği; bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne kadar hizmet ettiğinin belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Linn and Gronlund, 1995; Murphy and Davidshofer, 2001). Evreni yeterli/dengeli olarak örnekleyen ve içerdiği maddelerin her biri ölçmek istediği konuyu ölçen bir ölçek kapsam geçerliğine sahiptir. Kapsam geçerliği aşamasında; ölçekteki her bir maddenin ve ölçeğin bütününe, ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığı ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığı değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme, konu alanında uzman kişilerin ve ölçme değerlendirme uzmanlarının görüşleri alınarak yapılmaktadır (Ercan ve Kan, 2004; Aiken, 2000; Alpar, 2003; Tavşancıl, 2002; Erefe, 2002). Ölçeğin kapsam geçerliliği için; ölçeğin orijinali ve Türkçe çevirisi, bilimsel görüş formu ile birlikte 10 psikiyatri hemşireliği öğretim üyesine ve 5 psikiyatri öğretim üyesine bilimsel görüşlerini almak üzere sunuldu. 10 öğretim üyesinden geri dönüş alındı (EK V). Orijinal ölçek maddeleri ile Türkçe'ye uyarlanan maddeler arasında uyum ve Türkçe ifadelerin anlaşılabilirliğini belirlemede kullanılan bilimsel görüş formunda uzmanlardan her bir maddeyi 1 ile 4 puan arasında puanlamaları istendi. Puanlamada 1 puan; madde uygun değil, 2 puan; madde biraz uygun/ifadenin revizyonu gerekir, 3 puan; madde oldukça uygun, ancak ufak değişiklikler gerekir, 4 puan; madde çok uygun olarak tanımlandı. Geri dönüşler Davis yöntemine göre değerlendirildi. Davis yöntemine göre kapsam geçerliliği, dörtlü derecelendirilmekte, (4) ve (3) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi- KGİ" elde edilmekte ve 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2005). Bu araştırmada, her bir madde için işaretlenen puanlar toplanıp, toplam uzman sayısına bölünerek, maddenin aldığı puan belirlendi ve en az 0.80 puan olması ölçüt olarak kabul edildi. Hesaplama da 4'üncü madde 0.80 puan, 3.,11.,13'üncü maddeler 0.90 puan, diğer tüm

maddeler 1 tam puan aldı. Uzmanlardan gelen bilimsel görüşler doğrultusunda ölçeğin 4., 3., 11.,13. maddeleri tekrar değerlendirilerek son şekli oluşturuldu (Tablo 5.2).

4. Ölçeğin anlaşılabilirliği için 30 hemşireye ön uygulama yapıldı. Hemşirelerin anketi cevaplandırmaları ortalama 10 dakika sürdü. Ölçeğin herhangi bir maddesi ile ilgili anlaşılabilirliği yönünden sorun belirtilmedi. Alınan uzman görüşleri ve ölçeğin pilot uygulaması sonucunda, ölçek kapsam olarak uygun bulundu.

**Tablo 5.2 Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği Dağılımı**

Madde no	Uzmanlardan(4+3) diyenlerin toplamı	Uzman katılımcı toplamı	KGİ
1	10	10	1
2	10	10	1
3	9	10	0,9
4	8	10	0,8
5	10	10	1
6	10	10	1
7	10	10	1
8	10	10	1
9	10	10	1
10	10	10	1
11	9	10	0,9
12	10	10	1
13	9	10	0,9
14	10	10	1
15	10	10	1
16	10	10	1
17	10	10	1
18	10	10	1
19	10	10	1
20	10	10	1
21	10	10	1
22	10	10	1
23	10	10	1
24	10	10	1

#### 5.4.2.1.2. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği, ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini göstermektedir. (Aiken, 2000; Tezbaşaran, 1997; Tavşancıl, 2002). Bunun yanında ölçekten elde edilen puanın ne anlama geldiğini araştırma sürecinde denir. Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenebilmesi için madde analizi ve faktör analizlerinin yapılması gerekmektedir. Madde analizinde, ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracına ne kadar katkıda buldukları ve ölçme aracıyla ilişkileri belirlenmektedir. Ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçme aracı ile ilişkisinin yüksek olması, ölçme aracının ölçülen konu ile ilişkisinin de yüksek olduğunu gösterir. Faktör analizi yöntemi ile aynı faktörü ölçen maddeler bir araya getirilerek alt boyutlar oluşturulmaktadır (Aiken, 2000; Alpar, 2003; Linn and Gronlund, 1995).

İstatistiksel yöntem olarak; Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı ve test toplam test korelasyonları hesaplandı. Doğrulayıcı faktör analizi için R yazılımının 2.15. versiyonundaki lavaan paketi kullanıldı. Test tekrar test için Spearman rank korelasyon analizi yapıldı ve  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi için yapılan madde analizi ve faktör analizi iki aşamada gerçekleştirildi.

#### 1. Aşama

Ölçeğin birinci bölümünde yer alan maddelerin yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı. Faktör analizi öncesinde ölçeğin örneklem büyüklüğü ve faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett testi uygulandı. Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir (Akgül, 2003). KMO indeksi örneklem büyüklüğünün yeterliliği ve veri matrisinin faktör analizi için uygun olup olmadığının belirlenmesi için kullanıldı. KMO indeksi değerinin en az 0.60 olması gerekmektedir. Barlett testinin istatistiksel olarak anlamlı çıkması, veri setinin faktör analizi için uygun olduğu anlamına gelmektedir. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin KMO ile hesaplanan örneklem yeterliliği 0.81 olarak saptandı. Barlett Testi sonucunda ise, 1965,419 olarak

bulundu. Barlett testi sonuçlarına göre elde edilen ki-kare değeri 0.01'dir ( $p<0.05$ ). Her iki analiz sonucunda  $p<0.001$  önem düzeyinde anlamlı olduğu görüldü. Bu sonuç, ölçeğin yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olduğunu ve faktör analizi için uygun olduğunu gösterdi, örneklem yeterliliği saptandı ( $KMO=0.81$ ,  $p=0.001$ ) (Tablo 5.3).

**Tablo 5.3.Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Test Sonuçları**

KMO and Bartlett's Test		
KMO		0.810
Bartlett's Test	Ki-kare	1965,419
	P	0.000

( $KMO=0.810$ ,  $p=0.000$ )

## 2. Aşama

İkinci aşamada ölçekte yer alan maddelerin yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı. Doğrulayıcı faktör analizi, ölçeğin orjinalinde bulunan faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını belirlemek amacıyla yapıldı (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu çalışmada yapılan doğrulayıcı faktör analizi için Ki-Kare Uyum Testi, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), normlaştırılmış uyum indeksi (TLI), fazlalık uyum indeksi (IFI), tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (RMSEA) ve standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (SRMR) uyum indeksleri incelendi. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları çeşitli uyum indeksi sonuçlarına göre değerlendirildi. Literatürde  $\chi^2$  uyum değerinin 3'ün altında olmasının mükemmel uyumu, 5'in altında olmasının orta düzeyde uyumu gösterdiği, RMSEA uyum değerinin 0,05'in altında olmasının mükemmel uyumu, 0,08'in altında olmasının iyi uyumu belirttiği, CFI ve TLI indeksinin. 95 üzerinde olmasının mükemmel uyumu, 0,90 üzerinde olmasının iyi uyuma karşılık geldiği belirtilmektedir. Literatürde CFI ve TLI indeks değerleri için 0,90 değerinin kabul edilebilir uyumu ve 0,95 değerinin mükemmel uyuma işaret ettiği, SRMR için 0,05 değerinin iyi uyumu ve 0,05 ile 0,10 arasındaki değerlerin kabul edilebilir uyumu gösterdiği belirtilmektedir (Çakır ve Erdoğan, 2014).

Bu araştırmada, RMSEA uyum değeri 0,051, CFI değeri 0,88, TLI değeri 0,84, SRMR değeri 0,046, olarak belirlendi. Bu sonuçlar, modelin veriye uyum sağladığını göstermektedir (Tablo 5. 4).

**Tablo 5.4. Hemşirelik Karşılıklı Bağımlılık leğinin Doğrulatory Faktör Analizi Bulguları**

<b>Doğrulatory analizler</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Değer Aralığı</b>
<b>Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (CFI)</b>	0,88	(0-1 kabul edilebilir uyum aralığı, 0.90 iyi uyum, 0.95 mükemmel.)
<b>Normlaştırılmış Uyum İndeksi (TLI)</b>	0,84	(0-1 kabul edilebilir uyum aralığı, 0.90 iyi uyum, 0.95 mükemmel.)
<b>Tahmin Hatalarının Ortalamasının Karekökü (RMSEA)</b>	0,051	(0.05-0.06 iyi uyum, 0.05-0.08 mükemmel uyum, 0.08-0.10 kabul edilebilir, 0.10 ve üzeri kabul edilemez uyum.)
<b>Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (SRMR)</b>	0,046	(0.05 iyi uyum, 0.05-0.10 kabul edilebilir.)

#### **5.4.2.1.3. Hemşirelik Karşılıklı Bağımlılık leği'nin Güvenilirlik alışması**

Güvenirlik, bir lme aracının duyarlı, birbiri ile tutarlı ve kararlı lme sonuçları verebilme gücüne denir. (Balcı, 2001; zdamar, 2004). Herhangi bir gözlem aracının uygulanması ile elde edilen sonuçların kararlılık ve yinelenme derecesi ile ilişkilidir (Alpar, 2003; Karasar, 2005).

Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında; Likert tipi bir dereceleme leği olduğu için güvenirliği hesaplamak için iç tutarlılık ölçüsü olan Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı kullanıldı. Linn ve Gronlund (1995), tutum gibi özellikleri ölçmek amacıyla geliştirilmiş ölçeklerde içtutarlılık katsayısının önemli olduğunu belirtmektedir (Linn and Gronlund, 1995). Bu katsayıda güvenirliğin yüksek olması grubun homojen, ölçek maddelerinin birbirleriyle tutarlı ve aynı zamanda geçerliği olan bir ölçek olduğunun göstergesidir (Tavşancıl, 2002). Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısının "0,40"ın

altında olması ölçeğin “güvenilir olmadığını”, “0,40-0,59” arası “düşük güvenilirlikte”, “0,60-0,79” arası “güvenilir” ve “0.80-1.00” arası “yüksek güvenilirlikte” olduğunu ifade etmektedir (Tezbaşaran, 1997). Fizyolojik ölçümlerde 0,90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0,70 kabul edilebilir düzeydedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı, Faktör 1’ i ölçen 15 madde için “0,74”, Faktör 2’yi ölçen 9 madde için “0,50”, ölçeğin toplam 24 maddesi için “0,77” olarak bulundu (Tablo 5.5). Bu bulgu, ölçek maddelerinin birbiriyle yüksek iç tutarlılığa ve güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

**Tablo 5.5. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  Güvenirlik Katsayısı Dağılımı**

	Cronbach $\alpha$
<b>Faktör1</b> : 1-2-3-5-6-8-9-11-13-14-15-16-19-20-23	<b>0,74</b>
<b>Faktör2</b> : 4-7-10-12-17-18-21-22-24	0,50
<b>Toplam 24 madde</b>	<b>0,77</b>

#### 5.4.2.1.3.1. Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğine İlişkin Bulgular

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test ile değerlendirildi. Araştırmada 41 hemşireye ilk test yapıldıktan 4 hafta sonra aynı test yeniden tekrarlandı. Test-tekrar test arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını araştırmak için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Analiz sonucunda 4 hafta arayla uygulanan testler arasında yüksek oranda anlamlı ilişki bulundu. İki farklı zamanda yapılan uygulamalar arasında toplam puanlar bakımından yüksek düzeyde pozitif korelasyon saptandı ( $r=0,786$ ,  $p=0,001$ ) (Tablo 5.6).

**Tablo 5.6. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Test –Tekrar Test Bulguları**

	r	p	N
<b>Test</b>	<b>1,000</b>	<b>0,001</b>	<b>41</b>
<b>Tekrar Test</b>	<b>0,78</b>	<b>0,001</b>	<b>41</b>

### **5.4.3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)**

Araştırmada, benlik saygısı ölçümü için kullanılan bu ölçek, 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde güvenilirlik geçerlik çalışması yapıldıktan sonra birçok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır (Tezcan, 2009). Ölçeğin Türk toplumuna uyarlamasını Çuhadaroğlu (1986) gerçekleştirmiş; geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise hem Çuhadaroğlu (1986) hem de Tuğrul (1994) tarafından yapılmıştır (Kıcır, 2010). Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, geçerlik kat sayısı  $r = 0,71$  olarak bulunmuştur. Test- tekrar test güvenilirlik kat sayısı  $r = 0,75$  olarak saptanmıştır (Tezcan, 2009). Tuğrul alkoliklerin çocuklarının aile ortamındaki stres kaynakları, etkileri ve stresle başa çıkma yolları konulu çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısını .86 olarak bulmuştur (Kıcır, 2010).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, oniki alt kategoriden oluşmaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “on” maddesi kullanılmıştır. 1, 2, 4, 6, 7.maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3'den 0'a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir (Tezcan, 2009) (EK VI).

### **5.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hemşirelerin karşılıklı bağımlılık ölçeği puan ortalamaları, bağımsız değişkenleri ise, hemşirelerin demografik özellikleri ve benlik saygısı puan ortalamalarıdır.



Bu araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 22 for Windows (Statistical Package For Social Sciences) ve Lisrel 8.0 bilgisayar programına aktarıldı ve gerekli analizler bu programlarda yapıldı.

Araştırmada kullanılan **Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği (Nurse Codependency Questionnaire)** verilerinin istatistiksel analizinde faktör gruplarının incelenmesinde; Doğrulayıcı Faktör Analizi, verilerin uygunluğunun incelenmesinde Barlett Test, Kaiser-Meyer-Olkin Testi; İç Tutarlılığının belirlenmesinde; Cronbach güvenilirlik kat sayısı, KR 21; madde-toplam-madde puan analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu; Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin (test- tekrar test analizi) belirlenmesi için ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ve Bağımlı gruplar da t testi kullanıldı. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  değeri kabul edildi.

Çalışmada kullanılan istatistiksel testler özet olarak aşağıda sunuldu.

	<b><u>İstatistiksel Testler</u></b>
<b>Dil geçerliliği</b>	İngilizce'den Türkçe'ye eviri Türkçe'den İngilizce'ye geri eviri
<b>İçerik/Kapsam geçerliliği</b>	Davis Tekniği, Kapsam Geçerlilik İndeksi
<b>Örneklem büyüklüğü ve Veri setinin faktör analizine uygunluğu</b>	Kaiser-Mayer-Olkin İndeksi ve Barlett Testleri
<b>Yapı geçerliliği</b>	Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>İç tutarlılık</b>	Cronbach alfa katsayısı Madde toplam korelasyonu KR 21 Güvenilirlik katsayısı

Araştırmanın ikinci kısmı olan hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı etkileyen faktörleri belirlemek için kullanılan istatistiksel yöntemler:

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk kontrolünde Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılıma sahip değişkenlerin 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerin 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. İki'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ANOVA ve LSD çoklu karşılaştırma testleri kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon katsayısı ile test edildi. Tanıtıcı istatistik olarak ortalama±standart sapma değerleri verildi. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 22.0 paket programı kullanıldı ve  $p<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## **5.6. Araştırmanın Etiği**

Araştırmada kullanılan Hemşirelikte Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği için, ölçeği geliştiren Sarah Allison'dan izin alındı (EK VII).

Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 07.01.2014 tarihinde etik kurul izni alındı (EK VIII).

Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinden 30.10.2013 tarihinde kurum izni alındı (EK IX). Kamu Hastaneler Birliği'nden 05.03.2014 tarihinde kurum izni alındı (EK X).

## **5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, Gaziantep il sınırları içerisinde bulunan beş devlet ve bir üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelerin verdiği yanıtlarla sınırlıdır.

Elde edilen bulgular sadece bu gruba genellenebilir.

## **6. BULGULAR**

Hemşirelerde karşılıklı bağımlılık düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 538 hemşire ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında verildi.

### 6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

### 6.2. Hemşirelerin Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Puan Ortalamaları ile İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

## 6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan 538 hemşirenin demografik özellikleri ile bazı tanıtıcı bilgilere yer verildi.

**Tablo 6.1.Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=538)**

<b>BİREYSEL ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	<b>479</b>	<b>89,0</b>
Erkek	59	11,0
<b>Doğum Yeri</b>		
<b>Güneydoğu Anadolu Bölgesi</b>	<b>281</b>	<b>52,2</b>
Akdeniz Bölgesi	174	32,3
Doğu Anadolu Bölgesi	26	4,8
İç Anadolu Bölgesi	25	4,6
Diğer Bölgeler(Ege, Marmara, Karadeniz )	32	5,9
<b>Medeni Durum</b>		
<b>Evli</b>	<b>345</b>	<b>64,1</b>
Bekar	193	35,9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	96	17,8
Önlisans	90	16,7
<b>Lisans ve üzeri</b>	<b>352</b>	<b>65,5</b>
<b>Boş Zamanlarınızı Nasıl Değerlendirirsiniz? (Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir)*</b>		
Spor yaparak (Yürüyüş,yaparak, spor merkezine giderim,bir kulübe üyeyim)	128	23,8
Kitap okurum	277	51,5
<b>Televizyon seyredirim</b>	<b>324</b>	<b>60,2</b>
Arkadaşlarımla eğlenirim	236	43,9
Hobilerimle uğraşırım(resim, müzik, el sanatları,vb)	115	21,4
Diğer	105	19,5
<b>Kendinizi İfade Etme Yeteneğiniz nasıldır?</b>		
Kendimi her ortamda ifade edebilirim	249	46,3
<b>Bazen iyi bazen kötü, duruma göre değişir</b>	<b>256</b>	<b>47,6</b>
Kendimi ifade etmekte zorlanırım.	32	5,9
Diğer	1	,2

\*Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.

