



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYOTROPİK OTONOMİK
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE
BAĞLANMA STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Ecren AYDIN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

2014- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYOTROPİK OTONOMİK
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE
BAĞLANMA STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ

Ecren AYDIN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

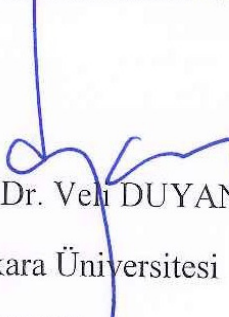
DANIŞMAN
Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

2014- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı
Çerçevesinde Yürütülmüş Olan Bu Çalışma, Aşağıdaki Jüri Tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak Kabul Edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 15/04/2014


Prof. Dr. Veli DUYAN

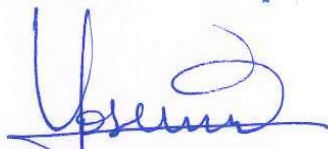
Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı

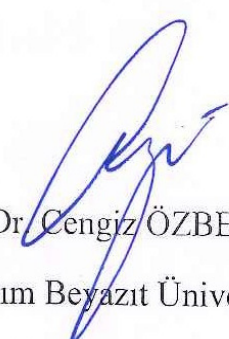

Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

Ankara Üniversitesi

(Danışman)


Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

Ankara Üniversitesi


Doç. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

S.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü


Doç. Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI

Ankara Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vii
Çizelgeler	viii
I.GİRİŞ	1
1.1. Hemodiyaliz Tedavisi Ve Hemodiyaliz Hastaları İle İlgili Genel Bilgiler	3
1.1.1. Hemodiyaliz Hastalarının Karşılaştığı Tıbbi Sorunlar	3
1.1.1.1. Cinsel Sorunlar	4
1.1.1.2. Transplantasyona İlişkin Sorunlar	5
1.1.2. Hemodiyaliz Hastalarının Karşılaştığı Psiko-Sosyal Sorunlar