Tablo 6.1.incelendiğinde; hemşirelerin %89'u kadın, % 11'i erkek ve % 64,1'inin evli, % 35,9'u bekar. Hemşirelerin, % 52,2'si Güneydoğu Anadolu bölgesinde, %32,3'ü Akdeniz bölgesinde, %4,8'i Doğu Anadolu bölgesinde, %4,6'sı İç Anadolu bölgesinde, %5,9'u diğer bölgeler de (Karadeniz, Ege ve Marmara) doğduklarını belirtti. % 65,5'i lisans ve üzeri, %17,5'i sağlık meslek lisesi ve %16,5'i ön lisans mezunudur. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme durumları sorusuna birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri belirtildi ve % 60,2'si televizyon seyrettiğini, % 51,5'i kitap okuduğunu, % 43,9'u arkadaşları ile eğlendiğini, %21,4'ü hobileri ile uğraştıklarını ifade etti.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarına bakıldığında; 17-57(min-max) arasında olduğu ve yaş ortalamasının  $30,84 \pm 7,334$  olduğu saptandı.

**Tablo 6.2. Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=538)**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>Hastane</b>		
Av.Cengiz Gökçek Kadın-doğum Hastanesi	60	11,2
<b>Şahinbey Araştırma Hastanesi</b>	<b>137</b>	<b>25,5</b>
25 Aralık Devlet Hastanesi	54	10,0
Şehitkamil Devlet hastanesi	60	11,2
Dr.Ersin Arslan Devlet Hastanesi	108	20,1
Gaziantep Çocuk Hastanesi	119	22,1
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>		
Bir yıldan az	44	8,2
<b>1-5 yıl</b>	<b>158</b>	<b>29,4</b>
6-10 yıl	149	27,7
11-15 yıl	66	12,3
15-20 yıl	71	13,2
21 yıl ve üzeri	50	9,3
<b>Çalışma Şekli</b>		
<b>Gündüz</b>	<b>242</b>	<b>45,0</b>
Gece	40	7,4
Vardiya	148	27,5
Nöbet	108	20,1
<b>Çalışma Şekli Düzenli mi?</b>		
Evet	302	56,1
Hayır	236	43,9
<b>Çalışma Süresi</b>		
<b>8 saat</b>	<b>333</b>	<b>61,9</b>
12 saat	6	1,1
16 saat ve üzeri	199	37,0
<b>Çalıştığımız Bölüm</b>		
Dahili Klinikler	126	23,4
Cerrahi Klinikler	130	24,2
<b>Yoğun Bakımlar</b>	<b>175</b>	<b>32,5</b>
Diğer Servisler(Poliklinikler,Yönetim vs.)	107	19,8
<b>Mesleki Bir Derneğe üye misiniz?</b>		
Evet	170	31,6
<b>Hayır</b>	<b>368</b>	<b>68,4</b>

Hemşirelerin çalışma yerleri incelendiğinde; % 25,5'nin Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, % 22,1'inin Gaziantep Çocuk Hastanesinde, %20,1'inin Dr.Ersin Arslan Devlet Hastanesinde, % 11,2'sinin Şehitkamil Devlet Hastanesinde, % 11,2'sinin Avukat Cengiz Gökçek Kadın Doğum Hastanesinde ve %10'nun 25 Aralık Devlet Hastanesinde çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında, % 29,4'ünün 1-5 yıl, %27,7'sinin 6-10 yıl, %13,2'sinin 15-20 yıl, %12,3'ünün 11-15 yıl. %9,3'ünün 21 yıl ve üzeri, % 8,2'sinin bir yıldan az süredir çalıştığı; % 45'inin gündüz, %27,5'inin vardiya, %20,1'inin nöbet, %7,4'ünün gece

çalıştığı, çalışma şekillerinin düzenli olup olmadığı sorulduğunda; % 56,1'inin çalışma şekillerinin düzenli, % 43,9'unun çalışma şekillerinin düzensiz olduğu saptandı. Hemşirelerin, % 61,9'unun sekiz saat, % 37'sinin 16 saat ve üzeri, %1,1'inin 12 saat süre ile çalışmakta oldukları belirlendi. %32,5'inin yoğun bakım, % 24,2'sinin cerrahi klinikler, % 23,4'ünün dahili klinikler, %19,8'inin diğer (poliklinik ve yönetim gibi) bölümlerde çalıştığı ve % 68,4'ünün mesleki bir derneğe üye olmadığı saptandı.

**Tablo 6.3. Hemşirelerin Anne-Babalarının Hayatta Olması ve Anne-Babalarının Tutumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=538)**

ANNE BABAYA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	SAYI	%
<b>Anneniz Hayatta mı?</b>		
Evet	502	93,3
Hayır	36	6,7
<b>Babanız Hayatta mı?</b>		
Evet	427	79,4
Hayır	111	20,6
<b>Annenizin Size Tutumu Nasıldır?</b>		
Otoriter	62	11,5
Demokrat	90	16,7
<b>Koruyucu</b>	<b>369</b>	<b>68,6</b>
İhmal eder	17	3,2
<b>Babanızın Size Tutumu Nasıldır?</b>		
Otoriter	109	20,3
Demokrat	123	22,9
<b>Koruyucu</b>	<b>273</b>	<b>50,7</b>
İhmal eder	33	6,1

Hemşirelerin, % 93,3'ü annelerinin, % 79,4'ü babalarının hayatta olduğunu belirtti. Annesinin kendisine karşı tutumlarının nasıl olduğu sorusuna; % 68,6'sı koruyucu, % 16,7'si demokrat, % 11,5'i otoriter olduğunu ve % 3,2'si ihmal ettiğini; Babasının ise, % 50,7'si koruyucu, % 22,9'u demokrat, % 20,3'ü otoriter olduğunu ve % 6,1'i ihmal ettiğini belirtti.

**Tablo 6.4. Hemşirelerin ve Ailelerinin Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Sorunlarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N=538)**

<b>FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIK SORUNLAR</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>Herhangi bir fiziksel sağlık sorunuz var mı?</b>		
Evet	58	10,8
Hayır	480	89,2
<b>Ailenizdeki herhangi birinde fiziksel sağlık sorunu olan var mı?</b>		
Evet	90	16,7
Hayır	448	83,3
<b>Herhangi bir ruhsal sağlık sorunuz var mı?</b>		
Evet	30	5,6
Hayır	508	94,4
<b>Ailenizde herhangi birinde ruhsal sağlık sorunu olan var mı?</b>		
Evet	40	7,4
Hayır	498	92,6
<b>Sağlık sorunuz olduğunda nasıl davranırsınız?</b>		
Geçmesini beklerim	83	15,4
Geçmesini beklerim ama geçmez ise hemen sağlık merkezine başvururum.	378	70,3
Hiç beklemeden önemli bir şey olabilir düşüncesiyle sağlık merkezine başvururum	68	12,6
Hiç bir şey yapmam	9	1,7

Hemşirelerin, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunu olup olmadığı sorulduğunda; %10,8'inin fiziksel sağlık sorununun, %5,6'sının ruhsal sağlık sorununun olduğunu belirtti. Ailelerinde herhangi bir sağlık sorununun olup olmadığı sorulduğunda; %16,7'sinin ailelerinde fiziksel sağlık sorunu olduğunu ve %7,4'ünün ailelerinde ruhsal sağlık sorunu olduğu saptandı. Sağlık sorunu olduğunda nasıl davrandığı sorusuna, % 70,3'ünün geçmesi için beklerim geçmez ise hemen sağlık merkezine başvururum şeklinde yanıt verdiği belirlendi.



**Tablo 6.5. Hemşirelerin Fiziksel, Ruhsal ve Cinsel İstismar Durumları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=538)**

<b>FİZİKSEL, RUHSAL VE CİNSEL İSTİSMAR DURUMU</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) herhangi bir kişi tarafından aşırı olduğunu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü?</b>		
Evet	55	10,2
Hayır	483	89,8
<b>Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) sürekli olarak sizi aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi bir kişi var mıydı?</b>		
Evet	56	10,4
Hayır	482	89,6
<b>Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) fiziksel olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması ya da evden kovulma, eve kabul edilmeme gibi.</b>		
Evet	44	8,2
Hayır	494	91,8
<b>Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin sevgi, destek, ilgi görmeme gibi.</b>		
Evet	44	8,2
Hayır	494	91,8
<b>Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?</b>		
Evet	28	5,2
Hayır	510	94,8
<b>Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarımızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu?</b>		
Evet	17	3,2
Hayır	521	96,8

Tablo 5.1 incelendiğinde; hemşirelerin çocukluk ve gençlik dönemlerinde (18 yaş altı) dövülme, fiziksel, ruhsal ve cinsel istismar ile ilgili sorulara; % 10,2'sinin dövüldüğü, % 10,4'ünün tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi bir kişinin olduğu, % 8,2'sinin fiziksel olarak ihmal edildiği, % 8,2'sinin duygusal olarak ihmal edildiği, %5,2'sinin cinsel olarak yaklaşan yada

dokunan yabancıların olduğu ve % 3,2'sinin aile bireylerinde ve akrabalarında cinsel olarak yaklaşımda bulunulduğu belirlendi.

**Tablo 6.6: Hemşirelerin Alışkanlıkları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N=538)**

<b>HEMŞİRELERİN ALIŞKANLIKLARI</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>İnternet kullanıyor musunuz?</b>		
Evet	494	91,8
Hayır	44	8,2
<b>Günde kaç saat internet kullanıyorsunuz?</b>		
1-2 saat	374	69,5
3-4 saat	86	16,0
5 saat ve üzeri	34	6,3
Kullanmıyorum	44	8,2
<b>Sigara Kullanıyor musunuz?</b>		
Kullanmıyorum	387	71,9
Kullanıyorum	151	28,1
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>		
Kullanmıyorum	457	84,9
Kullanıyorum	81	15,1
<b>Madde (ilaç) kullanıyor musunuz?</b>		
Kullanmıyorum	531	98,7
Kullanıyorum	7	1,3

Hemşirelerin alışkanlıkları ile ilgili özelliklerde; %91,8'inin internet kullandığı, % 69,5'inin 1-2 saat, %16'sının3-4 saat süre ile internet kullandığını ifade ettiği belirlendi. Hemşirelerin, %71,9'unun sigara, % 84,9'unun alkol ve % 98,7'sinin madde kullanmadıkları saptandı.

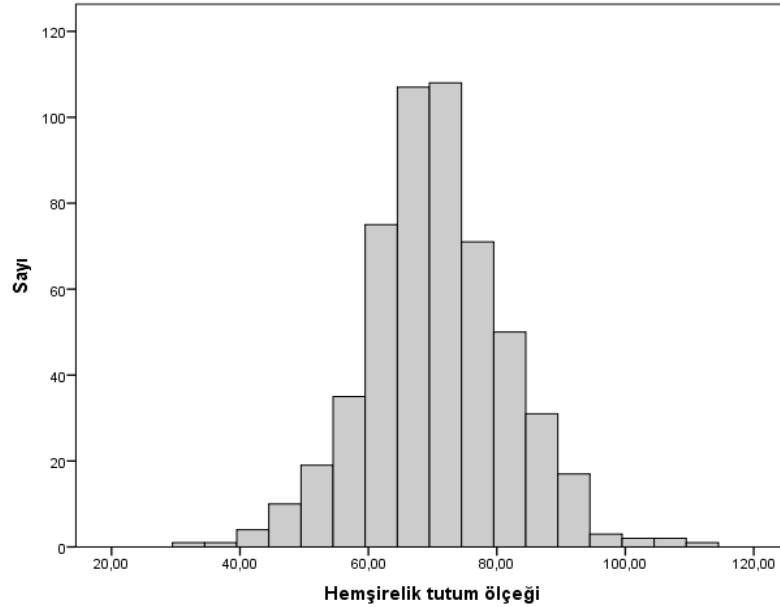
## 6.2. Hemşirelerin Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Puan Ortalamaları ile İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.7. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği, Alt Ölçekler ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları**

	Min-Max	Ort -Std
<b>Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği</b>	32-114	70,65 ±11,09
<b>Bağımlı Bakım Alt Ölçeği</b>	15-70	40,03 ± 8,31
<b>İfade Eksikliği Alt Ölçeği</b>	17-45	30,00 ± 4,91
<b>Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği</b>	10-30	22,67 ± 4,15

Hemşirelerin; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği puan ortalaması 70,65±11,09, bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması 40,03±8,31, ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması 30,00±4,91 ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puan ortalaması 22,67±4,15 olarak belirlendi.

**Grafik6.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Dağılım Grafiği**



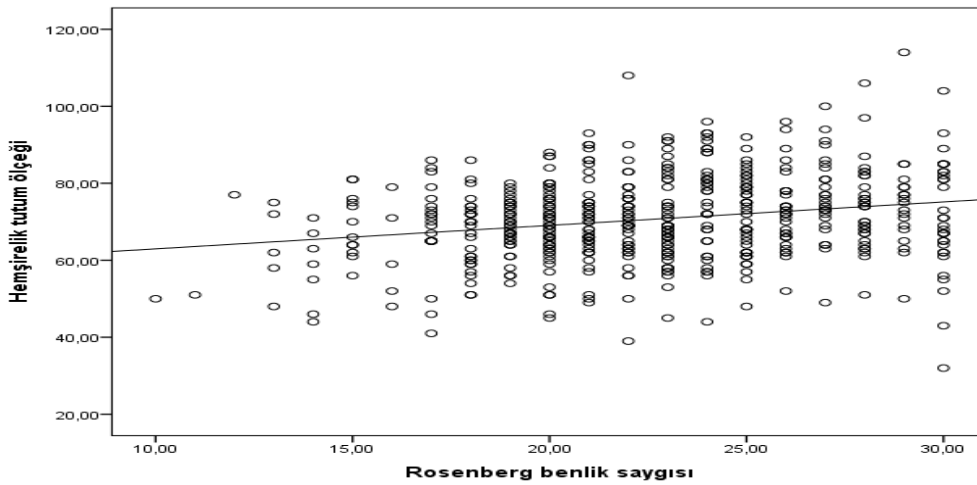
**Tablo 6.8. Benlik Saygısı ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Benlik Saygısı Puanı	n	%	Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Min-max Ort-Std	Bağımlı Bakım Alt Ölçeği Min-max Ort-Std	İfade Eksikliği Alt Ölçeği Min-max Ort-Std
<15 (Düşük)	27	5,0	44-81 64,00±10,67	22-47 36,66±7,16	18-36 27,33±4,90
15-25(Normal)	368	68,4	39-108 70,05±10,48	17-70 40,09±7,99	18-45 29,96±4,44
> 25(Yüksek)	143	26,6	32-114 73,14±11,95	15-69 40,51±9,17	17-45 32,93±4,73
<b>İstatistiksel Değerler</b>			<b>P=0,000***</b> F=10,248	P=0,085 F=2,474	<b>P=0,000***</b> F=27,630

\* p<0,05 ,\*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

Benlik saygısı düzeylerine göre; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; benlik saygısı düşük olanlarda hemşire karşılıklı bağımlılık toplam puan ortalaması ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p<0.05). Benlik saygısı düzeyine göre bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0.05).

**Grafik 6.2. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ile Rosenberg Benlik Saygısı Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**



**Tablo 6.9. Beden Kitle İndeksi ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Beden Kitle İndeksi	n	%	Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği	Bağımlı Bakım Alt Ölçeği	İfade Eksikliği Alt Ölçeği	
			Min-max Ort-Std	Min-max Ort-Std	Min-max Ort-Std	
20 ↓	<b>Kadın (74)</b>	82	15,2	41-100 71,82±10,63	17-63 42,02±7,71	18-42 30,80±5,01
	<b>Erkek (8)</b>					
20-25	<b>Kadın (255)</b>	283	52,6	32-114 70,31±11,00	15-70 39,68±8,42	17-45 30,62±4,78
	<b>Erkek (28)</b>					
25-30	<b>Kadın (113)</b>	135	25,1	44-104 70,28±10,71	22-59 39,60±7,64	18-45 30,68±5,08
	<b>Erkek (22)</b>					
30-40	<b>Kadın (37)</b>	38	7,1	46-106 69,76±13,62	21-69 39,84±10,47	19-39 29,92±5,15
	<b>Erkek (1)</b>					
<b>İstatistiksel Değer</b>			<b>p&gt;0.05</b>			

\* p<0,05 ,\*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

Beden kitle indeksine göre, hemşirelerin, %52,6'sında normal değerlerde,%25,1'inin aşırı kilolu,% 15,2'side düşük kiloda olduğu, %7,1'inin aşırı zayıf olduğu tespit edildi. Beden kitle indeksi ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05).

Cinsiyet ile beden kitle indeksi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( p>0.05).

**Tablo 6.10. Demografik Özellikler ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Demografik Özellikler		Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği	Bağımlı Bakım Alt Ölçeği	İfade Eksikliği Alt Ölçeği
		Ort -Std	Ort -Std	Ort -Std
Cinsiyet	Kadın (n=479)	70,39±10,81	39,72±8,08	30,67±4,92
	Erkek (n=59)	72,72±13,01	42,57±9,67	30,15±4,82
İstatistiksel Değerler		p=0,191 t=0,110	<b>p=0,033*</b> t=0,118	p=0,433 t=0,878
Çalışma Saatlerinin Düzenli olup olmadığı	Evet (n=302)	70,72±11,76	39,59±8,56	31,12±5,25
	Hayır (n=236)	70,55±10,31	40,58±7,95	29,97±4,55
İstatistiksel Değerler		p=0,808 t=0,051	p=0,167 t=0,078	<b>p=0,007***</b> t=0,001
Fiziksel sağlık sorununun varlığı	Evet (n=58)	67,00±10,78	37,03±7,47	29,96±5,48
	Hayır (n=480)	71,09±11,05	40,39±8,34	30,70±4,83
İstatistiksel Değerler		<b>p=0,008***</b> t=0,965	<b>p=0,002***</b> t=0,485	p=0,333 t=0,128
Ruhsal Sağlık Sorununun Varlığı	Evet (n= 30)	64,50±9,77	36,26±7,55	28,23±4,65
	Hayır (n=508)	71,01±11,06	40,25±8,30	30,76±4,89
İstatistiksel Değerler		<b>p=0,001***</b> t=0,330	<b>p=0,009***</b> t=0,678	<b>p=0,007***</b> t=0,474
18 yaş altı dönemde dövüldünüz mü?	Evet (n=55)	69,25±10,36	39,90± 7,97	29,34±5,01
	Hayır (n=483)	70,85±11,14	40,04±8,36	30,76±4,88
İstatistiksel Değerler		p=0,298 t=0,349	p=0,903 t=0,705	<b>p=0,050*</b> t=0,603
18 yaş altı dönemde tehdit edildiniz mi?	Evet (n=56)	67,62±9,76	38,67±7,63	28,94±4,93
	Hayır (n=482)	71,00±11,18	40,19±8,38	30,81±4,87
İstatistiksel Değerler		<b>p=0,018*</b> t=0,418	<b>p=0,169</b> t=0,790	<b>p=0,009**</b> t=0,764
18 yaş altı dönemde fiziksel olarak ihmal edildiniz mi?	Evet (n=44)	66,61±11,35	37,56±8,60	29,04±4,97
	Hayır (n=494)	71,01±11,00	40,25±8,25	30,76±4,88
İstatistiksel Değerler		<b>p=0,017*</b> t=0,699	<b>p=0,052</b> t=0,751	<b>p=0,033*</b> t=0,960
18 yaş altı dönemde duygusal olarak ihmal edildiniz mi?	Evet (n=94)	67,31±10,25	38,43±7,87	28,88±4,67
	Hayır (n=444)	71,36±11,13	40,37±8,37	30,98±4,88
İstatistiksel Değerler		<b>p=0,001***</b> t=0,329	<b>p=0,034*</b> t=0,827	<b>p=0,001***</b> t=0,816
18 yaş altında iken size cinsel olarak yaklaşan yabancı biri oldumu?	Evet (n=28)	65,78±9,01	37,14±6,78	28,64±4,96
	Hayır (n=510)	70,92±11,13	40,19±8,36	30,72±4,89
İstatistiksel Değerler		<b>p=0,007***</b> t=0,295	<b>p=0,029*</b> t=0,316	<b>p=0,038*</b> t=0,896
Hemşirelerde İnternet Kullanımı	Evet (n=494)	71,13±10,90	40,40±8,13	30,73±4,90
	Hayır (n=44)	65,29±11,85	35,90±9,21	29,38±4,87
İstatistiksel Değerler		p=0,058 t=0,660	p=0,759 t=0,323	<b>p=0,036*</b> t=0,852

\* p<0,05 , \*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

Cinsiyet ile bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının kadınlarda  $39,72\pm 8,08$ , erkeklerde  $42,58\pm 9,67$  olduğu ve kadınlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Cinsiyet ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyete ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

Çalışma saatlerinin düzenli olmadığını belirten hemşirelerin ifade eksikliği alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $29,97\pm 4,56$ , çalışma saatlerinin düzenli olduğunu belirten hemşirelerin ifade eksikliği alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $31,13\pm 5,26$  olarak belirlendi, çalışma saatlerinin düzenli olmadığını belirten hemşirelerde ifade eksikliği alt ölçeğinden alınan puan ortalamasının istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Çalışma saatlerinin düzenli olmadığını belirten hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

Fiziksel sağlık sorunu olduğunu belirten hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $67,00\pm 10,78$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $37,03\pm 7,48$  olarak belirlendi. Fiziksel sağlık sorunu olmadığını belirten hemşirelerin karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $71,09\pm 11,05$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamaları  $40,39\pm 8,34$  olarak belirlendi. Fiziksel sağlık sorunu olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). İfade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının fiziksel sağlık sorunu olma durumuna göre anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

Ruhsal sağlık sorunu olduğunu belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $64,50\pm 9,78$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $36,27\pm 7,55$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,23\pm 4,65$  olarak belirlendi. Ruhsal sağlık sorunu olmadığını belirten hemşirelerin, karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $71,02\pm 11,06$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $40,26\pm 8,31$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $30,76\pm 4,89$  olarak saptandı. Ruhsal

sağlık sorunu olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerden alınan toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (  $p<0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından dövüldüğünü belirten hemşirelerin, ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının  $29,35\pm 5,02$ , böyle bir durum olmadığını belirten hemşirelerde ise  $30,77\pm 4,88$  olduğu belirlendi. Dövüldüğünü belirten hemşirelerde ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (  $p<0.05$ ). 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından dövülme durumuna göre, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından tehdit edildiğini belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $67,63\pm 9,76$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $38,68\pm 7,63$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,95\pm 4,93$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından tehdit edildiğini belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (  $p<0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından fiziksel olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $66,61\pm 11,36$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $37,57\pm 8,61$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,05\pm 4,98$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından fiziksel olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (  $p<0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından duygusal olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan



ortalaması  $67,32 \pm 10,26$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $38,44 \pm 7,87$ , ifade eksiliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,88 \pm 4,68$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından duygusal olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde cinsel olarak yaklaşan bir yabancının olduğunu belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği puan ortalaması  $65,79 \pm 9,02$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $37,14 \pm 6,79$ , ifade eksiliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,64 \pm 4,97$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde cinsel olarak yaklaşan bir yabancının olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).

Hemşirelerin internet kullanımına göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği ( $p > 0,05$ ), ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının ise internet kullanmayanlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin günlük internet kullanım süresi ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin çocuk sayısı ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin anne ve babasının hayatta olması ve anne-babasının tutumlarına göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı

bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin mesleki bir derneğe üye olmalarına ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin ailelerinde fiziksel ve ruhsal sağlık sorununun varlığı ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin ailesinden biri tarafından cinsel yaklaşımda bulunulup bulunulmaması ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin sigara, alkol, madde kullanımı ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

Hemşirelerin yaşı ve medeni durumu ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı (  $p>0.05$ ).

**Tablo 6.11. Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Eğitim Düzeyi	n	%	Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği	Bağımlı Bakım Alt Ölçeği
			Ort±std	Ort±std
Sağlık Meslek Lisesi	96	17,8	68,83±10,89	38,17±8,23
Ön Lisans	90	16,7	68,22±11,15	38,23±8,20
Lisans ve Lisansüstü	352	65,5	71,77±11,08	41,00±8,21
İstatistiksel Değerler			<b>p=0,005***</b> F=5,336	<b>p=0,001***</b> F=7,040

\* p<0,05 ,\*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

Lisans ve lisans üzeri eğitimi olan hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması 71.77±11.08 ve bağımlı bakım alt ölçeği toplam puan ortalaması 41.00±8.21 olarak belirlendi. Hemşirelerin eğitim durumu ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p<0.05). Hemşirelerin eğitim durumu ile ifade eksikliği alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın lisans ve lisansüstü eğitim düzeyi hemşire grubu ile sağlık meslek lisesi ve ön lisans eğitim düzeyine sahip hemşireler arasında olduğu belirlendi.

**Tablo 6.12. Hemşirelerin Çalışma Şekli ile Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Çalışma Şekilleri	n	%	Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği	Bağımlı Bakım Alt Ölçeği	İfade Eksikliği Alt Ölçeği
			Min-max Ort-Std	Min-max Ort-Std	Min-max Ort-Std
Gündüz	242	45,0	39-114 70,69±11,70	17-69 39,43±8,70	18-45 31,26±5,19
Gece	40	7,4	45-86 68,02±10,85	21-55 38,70±8,62	21-37 29,32±4,33
Vardiya	148	27,5	32-104 69,61±10,55	15-60 39,68±7,66	17-45 29,93±4,61
Nöbet	108	20,1	43-108 72,95±10,43	19-70 42,35±7,81	20-43 30,60±4,67
İstatistiksel Değerler			<b>p=0,042*</b> F=2,760	<b>p=0,012*</b> F=3,707	<b>p=0,019*</b> F=1,593

\* p<0,05 ,\*\* p<0,01, \*\*\* p<0,001

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre, gece çalışan hemşirelerin karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $68,03 \pm 10,85$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $38,70 \pm 8,63$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,33 \pm 4,33$  olarak belirlendi. Vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $69,62 \pm 10,56$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $39,68 \pm 7,67$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,93 \pm 4,62$  olarak belirlendi. Hemşirelerin çalışma şekillerine göre, gece ve vardiya çalışanlarda, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). Yapılan ileri analiz sonucu anlamlılığın nöbet şeklinde çalışan grup ile diğer gruplar arasında olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.13. Hemşirelerin Sağlık Sorunları Olduğunda Gösterdikleri Davranış Biçimi ile İfade Eksikliği Alt Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Sağlık Sorunu Olduğundaki Davranış Biçimi	İfade Eksikliği Alt Ölçeği		
	n	%	Ort±std
Geçmesini Beklerim	83	15,4	29,34±5,11
Geçmesini Beklerim Ama Geçmez İse Hemen Sağlık Merkezine Başvururum.	378	70,3	30,92±4,82
Hiç Beklemeden Önemli Bir Şey Olabilir Düşüncesiyle Sağlık Merkezine Başvururum	68	12,6	30,26±4,99
Hiç Bir Şey Yapmam	9	1,7	32,22±4,63
<b>İstatistiksel Değerler</b>			<b>p=0,039*</b> F=2,806

\*  $p < 0,05$  ,\*\*  $p < 0,01$  , \*\*\*  $p < 0,001$

Hemşirelerin herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığında gösterdikleri davranış biçimi sorulduğunda; geçmesini beklerim diye ifade edenlerin, ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,35 \pm 5,11$  olarak belirlendi. İfade eksikliği alt ölçeği puan

ortalamasının sağlık sorunu olduğunda geemesini beklerim şeklinde ifade edenlerde istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında gösterdikleri davranış biçimleri ile hemşire karşılıklı bağımlılık leği ve bağımlı bakım alt leği puan ortalamasının anlamlı bir fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

## **7. TARTIŞMA**

Bu bölümde, Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması ve hemşirelerin karşılıklı bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörlerden elde edilen bulgular literatür ışığında şu başlıklar altında tartışılmıştır.

7.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3. Karşılıklı Bağımlılık Düzeylerinin Tartışılması

7.4. Karşılıklı Bağımlılık ile İlişkili Faktörlerin Tartışılması.

### **7.1.Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Geçerlilik çalışması, bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu bir süreçtir (Öner, 2009). Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini sınamak amacıyla dil, içerik-kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakıldı.

#### **7.1.1. Dil Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ölçek uyarlama çalışmasında ilk başvuru yöntem dil uyarlamasıdır. Çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, ölçeğin doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan ileri gelir. Bir ölçek uyarlamada farkları en aza indirebilmek için ölçek maddeleri titizlikle incelenmeli, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmeler yapılmalıdır (Öner, 2009). Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin dil uyarlamasında, kavramsallaştırma ve anlatım farklarını en aza indirebilmek için dünyada en çok uygulanan yöntem olan

çeviri-geri çeviri yöntemi kullanıldı (Aksayan ve Gözüm, 2002; Ulusoy, 2010 ). Çeviri-geri çeviri yönteminde ilk olarak Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği üç İngilizce dil bilim uzmanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Bu çeviriler bağımsız bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından düzenlendikten sonra ortak bir form elde edildi. Türkçe çevirinin geri çevirisi İngilizce formatını bilmeyen farklı bir dil bilim uzmanına yaptırıldı. Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi ve İngilizce'den Türkçe'ye geri çevirisi bağımsız çevirmenler tarafından yapıldı. Son hali verilen 24 maddelik likert tipi bir ölçek olan Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Türkçe'ye çevrildikten sonra içerik kapsam geçerliliği için alanında uzman 15 kişinin görüşüne sunuldu. 10 uzmandan geri dönüş alındı. Değerlendirme sonucunda uzman kişilerin önerileri doğrultusunda uygun olmayan ifadelerde bazı düzenlemeler yapıldı. Son olarak ölçeğin alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin dil geçerliliği onaylandı. Ön uygulama yapılan hemşire grubunda ölçekteki ifadelerin anlaşılır olduğu gözlemlendi.

### **7.1.2. Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Geçerliliğin sınanması için pek çok ölçüt vardır. Bu araştırmada ölçeğin geçerliliğini sınamak amacıyla kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakıldı. Kapsam geçerliliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği (Ercan ve Kan, 2004).

Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin kapsam geçerliliğini değerlendirmeleri için ölçek, 15 uzman akademisyenin görüşüne sunuldu ve 10 uzman akademisyenden geri dönüş alındı. Ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 1-4 arasında (1=uygun değil, 2=biraz uygun / ifadenin revizyonu gerekebilir, 3=oldukça uygun fakat ufak değişiklikler gerekiyor, 4=çok uygun) değerlendirmeleri istendi. Ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvurulan uzman sayısı 3-20 arasında olabilmektedir (Tavşancıl, 2002). Uzman görüşlerine dayanılarak yapılan kapsam geçerliliğinde Davis Yöntemi kullanıldı (Yurdugül, 2005). Ölçeğin kapsam geçerliliği vardır diyebilmek için skorun 0.80 ve üzerinde olması gerekmektedir. Çalışmada ölçeğin bir maddesi 0.80, 3 maddesi 0.90 ve diğer maddeleri tam 1 puan aldı. Veriler toplandıktan sonra soruların anlaşılmadığı ortaya çıkarsa geri dönüş olasılığı kalmaz, bu nedenle ölçme aracının

uygulanabilirliğinin saptanması için ön uygulama yapılmalıdır. Ölçeğin ön uygulaması, örneklem özelliklerini taşıyan 25 hemşireden oluşan bir gruba uygulandı ve bu ön uygulamada herhangi bir değişikliğe gerek olmadığı belirlenerek ölçeğe son hali verildi.

### **7.1.3. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yapı geçerliliği birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belirli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Yapı geçerliliğinin amacı, belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilen maddeleri seçerek, kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmaktır (Öner, 2009). Ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Psikolojik ölçekler için yapı geçerliliği birinci dercede önem taşımaktadır. Ölçek uyarlamalarında daha çok ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan hipotezi sınıdığı için doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin yapı geçerliliğini belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Yapı geçerliliğini saptamak için yapılacak olan doğrulayıcı faktör analizi öncesinde verilerin yeterli sayıda olduğunun ve faktör analizine uygun olduğunun değerlendirilmesi gerekmektedir (Akgül, 2003). Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğini'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin, örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Testi yapıldı (Özdamar, 2004). KMO gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO ölçütü 0,90-1,00 olduğunda mükemmel, 0,80-0,89 arasında olduğunda çok iyi, 0,70-0,79 arasında olduğunda iyi, 0,60-0,69 arasında olduğunda orta, 0,50-0,59 arasında olduğunda zayıf ve 0,50'nin altında olduğunda ise kabul edilmez ( Akgül, 2003). Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin KMO değeri 0,81 olarak belirlendi. Bu değer 0,50'nin üzerinde olması istenmektedir ve 0,80 ve üzeri değerler oldukça iyi sonuç olarak yorumlanmaktadır. Bu bulgu örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir.



Ölçek uyarlamalarında Barlett's testinin de anlamlı çıkması istenmektedir (Akdağ, 2013). Bu çalışmada da Barlett's test sonucu  $p=0,000$  olarak saptandı. Bu bulgular, verilerin normal dağılım gösterdiği, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğu anlamındadır. Çalışmada açıklayıcı faktör analizi bulgularına göre ölçeğin iki faktörlü yapı gösterdiği belirlendi. Sarah Allison tarafında geliştirilen ölçeğin orijinal'inde ölçek iki faktörlü yapı gösterdiği belirlendi. Faktör 1 ( Bağımlı Bakım); 1-2-3-5-6-8-9-11-13-14-15-16-19-20-23 sorulardan oluşmaktadır. Faktör 2 (İfade Eksikliği); 4-7-10-12-17-18-21-22-24 sorulardan oluşmaktadır (Allison, 2004).

Çalışmada doğrulayıcı faktör analizi bulgularına göre ölçeğin RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'e eşit ya da küçük bulunması doğrulayıcı faktör analizi uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin RMSEA değeri, 0.051 olarak bulundu. Bu değer iyi uyumu göstermektedir. Karşılaştırmalı uyum iyiliği (CFI) 0 dan 1' e doğru arttıkça uyumun olduğunu göstermektedir (Çakır ve Erdoğan, 2014). Buna göre ölçeğin CFI değeri 0,88 kabul edilebilir değerde olduğu söylenebilir. Standardize Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) değerinin 0,10'dan küçük olması uyumun olduğunu gösterdiğinden, SRMR değeri 0,046 ölçeğin uyumlu olduğu söylenebilir. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksleri yeterli bulundu.

## **7.2.Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer deyişle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır. Bir gruba ya da bireye uygulanan testten bireylerin aldıkları puanların, testin her uygulamasında benzer ve kararlı olması beklenir. Kavramsal ve istatistiksel olarak güvenilirlik, bir testteki gerçek farklılıkların, toplam farklılıklara oranıdır (Gözüm ve Aksayan, 2003).

### 7.2.1.İç tutarlılık Güvenirlik Katsayısı:

İç tutarlılık, bir ölçme aracının belirli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu varsayımına dayanan bir kavramdır. Likert tipi bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach Alfa ya da Alfa katsayısı olarak bilinen güvenilirlik ölçütünün kullanılması gerekir. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeğin alfa katsayısı yüksek olur. Likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek alfa katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Güvenirlik Katsayısı literatürde Cronbach alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak ölçeğin güvenilirlik durumu şu şekilde ifade edilmektedir (Akgül, 2003) :  $0,00 < \alpha < 0,40$  arasında ise ölçek güvenilir değildir,  $0,40 < \alpha < 0,60$  arasında ise ölçek düşük güvenilirliktedir,  $0,60 < \alpha < 0,80$  arasında ise ölçek oldukça güvenirlidir,  $0,80 < \alpha < 1,00$  arasında ise ölçek yüksek derece güvenilirdir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı ölçeğin tamamı için 0,77, Faktör 1 (Bağımlı Bakım) için 0,74, Faktör 2 (İfade eksikliği) için 0,50 bulundu. Fizyolojik ölçümlerde 0,90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0,70 kabul edilebilir düzeydedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Orijinal ölçek de ise güvenilirlik katsayıları; ölçeğin tamamı için 0,80, Faktör 1 (Bağımlı Bakım) için 0,81, Faktör 2 (İfade eksikliği) için 0,64 olarak bulunmuştur (Allison, 2004).

### 7.2.2.Test- Tekrar Test Yöntemi:

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (Gözüm ve Aksayan, 2003). Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan test-tekrar test uygulaması 41 hemşireye dört hafta arayla uygulanmış ve test-tekrar test korelasyon değeri  $r=0,79$  olarak bulundu. Her iki ölçüm sonucu arasında çok ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $p<0.000$ ). Literatürde iki uygulama puanları arasında pearson momentler çarpımı korelasyon ile hesaplanan korelasyon katsayısını gösteren "r" değerinin güvenilirlik derecesini belirlediği ifade edilmektedir. Bu değer 1'e yaklaşması ve en az 0,70'in üzerinde olması beklenir. 0.80'in üzerinde olması en tercih edilen değerdir (Çakır ve Erdoğan, 2014). Buna göre

ölçeğin güvenilirlik katsayısının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Orijinal ölçeğin de test-tekrar test korelasyon değeri 0,90 iyi düzeydedir (Allison, 2004). Araştırmada Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'nin test-tekrar test korelasyonunun 0,79 olarak bulunması ölçeğin yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip, oldukça tutarlı bir ölçek olduğunu göstermektedir.

### **7.3. Karşılıklı Bağımlılık Düzeylerinin Tartışılması**

Araştırmada hemşirelerin; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ortalama puanı  $70,65 \pm 11,09$ , bağımlı bakım alt ölçeği ortalama puanı  $40,03 \pm 8,31$ , ifade eksikliği alt ölçeği ortalama puanı  $30,00 \pm 4,91$  olarak belirlendi. Hemşire Karşılıklı bağımlılık ölçeğinden en düşük 24, en yüksek 120 puan alınmaktadır. Ölçek puanlamasına göre, puan düştükçe karşılıklı bağımlılık düzeyi yükselmekte, puan yükseldikçe karşılıklı bağımlılık düzeyi düşmektedir. Literatürde bu ölçeği kullanarak hemşirelerde karşılıklı bağımlılık düzeyini ölçen çalışmalara rastlanmamıştır. Farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda (Self, 2010; Hillborg, 1995; Harrison, 2000; Loucks, 2005) hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde karşılıklı bağımlılığın olduğu belirtilmektedir.

Belyea (2011), lisansüstü seviyede eğitim gören 23 üniversite öğrencisinde, Duygusal Zeka Ölçeği ve Holyoake Karşılıklı Bağımlılık İndeksi kullanılarak yarı deneysel bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma kapsamında öğrenciler karşılıklı bağımlılığa ilişkin bir eğitim oturumunun da bulunduğu madde kullanım çalıştayına katılmadan önce belirtilen ölçekleri doldurmuştur. Seminerin sonunda öğrenciler, karşılıklı bağımlılık ve duygusal zekaya ilişkin ölçekleri tekrar doldurmuştur. İlk ve son testlerden alınan karşılıklı bağımlılığa ilişkin puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış, karşılıklı bağımlılık skorları genel olarak düşük çıkmış ve bu da katılımcıların kendilerini karşılıklı bağımlı olarak görmediğini göstermiştir. Karşılıklı bağımlılık ve duygusal zeka arasında çok az ilişki bulunduğu ya da hiç ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yardım edici mesleklerde çalışan katılımcıların ortalama karşılıklı bağımlılık puanları bu mesleklerde çalışmayanlara nazaran daha yüksek bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Belyea, 2011).

Pardee (2007), Master düzeyindeki danışmanlık öğrencilerinde karşılıklı bağımlılık çalışmasında öğrencilere karşılıklı bağımlılık belirleme ölçeği (Codependency Assessment Tool- CODAT) uygulanmış ve örneklemin ortalama puanı  $48,99 \pm 12,04$  bulunmuştur. Öğrencilerin büyük bölümü düşük karşılıklı bağımlılık aralığında puanlar almış, hiçbir öğrencinin ileri seviyede karşılıklı bağımlılık aralığına girmediği görülmüştür. Programa yeni katılan ve programı bitirmekte olan öğrencilerin toplam CODAT puanları arasında fark saptanmamıştır (Pardee, 2007).

Bynum (2012), yaş ortalamaları  $22,7 \pm 6,81$  olan, 372 kadın, 194 erkek toplam 567 öğrenci ile CODAT (Codependency Assessment Tool) kullanarak yaptığı çalışmada, %64,4 (n=365) düşük düzey karşılıklı bağımlılık, %28,7(n=163) orta düzey karşılıklı bağımlılık, %6,1(n=35) yüksek düzey karşılıklı bağımlılık belirlenmiştir (Bynum, 2012).

Kelly-Rank (2003), yaş ortalamaları  $30,98 \pm 6,1$  olan 14 erkek, 49 kadın toplam 65 Güney Koreli öğrenci ile Friel karşılıklı bağımlılık ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada; % 45’inde düşük-orta düzey, %51’inde orta- yüksek düzey karşılıklı bağımlılık belirlenmiştir (Kelly- Rank, 2003).

Parker ve arkadaşlarının (2003), 520 hemşirelik öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanterinden (CAI) alınan puanların düşük düzeyde olduğu, düşük –orta düzeyde öğrencilerin üçte birlik bir oran oluşturduğu, orta ve yüksek düzeyde %29’unun olduğu, ciddi düzeyde %4’den az bir oran oluşturduğu belirtilmiştir. Karşılıklı bağımlılığın, hemşirelik öğrencilerinin yalnızca küçük bir kısmı için ciddi bir sorun olduğu belirlenmiştir (Parker et al.,2003).

Greenman (1993), hemşire, hemşirelik öğrencisi ve hemşire olmayan 149 kişi ile Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanteri kullanarak yaptığı çalışmada; Hemşirelerin karşılıklı bağımlılık puan ortalamaları  $184,907 \pm 37,86$ , hemşire olmayan kişilerin karşılıklı bağımlılık puan ortalamaları  $174,269 \pm 31,1$ , öğrenci hemşirelerin puan ortalamaları  $177,299 \pm 37,93$  olarak bulunmuştur. Üç grup arasında istatistiksel

olarak bir fark saptanmamıştır. Hemşirelerin %59'u orta ve yüksek seviyede Friel karşılıklı bağımlılık puanları almış oldukları görülmüştür (Greenman, 1993).

Holder ve arkadaşlarının (1994) iki farklı üniversitede 91 hemşirelik öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada, Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanteri kullanılmış ve hemşirelik öğrencilerinin %73,66'sında karşılıklı bağımlılık belirlenmiştir. Bu karşılıklı bağımlılık, hafiften ciddiye doğru bir dağılım göstermiştir. Büyük bir bölümü hafiften-ortaya giden aralık arasındadır. %20,34'ünde karşılıklı bağımlılık tespit edilmemiştir (Holder et al., 1994).

Martsolf ve arkadaşlarının (1999) 77 kadın, 72 erkek yardım edici sağlık meslek personeline karşılıklı bağımlılığı belirlemek için, CODAT karşılıklı bağımlılık ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, 149 yardım edici sağlık personelinin %82'sinde minimal düzeyde karşılıklı bağımlılık, %18'inde orta düzeyde karşılıklı bağımlılık olduğunu belirlemişlerdir (Martsolf et al., 1999).

Martsolf, Sedlak ve Doheny (2000), yaş ortalamaları 73,7 olan 307 kadınla yaptıkları çalışmada, %77'sinde düşük düzeyde, %22'sinde orta düzeyde ve %1'inde ciddi düzeyde karşılıklı bağımlılık belirlemişlerdir (Martsolf et al., 2000).

Self (2010), 202 lisanslı hemşire ile Spann-Fischer Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği'ni (SFCS) kullanarak yaptıkları çalışmada hemşirelerin karşılıklı bağımlılık puanları ortalama  $48,49 \pm 16,52$  (min=17 , max =88 ) olarak saptanmıştır (Self, 2010).

Knudson and Terrell (2012), Kuzey Dakota Üniversitesi'nden 223 lisans öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada, Spann-Fischer karşılıklı bağımlılık ölçeği (SF CDA) uygulanmıştır. Katılımcıların yaklaşık %17,5'inde ileri düzeyde karşılıklı bağımlılık olduğu görülürken, %23,8'inde karşılıklı bağımlılık düzeyinin düşük olduğu, karşılıklı bağımlılık ortalama puanlarının  $47,61 \pm 11,84$  olduğu ve %58,7'sinin ise orta düzeyde karşılıklı bağımlılık gösterdiği belirlenmiştir (Knudson and Terrell, 2012).

Kines (1998), lisans düzeyinde hemşireler arasında karşılıklı bağımlılık eğilimlerinin yaygınlığını belirlemek için Friel Yetişkin, Çocuk/ Karşılıklı Bağımlılık Belirleme Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, ortalama  $23.31 \pm 10.28$ 'lik bir puansaptanmıştır. Puanlar düşük ve yüksek karşılıklı bağımlılık seviyeleri şeklinde kategorize edildiğinde hemşirelerin çoğunluğunda (%58,1) yüksek karşılıklı bağımlılık eğilimi bulunduğu belirlenmiştir. Karşılıklı bağımlılık eğilimi diğer alanlara (yönetim, eğitim ya da araştırma) nazaran doğrudan bakım veren hemşirelerde biraz daha yüksek oranda görülmüştür. Ayrıca lisans diplomasının üzerine fazla eğitime sahip olanların karşılıklı bağımlılık düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Kines, 1998).

Andrew (1992), 1-10 yıl arası aktif olarak hemşire olarak çalışan 88 hemşire ve 300 sağlıklı olmayan kişiler ile hemşirelerde karşılıklı bağımlılık ve kontrol davranışını belirlemek için yapmış olduğu çalışmada hemşireler ile diğerleri arasında karşılıklı bağımlılık düzeyinde farklılık saptanmamıştır (Andrew, 1992).

Hillborg (1995), Friel karşılıklı bağımlılık ölçeğini kullanarak 241 hemşirelik öğrencisi ile yapmış olduğu çalışmada, karşılıklı bağımlılık ortalama puanı  $28,7 \pm 10,5$  olarak bulunmuştur. Hemşire öğrencilerde orta düzeyde karşılıklı bağımlılık olduğu saptanmıştır (Hillborg, 1995).

Harrison (2000), Klinik öncesi ve klinik uygulamaya çıkan hemşirelik öğrencilerinde karşılıklı bağımlılık yaygınlığına baktığı çalışmada; Spann-Fischer karşılıklı bağımlılık ölçeği kullanılmış, klinik öncesi öğrencilerinin ölçekten aldıkları ortalama puanları  $52,50 \pm 11,5$ , kliniğe çıkan öğrencilerin ortalama puanları  $49,35 \pm 14,9$  olarak saptanmıştır. Klinik öncesi öğrencilerin karşılıklı bağımlılık puanlarını ortalamanın üzerinde ve kliniğe çıkan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre kliniğe çıkmayan öğrencilerde orta düzeyde karşılıklı bağımlılık belirlenmiş ve mesleğe girmeden önce öğrencilerin karşılıklı bağımlılık gösterdikleri belirtilmiştir (Harrison, 2000).

Chang (2010), Amerikan (101) ve Tayvanlı (176) öğrenciler ile CODAT karşılıklı bağımlılık ölçeğini ve Rosenberg benlik saygısı ölçeğini kullanarak yaptığı

çalışmada, Tayvanlı öğrencilerde %48,9, Amerikan öğrencilerde %34,6 orta düzeyde karşılıklı bağımlılık düzeyi belirlenmiştir (Chang, 2010).

Loucks (2005) 37 hemşirelik öğrencisinin okula ilk başladıklarında ve okulu bitirirken karşılıklı bağımlılık düzeylerini araştırmış ve okula yeni başlayan hemşirelik öğrencilerinin; % 56,5'i minimal düzeyde, %46,5'i ılımlı düzeyde karşılıklı bağımlılığa sahip oldukları belirlenmiştir. Okulu bitirirken hemşirelik öğrencilerinin; %59,5'i minimal düzeyde, %35,1'ılımlı düzeyde ve %5,1(n=2) orta düzeyde karşılıklı bağımlılık belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin okula başlarken minimal-ılımlı düzeyde karşılıklı bağımlılığa; okulu bitirirken ise minimal-orta düzeyde karşılıklı bağımlılığa sahip olduğu saptanmıştır. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Loucks, 2005).

Chappelle and Sorrentina (1993), 160 hemşire ile Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanteri kullanarak yaptığı çalışmada; hemşirelerin %27'sinde hafif ve orta düzeyde karşılıklı bağımlılık, %13,1'inde orta ve yüksek düzeyde karşılıklı bağımlılık saptanmıştır (Chappelle and Sorrentina, 1993).

Calladini (1997), hemşirelik bakımı ve bağımlılığı algılamaları hakkında altı hemşire ile yaptığı niteliksel bir çalışmada, hemşirelik bakımı ve bağımlılığı algılama düzeylerine bakılmıştır. Bakımı olumlu, bağımlılığı olumsuz algıladıkları belirlenmiştir (Calladini, 1997).

Bu çalışmada kullanılan Hemşire Karşılıklı Bağımlılık ölçeği puanlamasına göre, puan düştükçe karşılıklı bağımlılık düzeyi yükselmekte, puan yükseldikçe karşılıklı bağımlılık düzeyi düşmektedir. 538 hemşirenin ölçekten almış oldukları puanlar ortalamasının çok az altında olarak belirlenmiştir. Türkiye'de hemşirelerin sağlık hizmeti içindeki pozisyonuna bakıldığında, direk hasta bakımında yeterince yer almadıkları görülmektedir. Oysa hemşire hasta ile etkileşimini ancak bakım sırasında kurabilmektedir. Ülkemizde 2011 hemşirelik yasası yayınlanana kadar hemşirelik mesleğinin hekime bağlı olarak çalışan bir meslek grubu olarak tanımlanmış olması, hemşirenin bağımsız rollerine yasalarda yer verilmemesi, ülkemizde çalışan hemşire

sayısının yeterli olmayışı ve hemşire başına düşen hasta sayısının çok fazla olması gibi nedenler hemşirenin bakım verici rolünü yerine getirmesine engel olmuştur. Bu sorunlara rağmen ülkemizde kadınların ve hemşirelerin her zaman verici olarak yetiştirilmeleri bu sonucu açıklayabilir.

#### **7.4.Karşılıklı Bağımlılık ile İlişkili Faktörlerin Tartışması**

##### **7.4.1.Karşılıklı Bağımlılık ile Benlik Saygısı Tartışılması**

Hemşirelerin benlik saygısı düzeylerine göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, benlik saygısı düşük olanlarda hemşire karşılıklı bağımlılık ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Bu sonuç benlik saygısı düşük olanlarda karşılıklı bağımlılık ve ifade eksikliğinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının benlik saygısı düzeyine göre anlamlı fark göstermediği belirlendi ( $p>0.05$ ). Karşılıklı bağımlı bireyler diğer insanlarla öğrenilmiş, uyumsuz bir davranış yöntemi üzerinden iletişim kurarlar. Dışsal kontrol odağına sahiplerdir ve bu onların diğerlerinden gelen övgüler ile yani dışsal olarak öz saygı kazandıkları anlamına gelmektedir. Benlik saygısı düşük olan kişilerde, kendi başlarına karar verememe, bir eyleme başlayamama, bir şeyler yapmak için başkalarının yardımına gereksinim duyma ve gereksinim duydukları kişileri kaybetmemek için onların istediği gibi davranma ve onların isteklerini gerçekleştirme gibi özelliklere sahiptirler, bu da benlik saygısı düşük olan kişilerde karşılıklı bağımlılığın yüksek olmasını açıklamaktadır. Bu aslında önemli bir problem teşkil etmektedir, çünkü karşılıklı bağımlı bir hemşire, hastanın kendi kendinden sorumlu ve bağımsız olmasını teşvik etmektense (övgü ve dolayısıyla özsaygı kazanmak amacıyla) bazı şeyleri hasta adına ve onun yerine gerçekleştirme eğilimi gösterecektir.

Wells ve arkadaşlarının (1999) Beattie karşılıklı bağımlılık ölçeği ve Rosenberg Benlik saygısı ölçeği kullanarak 200 psikoloji eğitimi gören üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada benlik saygısı düşük olanlarda karşılıklı bağımlılığın daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Wells et al.,1999).



Marks ve arkadaşlarının (2012) 301 yetişkin kişi ile yaptıkları çalışmada karşılıklı bağımlılık ile düşük benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Marks et al.,2012).

Fischer ve arkadaşları (1991) 88 erkek ve 140 kadın öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada karşılıklı bağımlılık ile düşük özsaygı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Fischer et al.,1991).

Springer ve arkadaşları (1998) 52'si erkek, 165'i kadın olan 217 psikoloji öğrencisi ile Codependency Assesment Inventory (CAI) ve Rosenberg Benlik Saygısı Envanterini kullanarak yaptıkları çalışmada düşük benlik saygısı ile karşılıklı bağımlılık arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Springer et al., 1998).

Hillborg (1995), Friel karşılıklı bağımlılık ölçeğini kullanarak 241 öğrenci hemşire ile yapmış olduğu çalışmada karşılıklı bağımlılık ile düşük benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (Hillborg, 1995).

Chang (2010), Amerikan ve Tayvan öğrencileri ile yaptığı çalışmada benlik saygısı, karşılıklı bağımlılığı etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur (Chang, 2010).

Cullen and Carr (1999) % 75'i kadın olan 289 psikoloji öğrencisi ile yaptığı çalışmada, yüksek derecede karşılıklı bağımlılık gösteren gruptaki öğrencilerin ilişkilerinde daha fazla zorluk yaşadığını belirtmişlerdir. Bu zorluklar özellikle rol alanları, iletişim, duygusal dışavurum, duygusal bağlılık, kontrol, değerler ve normlar alanlarında öne çıkmıştır (Cullen and Carr, 1999).

Calladini (1997), hemşirelik bakımı ve bağımlılığı algılamaları hakkında altı hemşire ile yaptığı niteliksel bir çalışmada, zayıf karakterde olan, kendi ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çeken, başkalarına karşı davranışlarını kontrol etmede zorluk yaşayan, sağlıklı ilişkiyi sonlandırmada güçlük çeken, kendine özgüveni ve benlik saygısı düşük olanlarda bağımlılığın daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Calladini, 1997).

#### **7.4.2.Karşılıklı Bağımlılık ile Cinsiyet Tartışılması**

Cinsiyete göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyete göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı fark göstermediği ( $p>0.05$ ), bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının ise, kadınlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Toplumumuzda kadının eş ve çocuklarının gereksinimlerini karşılama ve bu uğurda kendi gereksinimlerini hiçe sayma yani “saçını süpürge etme” rolü vardır. Bu rolün ve bu rolden beklentilerin bağımlı bakım ortalama puanlarının kadınlarda erkeklerden daha düşük olmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Dear ve Roberts (2002) yapmış olduğu çalışmada kadınlarda karşılıklı bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu, Martsolf ve arkadaşlarının (1999) ve Chang (2010)’in yapmış oldukları çalışmalarda erkeklerde karşılıklı bağımlılığın daha yüksek olduğu ve Greenman (1993), Irwin (1995), Cullen and Carr (1999), Springer ve arkadaşları (1998), Fuller and Warner (2000), Wells ve arkadaşlarının (1999), Scannell (1992) ve Kelly-Rank (2003)’in yapmış oldukları çalışmalarda ise cinsiyet ile karşılıklı bağımlılık arasında bir ilişki saptanmamıştır.

#### **7.4.3. Karşılıklı Bağımlılık ile Çocukluk ve Gençlik Döneminde (18 yaş altı)**

##### **Yaşanmış Olan Fiziksel, Duygusal ve Cinsel İstismar Sorunlarının Tartışılması**

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından dövüldüğünü belirten hemşirelerde sadece ifade eksikliği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu, bu dönemde fiziksel, duygusal ve cinsel olarak istismar edildiğini belirten hemşirelerde ise hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım alt ölçeği, ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olarak belirlendi ( $p<0.05$ ). Araştırmanın sonucuna bakıldığında; 18 yaş altı çocukluk yıllarında yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın karşılıklı bağımlılığı etkilediği belirlendi. Fiziksel şiddet görmüş ya da fiziksel şiddete tanıklık etmiş olmanın

yarattığı travma, eğer tedavi edilmezse, erişkinlik döneminde kişinin fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bu sebepte çocukluk ve gençlik döneminde fiziksel, duygusal, cinsel istismar deneyimi edinmiş hemşirelerin bu konuya terapötik açıdan yaklaşması gerekmektedir. İstismarda kurbanın istek ve beklentileri dışında istismarı yapan kişinin beklentileri ve ne istediği önemlidir. İstismarı yapan kişi istismara uğrayan kişiye göre güçlü konumdadır ve istismara uğrayan kişi kendini savunamayacak durumdadır. Çocukluk döneminde istismara maruz kalan kişiler sosyal öğrenmenin bir sonucu olarak otorite konumundaki kişiler tarafından ya da haklarının korunamadığı durumlarda istismar edilmeye meyilli olabilmekte, İstismara uğrayan kişi bu süreçte yalnız kaldığı sürece de istismara maruziyet uzun süre devam edebilmektedir. Günümüzde hemşirelik mesleğinin hasta ve işveren memnuniyeti üzerinden değerlendirilmesi, ne kadar çok çalışırsa o kadar iyi hemşire olarak nitelendirilmesi ve çoğu zaman yapılması istenen bu işlerin hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında yer almadığı bilinmesine rağmen beklentilerin bu doğrultuda olması hemşirelerin sömürülmesine zemin hazırlamakta bu nedenle istismar öyküsü olan hemşirelerin karşılıklı bağımlılık ve alt ölçek ortalama puanlarının istismar öyküsü olmayan hemşirelere göre daha düşük olması ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin anne ve babasının hayatta olması ve anne-babasının tutumları ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Parker ve arkadaşlarının (2003), 520 hemşirelik öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada, karşılıklı bağımlılık puanları yükseldikçe, ailesel patoloji bildiren öğrenci oranında anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Aile patolojisini belirleyen sorular içerisinde; bir aile üyesi tarafından cinsel istismara uğramış olmak, bir aile üyesi tarafından fiziksel istismara uğramış olmak, aile dışından birisi tarafından fiziksel istismara uğramış olmak, aile içi şiddete tanık olmuş olmak ve kimyasal bağımlısı bir aile üyesine sahip olmak değişkenleri yer almaktadır. Hiç ailesel patoloji bildirmemiş olan öğrenciler ile en az bir ailesel patoloji türüne maruz kaldığını bildirmiş olan

öğrenciler karşılaştırıldığında da anlamlı bir değer ortaya çıkmıştır. Aile dışından birisi tarafından cinsel istismara uğramış olma değişkeni ile karşılıklı bağımlılık ölçeğinin (CAI)'den yüksek puan alanların oranının artışı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Parker et al., 2003).

Holder ve arkadaşları (1994), iki farklı üniversitede 91 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin %74'ü, Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanterine Göre, karşılıklı bağımlılık özellikleri göstermiştir. Öğrencilerin %69'unun, yetiştirildiği ailede alkolizm, cinsel istismar, fiziksel ya da aile içi şiddet unsurlarından birini deneyimledikleri belirtilmiştir. %58'lik bir kesim ise, işlev bozukluğu ile ilişkili bu faktörler arasından birden fazlasını deneyimlediğini bildirmiştir. Aile işlev bozukluğunu ise; cinsel taciz, madde bağımlılık yada fiziksel şiddet içeren patolojik davranışlara maruz kalmak olarak tanımlamışlardır (Holder et al., 1994).

Roehling ve arkadaşları(1996), duygusal ve fiziksel istismarın, karşılıklı bağımlılık ve ebeveynlerin alkol kullanımı arasındaki korelasyonda bir aracı görevi gördüğünü belirtmiştir (Roehling et al.,1996).

Cullen and Carr (1999), % 75'i kadın olan 289 psikoloji öğrencisi ile yapmış olduğu çalışmada, yüksek, orta ve düşük derecede karşılıklı bağımlılık gösteren grupların genel özelliklerine bakılmıştır. Yüksek derecede karşılıklı bağımlılık gösteren grup ailenin işleyişine ilişkin daha fazla problem bildirmiştir. Bunların arasında özellikle bir görevin başarıyla yerine getirilmesi ve duygusal dışavurum öne çıkmıştır. Yüksek derecede karşılıklı bağımlılık gösteren grup kök ailesinin genel olarak işlevsel bozukluk gösterdiğini düşünmüş, bu sıkıntının da özellikle de rollerin belirli oluşu, iletişimin kalitesi, duygusal dışavurumu, davranışsal kontrol seviyesi ve değer ve normların kalitesi konusunda görüldüğünü ifade etmişlerdir. Ayrıca bu grupta ebeveynlerde akıl sağlığı sorunu insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek derecede karşılıklı bağımlılık gösteren grup, ebeveynlerinde alkol ve madde kötüye kullanımı insidansına ya da çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara dair daha fazla bildirimde bulunmamışlardır (Cullen and Carr, 1999).

Self (2010), 202 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin karşılıklı bağımlılık puanları kök aile içerisinde fiziksel şiddete tanıklık etmiş ya da deneyimlemiş olmak değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı değişiklikler göstermiştir. Kök aile içerisinde fiziksel şiddete tanıklık etmiş ya da deneyimlemiş olan hemşireler bu deneyimi yaşamamış olanlara göre daha yüksek karşılıklı bağımlılık puanları almışlardır. Hemşirelerin karşılıklı bağımlılık puanları ile zihinsel rahatsızlık öyküsü olan ebeveyne ya da bakıcıya sahip olmak karşılaştırıldığında, zihinsel rahatsızlık öyküsü bulunan bir ebeveyn ya da bakıcıya sahip olan hemşireler olmayanlara göre daha yüksek karşılıklı bağımlılık puanları almışlardır (Self, 2010).

Martsof ve arkadaşlarının (1999) , 77 kadın ve 72 erkek yardım edici sağlık meslek personeline karşılıklı bağımlılığı belirlemek için yapmış oldukları çalışmada, özellikle erkeklerin daha fazla kök aile problemi bildirdikleri, benliğini gizleme semptomuna daha yatkın oldukları ve genel CODAT puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Martsof et al., 1999).

Harkness (2001), kök ailede madde kullanımı ve bunun çocuklarda görülen çözülme ve karşılıklı bağımlılıkla olan ilişkisini incelemek amacı ile yapmış olduğu çalışmada; on erişkin kişiye bir dizi psikolojik test uygulanmış ve danışmanların değerlendirdiği yarı yapılandırılmış ve kayıt altına alınmış mülakatlarla değerlendirme yapılmıştır. Kök ailede madde kullanımının çocukları travmaya maruz bıraktığı varsayımıyla yola çıkılan bu çalışmada çözülmenin, kök ailede madde kullanımı ile çocukta karşılıklı bağımlılığın arasında bir aracı rolü gördüğü hipotezini test etmiştir. Kök ailede madde kullanımı, bu ailenin çocuklarında çözülme ve yine çocuklarda karşılıklı bağımlılığın birbiriyle bağlantılı olduğu görülmesine karşın çözülmenin kök ailede madde kullanımı ile çocukta karşılıklı bağımlılık arasındaki ilişkide bir aracı rolü gördüğü tezini destekleyecek bir bulguya rastlanmamıştır (Harkness, 2001).

Knudson and Terrell (2012) 139 kadın, 84 erkek toplam 223 üniversite öğrencileri ile Span- Fischer Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, erişkinlikte ortaya çıkan karşılıklı bağımlılığın çocukluk döneminde algılanan ebeveynler arası çatışma ile ilişkili ancak kök ailede ebeveyn madde kötüye

kullanımından bağımsız olduğunu saptamışlardır. Ayrıca karşılıklı bağımlılığın algılanan ebeveynler arası çatışmaya ilişkin anılarda yüksek oranda tehdit, kendini suçlama hisleri ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Knudson and Terrell, 2012).

Scannell (1992), hemşirelerde karşılıklı bağımlılığın tükenmişlikle ilişkisi adlı çalışmasında 346 hemşire ile çalışmış ve ailesinden şiddet gören hemşirelerde karşılıklı bağımlılık düzeyini üç kat daha fazla bulmuştur (Scannell, 1992).

Sabater (2006), evli ya da bir ilişkisi mevcut bulunan 156 kadın ile Spann-Fischer Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada; eşleri alkol ve madde kullanan kadınlarda karşılıklı bağımlılık kullanmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. İşlevsiz ailelerde karşılıklı bağımlılık yüksek bulunmuş ve sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlı çıkmıştır (Sabater, 2006).

Chang (2010), Amerikan ve Tayvan öğrenciler ile yaptığı çalışmada, her iki kültürel grupta da aile işlevselliği ve psikososyal uyumun karşılıklı bağımlılığı etkileyen bir faktör olarak saptanmıştır (Chang, 2010).

Greenman (1993), hemşire, hemşirelik öğrencisi ve hemşire olmayan 149 kişi ile Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanteri kullanarak yaptığı çalışmada, katılımcıların ailelerinde % 58,6'sı alkol ve madde, % 25'i yeme bozukluğu, %24'ünde kronik hastalıkların olduğunu belirtmişlerdir. Ailesinde kronik hastalık olan kişiler ile karşılıklı bağımlılık arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Greenman, 1993).

Marks ve arkadaşlarının (2012) 105 erkek ve 196 kadın toplam 301 yetişkin kişi ile yaptıkları çalışmada, karşılıklı bağımlılık ile aile işlevselliğinin bozuk olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Marks et al.,2012).

Fuller and Warner (2000), ailesel stresörler ve karşılıklı bağımlılık adlı çalışmasında 176'sı kadın, 81'i erkek toplam 257 lisans öğrencisi ile yaptığı çalışmada, Spann Fischer Karşılıklı Bağımlılık Ölçeğinden ailesinde stresör bulunanların ortalama puanı, ailesinde stresör bulunmayanların ortalama puanı

M=43,50±9,60 olarak belirlenmiş ve arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Potter-Efron Karşılıklı Bağımlılık Belirleme Ölçeğinde ailesel stresörü bulunanların ortalama puanı M=42,31±5,18, ailesel stresörü bulunmayanların ortalama puanı M=40.66±5.20 olarak belirlenmiş ve arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Her iki karşılıklı bağımlılık ölçeği puan ortalamaları ile ailesinde stresör bulunan öğrenciler arasında yüksek anlamlılık saptanmıştır (Fuller and Warner, 2000).

Chappelle and Sorrentina (1993), 160 hemşire ile Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanteri kullanarak yaptığı çalışmada; Hemşirelerin işlevsiz aile geçmişleri ile ilgili alkol bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı, kompulsif kumar oynama, anoreksia, bulimia, cinsel istismar, çocukluk istismarı, fiziksel istismar ve akıl sağlığı sorulmuştur. Çalışmanın en ilginç bulgusu hemşirelerin %57'si bu tür sorulara cevap vermemişlerdir. Soruların cevaplanmamış olmasında çıkan sonuçların anlamlılığının etkilenmesine neden olmuştur (Chappelle and Sorrentina, 1993).

Bruno (1990), Arizona eyaletinde bir klinikte yatan ve DSM III tanısı almış 160 yetişkin hasta ile yapmış olduğu çalışmada, çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismar yaşamış olan kişilerde karşılıklı bağımlılık düzeyinin arttığı tespit etmiş ve aralarında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki saptanmıştır. Ebeveyyerinde kimyasal kötüye kullanım olanlarda karşılıklı bağımlılık düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Bruno, 1990).

Fischer ve arkadaşlarının (1991) 88 erkek ve 140 kadın öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada kök ailede işlev bozukluğu ile karşılıklı bağımlılık arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (Fischer et al.,1991).

#### **7.4.4.Karşılıklı Bağımlılık ile Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Problemi Yaşama**

##### **Durumunun Tartışılması**

Fiziksel sağlık problemi olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (  $p<0.05$ ). İfade eksikliği alt

ölçeği puan ortalamasının fiziksel sağlık probleminin olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ( $p>0.05$ ). Ruhsal sağlık problemi olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Bu sonuca göre fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri karşılıklı bağımlılığı etkileyen bir faktör olarak saptandı. Diğerleriyle ilgilenmek elbette ki hemşirelerin en önemli niteliklerinden biridir. Karşılıklı bağımlılığın paradoksu bu bakım aktivitesinin diğerleri üzerine odaklanmış görünürken aslında ben merkezci oluşudur. Bakım bir eziyete dönüşecek derecede aşırı bir noktaya ulaştığında sorun yaratmakta ve kişinin duygusal ve fiziksel sağlığını tehdit eder hale gelmektedir. Diğerlerine çok fazla bakım göstermek aslında onların sorumluluklarını üstlenmek ve kendilerinden sorumlu olmalarına izin vermemek anlamına gelmektedir. Karşılıklı bağımlılık kişinin kendini göz ardı ederek fedakarlık ve özveride bulunmasıdır. Fedakarlık ve özveri kendi ihtiyaçlarını bir kenarda bırakıp karşısındaki kişilerin ihtiyaçlarını ön plana almaktır. Bir tarafta kendi ihtiyaçları bir taraf da karşıdaki ihtiyaçları bir anda hissettiği zaman fiziksel ve ruhsal olarak yetersiz kalacak ve rahatsızlıklara zemin hazırlayacaktır. Bu nedenle karşılıklı bağımlı kişilerde fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerinin daha fazla görüldüğü ifade edilebilir.

Hemşirelerin ailelerinde fiziksel ve ruhsal sağlık probleminin varlığı ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım alt ölçeği ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

Scannell (1992), 346 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada ailesinde kronik fiziksel ve psikolojik bir rahatsızlık var ise daha fazla karşılıklı bağımlılık riski taşıdığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca hemşirenin kendisinde obsesif-kompulsif rahatsızlık olanlarda karşılıklı bağımlılık daha fazla bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Scannell, 1992).



Hillborg (1995), Friel karşılıklı bağımlılık ölçeğini kullanarak 241 öğrenci hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, hastalıklarla karşılıklı bağımlılık arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulmuştur. Stres ile karşılıklı bağımlılık arasında orta düzeyde, pozitif bir ilişki belirlemiştir (Hillborg, 1995).

Bynum (2012), 372 kadın, 194 erkek toplam 567 öğrenci ile CODAT kullanarak yaptığı çalışmada, öfke ve anksiyete ile karşılıklı bağımlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Bynum, 2012).

Cullen and Carr (1999), % 75'i kadın olan 289 psikoloji öğrencisi ile yapmış olduğu çalışmada, yüksek derecede karşılıklı bağımlılık gösteren grupta genel olarak daha fazla psikolojik semptom bildirilmiştir. Bu semptomlar anksiyete, depresyon, bedensel şikayetler ve sosyal işlev bozukluğu gibi geniş bir yelpazeye yayılmıştır (Cullen and Carr, 1999).

Fischer ve arkadaşları (1991) 88 erkek ve 140 kadın öğrenci ile yapmış oldukları çalışmada, karşılıklı bağımlılık ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Fischer et al.,1991).

Kines (1998), İngiliz Kolumbiyası'nda çalışmakta olan lisans düzeyinde hemşireler ile yaptığı çalışmada, hemşirelerden çoğu işte kendi üzerlerine düşen görevi yerine getirdiklerine ve çoğunlukla bundan daha fazlasını yaptıklarına inanmakta ve şu anda yaptıklarından daha fazlasını yapabiliyor olmayı istediklerini belirtmişlerdir. Çoğu, son zamanlarda yorgun hissettiğini söylemekte ve kendilerinden çok başkalarını düşündüklerini itiraf etmektedir. Bunun yanı sıra, bu hemşirelerin çoğu, yakınlarından gelen yardım taleplerine; bu taleplerin gerekenden fazla olduğuna inansalar da, “evet” dediklerini kabul etmiştir (Kines, 1998).

Sherman (2008), 120 kadın üniversite öğrencisi ile CODAT kullanarak yaptığı çalışmada, karşılıklı bağımlılık olanlarda durumluluk ve süreklilik anksiyetesi arasında anlamlılık yüksek bulunmuştur. Karşılıklı bağımlı olan kişilerin bilinmeyeninden daha fazla korktukları belirlenmiştir (Sherman, 2008).

Bruno (1990), Arizona eyalatinde bir klinikte yatan ve DSM III tanısı almış 160 yetişkin hasta ile yapmış olduğu çalışmasında, major depresyon, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu olanlar ile karşılıklı bağımlılık arasında yüksek pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Bunun yanında kişinin kimyasal bağımlılığı artarken karşılıklı bağımlılığının azaldığı tespit edilmiş ve ikisi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (Bruno, 1990).

#### **7.4.5.Karşılıklı Bağımlılık ile Medeni Durum Tartışılması**

Hemşirelerin medeni durumları ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ). Karşılıklı bağımlılık ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatür incelemesi sonucu karşılaşılan çalışmaların çoğunda karşılıklı bağımlılık ile medeni durum ilişkisi sonuçlarına çok az rastlanmıştır.

Harrison (2000), klinik öncesi ve kliniğe çıkan hemşirelik öğrencilerinde karşılıklı bağımlılık yaygınlığına baktığı çalışmada; medeni durum ile karşılıklı bağımlılık arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Harrison, 2000).

Kelly-Rank (2003), 49 kadın toplam 65 Güney Koreli öğrenci ile yaptığı çalışmada, medeni durum ile karşılıklı bağımlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Kelly- Rank, 2003).

Cullen and Carr (1999), % 75'i kadın 28 psikoloji öğrencisi ile yapmış olduğu çalışmada, karşılıklı bağımlılık ile medeni durum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Cullen and Carr, 1999).

#### 7.4.6.Karşılıklı Bağımlılık ile Eğitim Düzeyi Tartışılması

Hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ). İfade eksikliği alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile hemşirelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). Lisans ve lisans üzeri eğitim düzeyi olan hemşirelerin, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu hemşirelere göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ve bağımlı bakım alt ölçeği ortalama puanları daha yüksek olduğu belirlendi. Karşılıklı bağımlılığın lisans ve lisans üzeri hemşirelerde daha düşük görüldüğü belirlendi. Bu sonuç hemşirelerin almış oldukları eğitimin, mesleğe ve hasta bakımına yaklaşımlarının daha farklı olduğunu düşündürmektedir.

Kines (1998), İngiliz Kolombiyası'nda çalışmakta olan lisans düzeyinde 273 hemşire arasında karşılıklı bağımlılık eğilimlerinin/sorunlarının yaygınlığını belirlemek için yaptığı çalışmada hemşirelik eğitiminde yalnızca diploma almış olan hemşirelerdeki karşılıklı bağımlılık prevalansının, hemşirelik eğitiminde diplomadan fazlasına sahip olanlara göre biraz daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, istatistiksel açıdan anlamlı olmasına karşın, gruplar arasındaki gerçek farkların bu alan için de çok yoğun olmadığı tespit edilmiştir. Ortalama karşılıklı bağımlılık skorları hemşirelik mesleği dâhili ve haricinde alınan eğitimin düzeyi üzerinden değerlendirildiğinde de istatistiksel açıdan anlamlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Bu da, hemşireler arasındaki karşılıklı bağımlılık eğilimleri/sorunlarının, hemşirelik mesleği dâhili ve haricinde alınan eğitimin düzeyinden bağımsız olarak, ortalamada aynı olduğunu göstermiştir (Kines, 1998).

Greenman (1993), hemşire, hemşirelik öğrencisi ve hemşire olmayan 149 kişi ile Friel Karşılıklı Bağımlılık Değerlendirme Envanteri kullanarak yaptığı çalışmada; yaş ortalamaları  $34,07\pm 8,4$  olan, 125 kadın, 24 erkek ile çalışmıştır. Karşılıklı bağımlılık ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Greenman, 1993).

Scannell (1992), 346 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada eğitim yükseldikçe karşılıklı bağımlılığın arttığını belirlenmiştir. Ayrıca yönetimde çalışan hemşirelerin hasta bakımında çalışan hemşirelere göre karşılıklı bağımlılık düzeyleri daha düşük olarak belirlenmiştir (Scannell, 1992).

Sabater (2006), evli ya da bir ilişkisi bulunan ve yaş ortalamaları  $38,20 \pm 11,77$  olan 156 kadın ile Spann-Fischer Karşılıklı bağımlılık ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada; eğitim ile karşılıklı bağımlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sabater, 2006).

#### **7.4.7.Karşılıklı Bağımlılık ile Yaş Tartışılması**

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarına bakıldığında; 17-57(min-max) arasında olduğu ve ortalama  $30,836 \pm 7,337$  olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşları ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım alt ölçeği ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (  $p > 0.05$ ). Yapılmış olan bir çok çalışmada yaş faktörü karşılıklı bağımlılığını etkileyen bir faktör olarak ele alınmamıştır (Scannell (1992), Sabater (2006), Greenman (1993), Bynum (2012), Harrison (2000), Fuller and Warner (2000), Chang (2010), Knudson and Terrell (2012), Holder et al.,(1994).

Kines (1998), lisans düzeyinde 273 hemşire ile yaptığı çalışmada, karşılıklı bağımlılık ile yaş arasında düşük negatif bir korelasyon olduğunu belirlemiştir. Bu fark, deneyim süresi kontrol altında tutulduğunda da görülmüştür. Bir diğer düşük negatif korelasyon da karşılıklı bağımlılık ile hemşirelikteki deneyim süresi arasında görülmüştür. Ancak yaş kontrol altında tutulduğunda bu korelasyon istatistiksel anlamda ortadan kalmıştır (Kines, 1998).

Kelly-Rank (2003), 49 kadın toplam 65 Güney Koreli öğrenci ile yaptığı çalışmada, yaş ile karşılıklı bağımlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamıştır (Kelly-Rank, 2003).

Cullen and Carr (1999), % 75'i kadın olan 289 psikoloji öğrencisi ile yapmış olduğu çalışmada, karşılıklı bağımlılık ile yaş arasında anlamlı bir fark saptamamıştır (Cullen and Carr, 1999).

#### **7.4.8.Karşılıklı Bağımlılık ile Hemşirelerin Çalışma Şekli ve Sürelerinin Tartışılması**

Hemşirelerin gece ve vardiya şeklinde çalışanlarda hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (  $p < 0.05$ ).Yapılan ileri analiz sonucu anlamlılığın nöbet şeklinde çalışan grup ile diğer gruplar arasında olduğu belirlendi. Yapılmış olan araştırmalarda karşılıklı bağımlılık ile hemşirelerin çalışma şekilleri faktörü incelenmemiştir. Araştırma sonucunda nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin karşılıklı bağımlılık puan ortalamaları gündüz, gece ve vardiya şeklinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bize nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin uzun süreli çalışmalarına rağmen nöbette bulunan hemşire sayısının az olması nedeni ile iş yüklerinin fazla olmasının bağımlılık geliştirme olasılıklarının az olabileceğini söyleyebiliriz.

Scannell (1992), 346 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, meslekte çalışma yılını karşılıklı bağımlılığı etkileyen bir faktör olarak bulmuş ve meslek süresi az olanlarda karşılıklı bağımlılığın daha fazla olduğunu belirtmiştir (Scannell, 1992).

Andrew (1992), 1-10 yıl arası hemşire olarak çalışan 88 hemşire ve 300 hemşire olmayan kişi ile yaptığı çalışmada, hemşirelerde karşılıklı bağımlılık ile çalışma yılları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır (Andrew, 1992).

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerde karşılıklı bağımlılık ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın birinci bölümünde hemşirelerin karşılıklı bağımlılık düzeylerini belirlemek için 2004 yılında Allison tarafından geliştirilen Staff Nurse Codependency Questionnaire (NCQ) ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği yapıldı. Araştırmanın ikinci bölümünde hemşirelerin karşılıklı bağımlılık düzeyleri ve ilişkili faktörler belirlendi.

### 8.1. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği Geçerliliği ve Güvenirliği Çalışmalarına İlişkin Sonuçlar

Ölçeğin dil geçerliliği çeviri ve geri çeviri yöntemiyle yapıldı ve Türk toplumu için uyarlaması yapılan ölçeğin özgün Staff Nurse Codependency Questionnaire (NCQ) İngilizce formu ile dil açısından eşdeğerliliği sağlandı. İçerik geçerliliğinde ölçeğin Türkçe formunun maddelerinin uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği açısından uzmanlar tarafından görüş alınarak, uygunluğu için görüş birliği olduğu saptandı.

Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği (Staff Nurse Codependency Questionnaire), iki faktörlü (Faktör 1, Bağımlı Bakım; Faktör 2 İfade Eksikliği) 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  güvenirlik katsayısı ölçeğin tamamı için 0,77, Faktör 1 (Bağımlı Bakım) için 0,74, Faktör 2 (İfade eksikliği) için 0,50 olarak tespit edildi. Yapılan test-tekrar test güvenirliği sonucunda iki ölçüm arasında korelasyon katsayısı 0,786 olarak bulundu. Her iki ölçüm sonucu arasında çok ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $p<0.000$ ).

Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği uzman görüşleri ve istatistiksel analizleri sonucunda yüksek geçerlilik ve güvenirliğe sahip olduğu, Türk toplumunda “Hemşirelerde Karşılıklı Bağımlılık” düzeylerini belirlemek amacı ile kullanılabilir bir ölçek olduğu saptandı.

## 8.2.Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmaya katılan hemşirelerin %89'u kadın, % 11'i erkektir. Hemşirelerin medeni durumlarının, % 64,1'inin evli , % 35,9'u bekar oldukları belirlendi. Eğitim durumlarına bakıldığında; % 65,5'i lisans ve üzeri, %17,5'i sağlık meslek lisesi ve %16.5' ön lisans mezunu olduğu saptandı, hemşirelerin yaş ortalamaları; 17-57 (min-max) arasında olduğu ve ortalama  $30,836 \pm 7,337$  olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çalışma özelliklerine ilişkin bulguların sonucuna göre; hemşirelerin % 29,4'ü 1-5 yıl, %27,7'si 6-10 yıl, %13,2'si 15-20 yıl, %12,3'ü 11-15 yıl, %9,3'ü 21 yıl ve üzeri, % 8,2'si bir yıldan az süredir meslekte çalıştıkları belirlendi. Hemşirelerin; % 45'i gündüz, %27,5'i vardiya, %20,1'i nöbet , %7,4'ü gece olarak çalıştıkları, %56,1'inin çalışma şeklinin düzenli, % 43,9'unun çalışma şeklinin düzensiz olduğu ve % 61,9'unun sekiz saat, % 37'sinin 16 saat ve üzeri, %1,1'inin 12 saat süre ile çalıştıkları belirlendi. Hemşirelerin, %32,5'inin yoğun bakım, % 24,2'sinin cerrahi klinikler, % 23,4'ünün dahili klinikler ,%19,8'inin diğer (Poliklinik ve Yönetim gibi) kliniklerde çalıştıkları ve % 68,4'ünün mesleki bir derneğe üye olmadıkları saptandı.

Hemşirelerin, % 93,3'ünün annelerinin hayatta olduğu ve annesinin kendisine karşı tutumunun, % 68,6'sının koruyucu, % 16,7'sinin demokrat, % 11,5'inin otoriter ve % 3,2'sinin ihmal ettiğini ifade ettiği belirlendi. Hemşirelerin,% 79,4'ünün babalarının hayatta oldukları ve babasının kendilerine karşı tutumlarının; % 50,7'sini koruyucu, %22,9'unun demokrat, % 20,3'ünün otoriter ve %6,1'inin ihmal ettiğini ifade ettiği belirlendi.

Hemşirelerin alışkanlıkları ile ilgili özelliklerde; %91,8'in internet kullandıkları, %69,5'inin 1-2 saat, %16,'sının üç-dört saat süre ile internet kullandıkları, %8,2'sin internet kullanmadıkları, %71,9'unun sigara, % 84,9'unun alkol ve %98,7'sinin madde kullanmadıklarını belirlendi.

Hemşirelerin, %10,8'inin fiziksel sağlık probleminin, %5,6'sının ruhsal sağlık probleminin olduğu belirlendi. Hemşirelerin, %16,7'sinin ailelerinde fiziksel sağlık

sorunu olduğu ve %7,4'ünün ailelerinde ruhsal sağlık sorunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin sağlık sorunu olduğunda, % 70,3'ünün geçmesi için beklerim geçmez ise hemen sağlık merkezine başvururum şeklinde ifade ettiği belirlendi.

Hemşirelerin ocukluk ve gençlik dönemlerinde (18 yaş altı); % 10,2'si dövüldüğünü, % 10,4' tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi bir kişinin olduğunu, %8,2'sinin fiziksel olarak ihmal edildiğini, %8,2'sinin duygusal olarak ihmal edildiğini, %5,2'sinin cinsel olarak yaklaşan yada dokunan yabancıların olduğunu ve % 3,2'sinin aile bireylerinde ve akrabalarında cinsel olarak yaklaşımda bulunulduğunu ifade ettikleri belirlendi.

### **8.3. Hemşirelerin Karşılıklı Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkili**

#### **Sonuçlar**

Hemşirelerin; hemşire karşılıklı bağımlılık leği toplam puan ortalaması 70,65±11,08, bağımlı bakım alt leği toplam puan ortalaması 40,03±8,31, ifade eksikliği alt leği toplam puan ortalaması 30,00 ±4,91 ve Rosenberg benlik saygısı leği puanı ortalaması 22,67±4,14 olarak saptandı.

Benlik saygısı düşük olanlarda hemşire karşılıklı bağımlılık toplam puan ortalaması ve ifade eksikliği alt leği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Benlik saygısı düzeyine göre bağımlı bakım alt leği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği belirlendi ( $p>0.05$ ).

Cinsiyete göre bağımlı bakım alt leği puan ortalamasının kadınlarda 39,72±8,08, erkeklerde 42,57±9,67 olduğu ve kadınlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Cinsiyete göre hemşire karşılıklı bağımlılık leği toplam puan ortalaması ve ifade eksikliği alt leği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

Eğitim düzeylerine göre hemşirelerin, lisans ve lisans üzeri eğitim düzeyi olan hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık leği toplam puan ortalaması 71,77±11,08



ve bağımlı bakım alt ölçeği toplam puan ortalaması  $41,00 \pm 8,21$  olarak belirlendi. Hemşirelerin eğitim durumları ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin eğitim durumları ile ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Fiziksel sağlık problemi olduğunu belirten hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $67,00 \pm 10,78$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $37,03 \pm 7,47$  olarak belirlendi. Fiziksel sağlık problemi olmadığını belirten hemşirelerin karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $71,09 \pm 11,05$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamaları  $40,39 \pm 8,34$  olarak bulundu. Fiziksel sağlık problemi olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). İfade eksikliği alt ölçek puan ortalamasının fiziksel sağlık probleminin olma durumuna göre anlamlı fark göstermediği belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Ruhsal sağlık problemi olduğunu belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $64,50 \pm 9,77$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $36,26 \pm 7,55$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,23 \pm 4,65$  olarak belirlendi. Ruhsal sağlık problemi olmadığını belirten hemşirelerin, karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $71,01 \pm 11,06$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $40,25 \pm 8,30$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $30,76 \pm 4,89$  olarak saptandı. Ruhsal sağlık problemi olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından dövüldüğünü belirten hemşirelerin ( $n=55$ ), ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının  $29,34 \pm 5,01$ , böyle bir durum olmadığını belirtenlerin ise  $30,76 \pm 4,88$  olduğu belirlendi, dövüldüğünü belirten hemşirelerde ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından

dövülme durumuna göre, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından tehdit edildiğini belirten hemşirelerin ( $n=56$ ), hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $67,62\pm 9,76$ , bağımlı bakım altölçeği puan ortalaması  $38,67\pm 7,63$ , ifade eksiliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,94\pm 4,93$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından tehdit edildiğini belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından fiziksel olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $66,61\pm 11,35$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $37,56\pm 8,60$ , ifade eksiliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,04\pm 4,97$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından fiziksel olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından duygusal olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $67,31\pm 10,25$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $38,43\pm 7,87$ , ifade eksiliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,88\pm 4,67$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde herhangi biri tarafından duygusal olarak ihmal edildiğini belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

18 yaş altı çocukluk döneminde cinsel olarak yaklaşan bir yabancı olduğunu belirten hemşirelerin, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği puan ortalaması  $65,78\pm 9,01$ , bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması  $37,14\pm 6,78$ , ifade eksiliği alt ölçeği puan ortalaması  $28,64\pm 4,96$  olarak belirlendi. 18 yaş altı çocukluk döneminde cinsel olarak

yaklaşan bir yabancı olduğunu belirten hemşirelerde, hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

Hemşirelerin internet kullanımına göre hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının anlamlı fark göstermediği ( $p>0.05$ ), ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamasının ise internet kullanmayanlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin günlük internet kullanım süresi ile hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması, bağımlı bakım alt ölçeği ve ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalamalarının anlamlı fark göstermediği saptandı ( $p>0.05$ ).

Çalışma saatlerinin düzenli olmadığını belirten hemşirelerin ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,97\pm 4,55$ , çalışma saatlerinin düzenli olduğunu belirten hemşirelerin ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $31,12\pm 5,25$  olarak belirlendi. Çalışma saatlerinin düzenli olmadığını belirten hemşirelerde ifade eksikliği alt ölçeğinden alınan puan ortalamasının istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Çalışma saatlerinin düzenli olmadığını belirten hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında anlamlı fark göstermediği saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre gece çalışanların hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $68,02\pm 10,85$ , bağımlı bakım alt ölçeği ortalama puan ortalaması  $38,70\pm 8,62$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,32\pm 4,33$  olarak belirlendi. Vardiyalı çalışan hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması  $69,61\pm 10,55$ , bağımlı bakım alt ölçeği ortalama puan ortalaması  $39,68\pm 7,66$ , ifade eksikliği alt ölçeği puan ortalaması  $29,93\pm 4,61$  olarak belirlendi. Gece ve vardiyalı çalışan hemşirelerin hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

Sonuç olarak, Hemşirelerin; hemşire karşılıklı bağımlılık ölçeği ortalama puanı  $70,65 \pm 11,08$ , bağımlı bakım alt ölçeği ortalama puanı  $40,03 \pm 8,31$ , ifade eksikliği alt ölçeği ortalama puanı  $30,00 \pm 4,91$  olarak belirlendi. Bağımlı bakım alt ölçeği puan ortalamasının kadınlarda istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı. Hemşirelerde, benlik saygısı düşüklüğü, 18 yaş altı çocukluk döneminde yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, fiziksel ve psikolojik sağlık problemlerinin var olması, eğitim düzeyleri, çalışma şekilleri ve çalışma saatlerinin düzenli olup olmamasının karşılıklı bağımlılık ile ilişkili faktörler olduğu belirlendi.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Bu çalışma, tek bir ilde bulunan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Bulguların genellenilebilirliğini arttırmak açısından daha büyük örneklemlerle çalışmaların yapılması,
2. Benlik saygısının karşılıklı bağımlılık gelişiminde önemli bir faktör olduğunu düşünürsek, kişilerin benlik saygılarını geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanması,
3. Eğitim düzeyinin hemşirelerin karşılıklı bağımlılık düzeylerini etkilediği ve eğitim düzeyi düşük olanlarda karşılıklı bağımlılığın daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelikte eğitim düzeyinin bu sonuçlar doğrultusunda değerlendirilmesi,
4. 18 yaş altı çocukluk döneminde fiziksel, duygusal, cinsel istismar öyküsü bildiren hemşirelerde karşılıklı bağımlılığın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle gerek hemşirelik öğrencilerinde, gerekse hemşirelerde fiziksel, duygusal, cinsel istismar öyküsünün araştırılması ve bu tür öykü bildirenlere yönelik rehabilitasyon uygulamalarının yapılması,

5. Gelecekte yapılacak çalışmalarda karşılıklı bağımlılığın, özel olarak kök ailede madde kötüye kullanımı olan katılımcılardan oluşan bir örneklem üzerinde değerlendirilmesi,
6. Karşılıklı bağımlılığın, ebeveynler arası çatışmayla olan ilişkisi bağlamında değerlendirilmesini kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 9.KAYNAKLAR

Aiken LR. (2000) Rating Scales and Checklist Evaluating Behaviour Personality and Attitudes. New York. John Wiley & Sons Inc.

Akdağ M. (2013). SPSS'de İstatistiksel Analizler.iys.inonu.edu.tr /webpanel/dosyalar/ 669/fil / SPSS%20 testleri.doc.

Akgül A. (2003) İstatistiksel Analiz Teknikleri, Emek Ofset Ltd.Şti. Ankara.

Aksayan S. ve Gözüm S. (2002) Kùltürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. ölçek uyarlama aşamaları ve dil aşamaları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4: 9-20.

Alexander LED. (1992) Measuring Codependency: Construct Validation of The Individual Outlook Test a Thesis Submitted to The Faculty of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of The requirements for The Degree of Master of Science.

Allison S. (2004) Nurse codependency: Instrument development and validation. Journal of Nursing Management, 12(1), 63-75.

Allison S. (2005) Biographic and psychobehavioral influences on body mass index in a nursing sample. Western Journal of Nursing Research, 27(1), 7-20.

Alpar R. (2003) Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlere Giriş-1.Ankara. Nobel Yayın Dağıtım.

Ançel G. (2012) Karşılıklı bağımlılık kavramı: Hemşirelikle ilişkisi ve karşılıklı bağımlılığı belirleme araçları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12-1,70-78.

Ançel G. ve Kabakçı E. (2009) Psychometric properties of the turkish form of codependency assessment tool. Archives of Psychiatric Nursing, 23 (6), 441-453.

Andrew EC. (1992) Codependency and Locus of Control Among Practising Nurses. A Thesis Submitted to The Faculty of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Education in Counselling Psychology.

Bagheri P. (2005) Predictors of Codependency Among European American and Mexican American College Females. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Doctor of Philosophy Degree, University of La Verne.

Balcı A. (2001) Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem Teknik ve İlkeler (3.bs.). Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Bauer AN., Cetn, RN, Honba, B. (2001) Codependence is it a home healthcare Concern? Home Healthcare Nurse, vol. 19, No. 7.

Belyea LD. (2011) The Effect of An Educational Intervention on The Level of Codependency and Emotional Intelligence Among Graduate Counseling Students. Submitted to The Graduate School of Wayne State University, Detroit, Michigan In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Doctor of Philosophy .

Bruno MD. (1990) The Relationship of Family of Origin and Codependency. A Thesis Submitted to The School of Family and Consumer Resources in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Arts With a Major in Counseling and Gui Dance in The Grauate College The University of Arizona.

Burris TC. (1999) Stand by Your (Exploitive) Man: Codependency and Responses to Performance Feedback. Journal of Social and Clinical Psychology, vol. 18, No. 3.

Bynum D. (2012) The Development and Testing of the Codependency Overeating Model in Undergraduate Social Science Students in A Mississippi college. A Dissertation Submitted to The Graduate Faculty of The University of Mississippi Medical Center in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy in Nursing. University of Mississippi.

Caccamise L. (1996 ) Codependency: A New Personality Disorder? Presented in Partial Fulfillment of The Requirements for The Master of Arts Degree in Psychology. Salisbury State University.

Çakır G ve Erdoğan M. (2014) Öğrenen güçlenmesi ölçeğinin uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11/25.s:297-307.

Calladine ML. (1997) A Descriptive Study of Nurses Perceptions of Caring and Codependency Within Nursing. A thesis Submitted to The Faculty of O'youville College School of Health and Human Services in Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Master of Science in Community Health Nursing Buffalo, NY.

Chang SH. (2010) Codependency Among College Students in The United States and Taiwan: A Cross-Cultural Study. A dissertation Presented to The Faculty of The Gladys W. and Dawid H.Potton College of Education and Human Services of Ohio University.

Chappelle LS. and Sorrentino EA. (1993) Assessing co-dependency issues within a nursing environment. Nursing Management, 24/5:40.

Collins GB. (1993) Reconstructing codependency using self-in-relation theory: A feminist perspective. Social Work, Volum 38, Number 4.



Cullen J. and Carr A. (1999) Codependency: An empirical study from a systemic perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21(4).

Dear GE. and Roberts CM. (2002) The relationships between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles*, 46(5/6), 159-165.

Dias M. (2002) *Deconstructing Codependency: The Relationship of Codependency to Femininity and Related Psychopathological Factors. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Doctor of Psychology.*

Douglass M. (2009) *Codependency: Relationship to Self and Other. A Dissertation Submitted to The Faculty of The California Unstitute of İntegral Studies in Partial Fulfillment of The Reguirements for The Degree of Doctor of Psychology. San Francisco, C.A.*

Ercan İ. ve Kan İ. (2004) Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30: 211-216.

Erefe İ. (2002) *Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, Erefe İ (editör). 1. Baskı. İstanbul, Odak Ofset, 169-187.*

Fischer J L., Spann L., Crawford D. (1991) Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 87-100.

Fuller AJ. and Warner MR. (2000) Family stressor as predictors of codependency. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126(1),5-22.

Gözüm S. ve Aksayan S. (2003) *Kültürlerarası ölçek uyarlamasa için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (1):3–14.

Granello HD. and Beamish MP. (1998) Reconceptualizing codependency in women: a sense of connectedness, not pathology. *Journal of Mental Health Counseling*.20,4; ProQuest Hospital Collection, pg.344.

Greenman DG. (1993) Codependency in Nurses. Presented to The Faculty of the Graduate School of The University of Texas of Arlington in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Science in Nursing. The University of Texas at Arlington.

Harkness D. (2001) Testing Cermak's Hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family of origin with off spring codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*; Jan-Mar 2001; 33, 1.

Harkness D. (2003) To Have and to Hold: Codependency as A Mediator or Moderator of The Relationship Between Substance Abuse in The Family of Origin and Adult-Offspring Medical Problems. *Journal of Psychoactive Drugs*; Apr-Jun 2003; 35, 2.

Harkness D., Swenson M., Madsen-Hampton K., Hale R. (2001) The development, reliability and validity of a clinical rating scale for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*; Apr-Jun 2001; 33, 2.

Harrison MG. (2000) Prevalence of Codependency Traits in Pre-clinical and Clinical Associate Degree Nursing Students. A Thesis Submitted to The Faculty of Wilmington College in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree Master of Science in Nursing.

Hillborg BLV. (1995) The Relationship Between The Level of Codependent Behavior and The Level of Differentiation of Self Among Nursing Students. A Thesis Submitted to Grand Valley State University in Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of.

Hodgson AJ. (1993) Codependency Personality Questionnaire Development and Validation and A Descriptive/Exploratory Study of Recovery Using Al-Anon Subjects. In Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree Doctor of Education. San Francisco.

Holder LM., Farnsworth BJ., Wells D. (1994) A Preliminary survey of codependency traits and family of origin status of nursing students. *Addictions Nursing*, 6, 76-79.

Hollabaugh CL. (1995) The Social Construction of The Codependency Construct: College Students' Evaluation of "Codependent" Characteristics in Themselves and Others. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Doctor of Philosophy Degree, Texas A&M University.

Hughes-Hammer C., Martsolf DS., Zeller RA. (1998) Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 264-272.

Irwin HJ. (1995) Codependence, narcissis and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 51.5,658.

Jackson W. and Hopkins LM. (2002) Revisitng the issue of co-dependency in nursing: caring or caretaking? *Canadia Journal of Nursing Research*, 34.4:35-46.

James P. and Morgan J. (1991) What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 47, 720-729.

Karasar N. (2005) *Bilimsel Araştırma Yöntemi-Kavramlar, İlkeler, Teknikler.* (7. bs.). Ankara: 3D Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd Şti.

Kelly-Rank S. (2003) An Exploratory Study Examining Perceived Codependency in A South Korean College-Age Population. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Doctor of Philosophy Health Education The University of. New Mexico.

Kıcıır B. (2010) Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde İşsizlik Kaygısı: Psikolojik Etmenler Açısından Bir İnceleme. T.C.Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomi ve Endüstri İlişkileri Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi.

Kim H. (2001) Codependency: The Impact of Confucion Marriage and Family Structure on Women in Korea. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Doctor of Philosophy Degree, Minnesota.

Kines MM. (1998) Codependent Tendencies/Issuesamong Practicing Nurses in British Columbia. A Thesis Submitted to The Faculty of The Department of Nursing and The Graduate School of Gonzaga University in Partial Fulfillment of The Requirement for The Degree of Master of Science in Nursing.

Knudson T. and Terrell KH. (2012) Codependency, perceived interparental conflict, and substance abuse in the family of origin. *The American Journal of Family Therapy*, 40:3,245-257.

Linn JE. and Gronlund MA. (1995) *Measurement and Assesment in Teaching*. New York. Prentice Hall Inc.

Livingston A. (2008) Assessing Codependency in Student Athletes at Division Historically Black Colleges and Universities in The State of Mississippi. Doctor of Philosophy Physical Education, Sports and Exercise Science. The University of New Mexico.

Loucks HAL. (2005) Levels of Codependency in Associate Degree Nursing Students Upon Entry to and Completion of Nursing School M.S., A Thesis Submitted to The Fay W. Whitney School of Nursing and The Graduate School of The University of Wyoming Inpartial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Science in Nursing Laramie, Wyoming.

Malloy GB. and Berkery AC. (1993) Codependency: Feminist perspective. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 31(4), 15-19.

Marks DGA., Blore LR., Hine WD., Dear EG. (2012) Development and validation of a revised measure of codependency. Australian Journal of Psychology, 64:119-127.

Martsof DS. (2002) Codependency, boundaries, and professional nurse caring: understanding similarities and differences in nursing practice. Orthopaedic Nursing, 21(6), 61-67.

Martsof DS., Sedlak AC., Doheny OM. (2000) Codependency and related healty. Archives of Psychiatric Nursing, vol XIV. No:3 S: 150-158.

Martsof DS., Hughes-Hammer C., Estok P., Zeller R. (1999) Codependency in male and female helping professionals. Archives of Psychiatric Nursing, XIII (2), 97-103.

Murphy KR. and Davidshofer CO. (2001) Psychological Testing: Principles and Applications (5. bs.). New Jersey: Prentice Hall.

Öner N. (2009) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Maatbası, 520-525.

Öz F. (1999) Bağlaşıklık ve hemşirelik. Kriz Dergisi, 6(1): 67-73.

Özdamar K. (2004) Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1, Eskişehir. Kaan Kitapevi.

Pardee LT. (2007) Codependency in Master's-level Counseling Students. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree Doctor of Philosophy. Andrews University School Of Education.

Parker F., Faulk D., LoBello S. (2003) Assessing codependency and family pathology in nursing students. Journal of Addictions Nursing, 14, 85-90.

Report B. (1992) Codependency: An interpersonal phenomenon. Sex Roles, Vol.36. No.1/2.

Roehling VP., Koelbel N., Rutgers C. (1996) Codependence and conduct disorder: femine versus masculine coping responses to abusive parenting practives. Sex Roles.35,9/10.

Rossider KS. (2004) Narcisism and Codependency. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements For The Doctor of Philosophy Degree.

Sabater V. (2006) An Exploration of Codependency Among African-American, Caucasian And Hispanic Wives Of Alcoholics. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of The Requirement for The Degree of Doctor of Philosophy from New York University School of Social Work.

Scannell ET. (1992) Codependency in Nurses and its Relationship to Professionall Burnout. A Dissertation Presented to The Faculty of The California Graduate Insititute. Inpartial Fullfillment of The Requirements for The Degree Doctor of Philosophy in Psychology.

Self JS. (2010) Codependency Among Nurses: A Comparison By Substance Use Disorder and Other Selected Variables. Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy in The Department of Educational Studies in Psychology, The University of Alabama.

Sherman CJ. (2008) Codependency, Familiarity and Fear of The Unknown. A Thesis Presented to The Faculty of The College of Graduate Studies Lamar University. In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree Masters of Science in Psychology.

Springer CA., Britt TW., Schlenker BR. (1998) Codependency: clarifying the construct. Journal of Mental Health Counseling; Apr 1998; 20, 2.

Tavşancıl E. (2002) Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım.110-116.

Tezbaşaran A. (1997) Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu (2. Basım). Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, 5-51.

Tezcan B. (2009) Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi. (Danışman: Dr. Semra Yalçınkaya Ural).

Ulusoy Y. (2010) Kişilerarası Bağımlılık Ölçeği'nin (Interpersonal Dependency Inventory) Uyarlama Çalışması, Yüksek Lisans Tezi. Adana.

Wells M., Glickauf-Hughes C., Jones R. (1999) Codependency: A grass roots Construct's Relationship to Shame-Proneness, Low Self-esteem and Childhood Parentification. The American Journal of Family Therapy; 27, 1.

Yargıç Lİ., Tutkun H., Şar V. (1994) Çocuklu çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 2(4):338-347.

Yearing B. (2008) Codependency: Its Relationship to Alcohol and Family-of-Origin Dynamics. Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree Doctor of Philosophy. Seton Hall University.

Yurdugül H. (2005) Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 28-30 Eylül, Denizli.

Zetterlind U. and Berglund M. (1999) The Rate of Co-Dependence in Spouses And Relatives of Alcoholics on The Basis of The Cermak Co-Dependence Scale. *Nord J Psychiatry*. Vol 53- No 2.



## **10.EKLER**

Ek 1. Bilgilendirme Formu

Ek 2. Bireysel Bilgi Formu

Ek 3. Hemşire Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği

Ek 4. Dil Eşdeğerliliği İçin Başvurulan Öğretim Elemanları

Ek 5. Bilimsel Görüş Alınan Öğretim Üyeleri

Ek 6. Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri

Ek 7. Ölçek Kullanımı İzin Yazısı

Ek 8. Etik Kurul İzin Yazısı

Ek 9. Şahinbey Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

Ek10.Kamu Hastaneler Birliği İzin Yazısı

## **EK I: BİLGİLENDİRME FORMU**

### **ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM**

#### **FORMU (Araştırmacının Açıklaması)**

Bu çalışma, hemşirelerde karşılıklı bağımlılığı ve karşılıklı bağımlılığı etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formunu doldurmanız istenecektir.

#### **(Katılımcının/Hastanın Beyanı)**

Sayın Araştırmacı Öğr. Gör. Nurgül ÖZDEMİR tarafından uygulanacak olan bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

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

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

#### **Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

#### **Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

## EK II: BİREYSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
2. Yaşınız:
3. Doğum yeriniz:
4. Kilonuz.....
5. Boyunuz.....
6. Siz dahil ailenizde çocuk sayısı kaçtır?.....
7. Siz kaçınıcı çocuksunuz?.....
8. Medeni durumunuz:  
( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Ayrı yaşıyor
9. Evli iseniz çocuk sayınız nedir?  
( ) yok ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ve üzeri
10. Eğitim durumunuz nedir?  
( ) Sağlık meslek lisesi ( ) ön lisans ( ) lisans ( ) yüksek lisans
11. Anneniz hayatta mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
12. Babanız hayatta mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
13. Annenizin size karşı tutumu nasıldır?  
( ) Otoriter davranır ( ) Demokrat davranır ( ) Koruyucudur ( ) İhmal eder
14. Babanızın size karşı tutumu nasıldır?  
( ) Otoriter ( ) Demokrat ( ) Koruyucu ( ) İhmal eder
15. Ne kadar süredir meslekte çalışmaktasınız?  
( ) Bir yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6- 10 yıl ( ) 11-15 yıl  
( ) 15-20 yıl ( ) 21 yıl ve üzeri
16. Çalışma şekliniz nedir?  
( ) Gündüz ( ) Gece ( ) Vardiya ( ) Nöbet
17. Çalışma saatleriniz düzenli mi?  
( ) Evet ( ) Hayır
18. Günlük çalışma süreniz kaç saattir?  
( ) 8 saat ( ) 12 saat ( ) Diğer.....
19. Çalıştığınız bölüm:  
( ) Dahili klinikler ( ) Cerrahi klinikler ( ) Yoğun bakımlar  
( ) Poliklinikler ( ) Yönetim ( ) Diğer.....
20. Mesleki bir derneğe üye misiniz ?  
( ) Evet ( ) Hayır
21. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)  
( ) Spor yaparak( yürüyüş yapmak, spor merkezine giderim, bir kulübe üyeyim.)  
( ) Kitap okurum  
( ) Televizyon seyredirim  
( ) Arkadaşlarımla eğlenirim  
( )Hobilerimle uğraşırım (resim, müzik, el sanatları , vb.)  
( ) Diğer.....
22. Kendinizi ifade etme yeteneğiniz nasıldır?  
( ) Kendimi her ortamda ifade edebilirim  
( ) Bazen iyi bazen kötü, duruma göre değişir  
( ) Kendimi ifade etmekte zorlanırım  
( ) Diğer.....
23. Herhangi bir fiziksel sağlık sorunuz var mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
24. Ailenizdeki herhangi birinde fiziksel sağlık sorunu olan var mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
25. Sağlık sorunuz olduğunda nasıl davranırsınız?

- Geçmesini beklerim  
 Geçmesini beklerim ama geçmez ise hemen sağlık merkezine başvururum.  
 Hiç beklemeden önemli bir şey olabilir düşüncesiyle sağlık merkezine başvururum  
 Hiç bir şey yapmam
26. Herhangi bir ruhsal sağlık probleminiz var mı?  
 Evet  Hayır
27. Ailenizde herhangi bir ruhsal sağlık problemi olan var mı?  
 Evet  Hayır
28. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) herhangi bir kişi tarafından aşırı olduğunuzu düşündüğünüz bir şekilde dövüldünüz mü?  
 Evet  Hayır
29. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) sürekli olarak sizi aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi bir kişi var mıydı?  
 Evet  Hayır
30. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) fiziksel olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması ya da evden kovulma, eve kabul edilmeme gibi.  
 Evet  Hayır
31. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin sevgi, destek, ilgi görmeme gibi.  
 Evet  Hayır
32. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde size, izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan bir yabancı oldu mu?  
 Evet  Hayır
33. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşından önce) aile bireylerinizden ya da diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu?  
 Evet  Hayır
34. İnternet kullanıyor musunuz?  
 Evet  Hayır
35. Günde kaç saat internet kullanıyorsunuz?  
 1-2 saat  3-4 saat  5 saat ve üzeri
36. Sigara içiyor musunuz?  
 İçmiyorum  Günde 1-10 adet içiyorum  Günde 11-20 adet içiyorum  
 Günde 20 adet üzerinde içiyorum  Sadece özel gün ve toplantılarda içiyorum.
37. Alkol kullanıyor musunuz?  
 Kullanmıyorum  Haftada bir veya birden fazla içerim  Ayda bir iki kez içerim  Sadece özel gün ve toplantılarda içiyorum.  Diğer
38. Madde (ilaç) kullanıyor musunuz?  
 Kullanmıyorum  Haftada bir veya birden fazla kullanırım  Ayda bir iki kez kullanırım  
 Diğer

### EK III: HEMŞİRE KARŞILIKLI BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

Her maddenin yanında yer alan sizi ya da sizin hemşirelik uygulamalarınızı en iyi tanımlayan rakamı daire içine alın. Lütfen soruların hepsini yanıtlayın.

		Tamam en Doğru	Çoğunlukla Doğru	Ne Doğru Ne Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Tamam en Yanlış
	Kendimi hastalarımın sorunlarını çözmelerine yardım etmek zorunda gibi hissederim.	1	2	3	4	5
2	Geçtiğimiz yıl içerisinde arkadaşlarımdan ya da aile bireylerimden birisi işimle çok meşgul olduğumu söyledi.	1	2	3	4	5
3	İş yerinde sıklıkla yardımsever kişiliğimin kullanıldığını hissederim	1	2	3	4	5
4	Kendimi disiplinler arası ekibin eşit bir üyesi gibi hissederim.	1	2	3	4	5
5	Kendime vakit ayırmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
6	Kendime olan saygım genellikle işimdeki performansıma bağlıdır.	1	2	3	4	5
7	Eyleme geçemediğim ya da karar veremediğim için kariyer fırsatlarımı kaçırdım.	1	2	3	4	5
8	İzin günümde işe çağrıldığımda gitmezsem, suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
9	Çalışma arkadaşlarım için elimden gelenin fazlasını yaparım, çünkü düşman kazanmak istemem.	1	2	3	4	5
10	Benden intikam alabileceği ya da dışlayacağı korkusu, meslektaşımın hatalı uygulamasını rapor etmeme engel oldu.	1	2	3	4	5
11	Benden sonra görevi devralacak hemşireye iş bırakmamak ya da hastanenin fazla mesai ödemesine sebep olmamak için kendi zamanımdan çalarım.	1	2	3	4	5
12	Çalışma arkadaşlarımdan üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmeleri için ısrar etme konusunda isteksizim.	1	2	3	4	5
13	Bir klinikte şartlar kötü olsa bile orada kalmalı ve sorunları çözmeye çalışmalıyım.	1	2	3	4	5
14	Tuvalete gitmek için zaman harcamak istemediğimden idrar yolu enfeksiyonu oldum.	1	2	3	4	5
15	Birlikte çalıştığım insanlara "hayır" deme sebepimi uzun uzun açıklama zorunluluğu hissederim.	1	2	3	4	5

**EK III devamı****HEMŞİRE KARŞILIKLI BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ**

Her maddenin yanında yer alan sizi ya da sizin hemşirelik uygulamalarınızı en iyi tanımlayan rakamı daire içine alın. Lütfen soruların hepsini yanıtlayın.

		Tamam en Doğru	Çoğunluk a Doğru	Ne Doğru Ne Yanlış	Çoğunluk a Yanlış	Tamamen Yanlış
16	Yapılması gereken işler olduğunu bildiğimde, dinlenmekte ya da eğlenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
17	Haklılığımı ortaya koymak ve huzuru korumak arasında seçim yapmam gerektiğinde, genellikle huzuru korumayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
18	Hemşirelik kariyerimde kimseyle paylaşmadığım hatalar yaptım.	1	2	3	4	5
19	Hastalarımı güçlendiren bakım ile bağımlı hale getiren bakımı ayırt etmede zorlanıyorum	1	2	3	4	5
20	Zamanında almadığım için tatil hakkımı kaybettim	1	2	3	4	5
21	İşyerinde, sıklıkla işlerin kontrolden çıktığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
22	Mesleğimin ne olduğu sorulduğunda genellikle “sadece bir hemşire” diye cevaplarım.	1	2	3	4	5
23	Zor hastalarla iyi anlaştığım için genelde onlara bakmakla görevlendirildiğimi fark ediyorum	1	2	3	4	5
24	İşimde hemşire olarak yaratıcılığımı gösterebilmek için yeterince zamanım oluyor.	1	2	3	4	5

**EK IV: DİL EŞDEĞERLİĞİ İÇİN BAŞVURULAN ÖĞRETİM  
ELEMANLARI**

<b>ÖĞRETİM ELEMANLARI</b>	<b>ÇALIŞTIKLARI KURUMLAR</b>	
Okutman Tuğçe Kılınç	Hacettepe Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri
Yrd.Doç.Dr. Elif Ersözlü	Hacettepe Üniversitesi İngilizce Mütercim Tercümanlık Bölümü	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri
Öğr.Gör. Ahmet Ürün	Gaziantep Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri
Yrd.Doç.Dr. Süleyman Başaran	Dicle Üniversitesi İngilizce Öğretmenliği Bölümü	Türkçe çevirilerin değerlendirilmesi ve en uygun olanın belirlenmesi
Okutman Beyza Koç	Türk Hava Kurumu Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü.	Türkçe'den İngilizce'ye çeviri

## EK V: BİLİMSEL GÖRÜŞ İÇİN BAŞVURULAN ÖĞRETİM ÜYELERİ

<b>ÖĞRETİM ÜYELERİ</b>	<b>ÇALIŞTIKLARI KURUMLAR</b>
Prof.Dr. Haluk A. Savaş	Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı
Doç.Dr. Fahriye Oflaz	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Esra Ergin	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doç.Dr. Gönül Özgür	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı
Doç.Dr. Gülsüm Ançel	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Perihan Güner	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. Yasemin Kutlu	İstanbul Üniversitesi Florence Nıgtingale Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doç.Dr. Derya Tanrıverdi	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd.Doç.Dr. Makbule Batmaz	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd.Doç.Dr. Döndü Çuhadar	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı



## **EK VI:**

### **ROSENBERG BENLİK SAYGISI ENVANTERİ**

Lütfen aşağıda yer alan ifadelerin size ne ölçüde uygun olduğunu, aşağıdakiölçeği dikkate alarak ifadenin yanındaki bölmede işaretleyin. Teşekkürler.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

2. Bazıolumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

6. Kendime karşıolumlu bir tutum içindeyim.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok Yanlış

8. Kendime karşıdaha fazla saygıduyabilmeyi isterdim.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok Yanlış

9. Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımıdüşünüyorum.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

10. Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımıdüşünüyorum.

- a) Çok doğru                      c) Yanlış  
b) Doğru                              d) Çok yanlış

## EK VII: ÖLÇEK KULLANIMI İZİN YAZISI

Araştırmada kullanılan Hemşirelikte Karşılıklı Bağımlılık Ölçeği İçin Texas

Üniversitesi öğretim elemanı Sarah Allison'dan gerekli izin e-mail yolu ile alındı

On Jun 28, 2013, at 6:08 AM, Nurgul.Ozdemir wrote:

> Dear Dr Alison,

>

> I am a PhD student at Haliç University department of pschiatry. The subject  
> of my dissertation is nurse codependency. When I was trying to find  
> literature related to my subject I have found your scale about nurse  
> codependency Questionnaire. If it is possible I would like to use your  
> scale. If you give me the permission I will do the validity and reliability  
> of the Turkish version. If you please send me your scale and permit me to  
> use your scale I would appreciate it.

>

> Best Regards,

>

> Nurgul Ozdemir, MSN

> Instructor,

> Gaziantep University

> Faculty of Health Sciences

> Department of Pschiatry

> Gaziantep/Turkey

Sure. I'd love to do that for you.

>Yes.Please note that only 2 of the scales (see NCQ subscale attachment)  
had validity. So, you'll need to amend the instrument that is attached in this  
email. if you want it to be predictive.

If my computer hadn't crashed, I'd send you the amended one. All you have to  
do is go thru the 40 item NCQ and cull out all the 16 items that are not  
represented in the second attachment. That attachment has the 2 factors that  
were validated. "Lack of voice" subscale has 10 items and "codependent  
caretaking" subscale has 14 items. The resultant 24 item scale is called the  
"revised Nurse codependency questionnaire".

> As far as scoring it. I used it as a continuous variable; the higher the score the  
more of the trait. My instrument development article tells the whole story.  
Hope that makes sense.

Sarah

## EK VIII: ETİK KURUL İZİN YAZISI

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerde Karşılıklı Bağımlılık Ve İlişkili Faktörler			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	18			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof Dr. Sevim BUZLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI 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"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <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"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					

*(Handwritten signatures and initials in blue ink)*

## EK VIII- ETİK KURUL İZİN YAZISI DEVAMI

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 07.01. 2014 /18	Tarih:07.01.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>
<b>GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mlu
Prof. Dr. Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ. MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Elden Teslim Aldım.  
Nurşül ÖZDEMİR  
D-1

## EK IX: ÜNİVERSİTE HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Başhekimliği



Sayı :91786782/900/2239  
Konu :Araştırma İzni

30/10/2013

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :28/10/2013 tarihli, 2055 sayılı ve "Araştırma İzni" konulu yazı

Fakülteniz öğretim elemanlarından Öğr.Gör.Nurgül ÖZDEMİR'in "Hemşirelerde Bağımlılık ve İlişkili Faktörler" isimli çalışmasını Ekim 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında hastanemiz hemşirelerine uygulaması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Levent ELBEYLİ  
Başhekim

## EK X: KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİN YAZISI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 12815781 -010.07- 2244-4980  
Konu : Araştırma İzni

05./03/2014

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi: 19/02/2014 tarih ve 2808 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi Nurgül ÖZDEMİR'in "Hemşirelerde Karşılıklı Bağımlılık ve İlişkili Faktörler" başlıklı anket çalışması için izin talep edilmiş olup, araştırma sonuçlarının Tıbbi Hizmetler Başkanlığına bildirilmesi kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Kadir Çağlar ÇATAK  
Genel Sekreter

EK:  
Protokol (1 Sayfa)

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şehitkamil /GAZİANTEP  
Telefon:(0342) 338 26 00 /1507 Fax:(0342) 323 39 79 Ayrıntılı bilgi için M.TEKİN  
Not: Lütfen yazımıza vereceğiniz cevapta tarih ve sayıyı belirtiniz.

## EK X: KAMU HASTANELER BİRLİĞİ İZİN YAZISI devamı

### GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

#### Taraflar:

Bu protokol Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Nurgül ÖZDEMİR arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:**, Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi, Şehitkamil Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi, Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ve Gaziantep Çocuk Hastanesinde yapılması planlanmaktadır.

**Çalışmanın Adı:** " Hemşirelerde Karşılıklı Bağlılık Ve İlişkili Faktörler"

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** Öğr. Gör. Nurgül ÖZDEMİR

#### Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitaplık halinde Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

#### Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda beş ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** : 03.03.2014 - **Bitiş** 29.08.2014
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olacaktır, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Gaziantep İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Gaziantep ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Nurgül Özdemir  
03/03/2014

OLUR  
...../2014  
Dr. Kadir Çağlar ÇATAK  
Genel Sekreter

04.03.2014  
Uzm. Dr. Ömer AYKUT  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

## 11.ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı ve Soyadı:** Nurgül ÖZDEMİR

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Gaziantep/Oğuzeli-1974

**Medeni Hali:** Evli

**Yabancı Dil:** İngilizce

**E-posta Adresi:** [nuozdemir@gantep.edu.tr](mailto:nuozdemir@gantep.edu.tr)

**Tel:** 0 533 235 21 54

### Eğitim ve Akademik Durum

<b>Mezun Olduğu Okulun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>İlkokul:</b> Şehit Cengiz Topel İlkokulu	1979-1984
<b>Lise:</b> Atatürk Lisesi	1984-1990
<b>Lisans:</b> İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1990-1994
<b>Yükseklisans:</b> Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD.	2002-2004



## **İş Tecrübesi**

<b>Görev</b>	<b>Süre (yıl-Yıl)</b>
Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi	1995-1999
Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	1999-2009
Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2009- .....

## **Mesleki Kurum ve Dernek Üveliği**

Türk Hemşireler Derneği

## **Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar**

### **Bildiriler**

1.Gönener, D., Sertbaş, G., **Özdemir, N.**, Adolesan Dönemi Çocuklara Depresyon Taraması, 5. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, İstanbul, 2005.

2.Çuhadar, D.,**Özdemir, N.**, Sertbaş, G., Sosyal Çevrenin Onkoloji Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Düzenine Etkisi, 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2005.

3.Gönener, D., Güner, İ., **Özdemir, N.**, Okul Çağındaki Ameliyat Olacak Çocukların ve Ebeveynlerinin Hastane Düzeni İle İlgili Beklentileri, 9. Ulusal Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi, Gaziantep, 2005.

4. **Özdemir, N.**, Şavaş, H., Gaziantep Üniversitesi'ndeki Tıp Ve Hemşirelik Öğrencilerinde Madde- Alkol Kullanım Bozukluklarına İlişkin Bilgi Ve Tutumlar, 3. Ulusal Bağımlılık Kongresi, İstanbul, 2006.

5. Verim, E., H.Gönener, D., **Özdemir, N.**, Ameliyathanedeki Hemşirelerin Yangın Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, XXIV. Ulusal Çocuk Kongresi, Adana, 2006.

6. **Özdemir, N.**, Güner, İ., Gönener, D., Yoğun Bakımda Yatan Yenidoğanların Annelerinin durumluluk ve süreklilik Anksiyete Düzeylerinin belirlenmesi. XXIV. Ulusal Çocuk Kongresi, Adana, 2006

7. **Özdemir, N.**, Sohbet, R., Derya, T., Fatma, G., Fethiye Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kendilik Algısı Ve Kendini Tanıma Durumları. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim, Ankara.

8. **Özdemir, N.**, Derya, T., Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. . 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim, Ankara.

9. Sohbet, R. , **Özdemir, N.**, Derya, T., Adıgüzel, E., Öğrencilerin Öfke ile Başetme Yollarının Belirlenmesi. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim, Ankara.

10. Sohbet, R. Mor, Z., Derya, T., **Özdemir, N.**, Öğrencilerin Yalnızlık Algıları ve Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim, Ankara.

11. Sohbet, R. Karaca, Y., **Özdemir, N.**, Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Okul Yaşamındaki Streslerle Baş Etme Yöntemlerinin Araştırılması. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim, Ankara.

12. Bakır. E. , Özdemir.N. , Sertbaş.G. , Özdemir.E. Distribution of the Problems and Loneliness Level of the Health Sciences Faculty Students . 5th 7th World Conference on Educational 05-07 February 2015.

### **Yayınlar:**

1.Karadağ, G., Güner, İ., Taşdemir, S., **Özdemir, N.**, Hemşirelerin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi.Hemşirelik Forumu Dergisi. 2002,5(6)8-15.

2. Çuhadar, D., **Özdemir, N.**, Sertbaş. G., Sosyal çevrenin Onkoloji Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2006,16(3): 48-55.

3.Güner, İ., Gönener, D., **Özdemir. N.**, Okul Yaş Dönemi Ameliyat Olacak Çocukların ve Ebeveynlerin Hastane Düzeni İle İlgili Beklentilerinin Belirlenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2006 , 113-117.

4.Gönener, D., Sertbaş, G., **Özdemir. N.**, Adölesan Dönemi Çocuklarda Depresyon Taraması. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2006 :48-51.

5.Ersoy MA., **Özdemir N.**, Savaş HA. Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Öğrencilerinde Alkol ve Madde Kullanımıyla İlgili Tutumlar. Bağımlılık Dergisi 2008; 9(1): 9-13.

6.Kısa,S., Zeyneloğlu,S., **Özdemir,N.** Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey Nursing and Health Sciences (2012), **14**, 148–155.

7. Kısa,S., **Özdemir,N.** Vaginal Dryness Problems Among Southeastern Women Aged 40–65 Years in Turkey Sex Disabil (2013) 31:71–82.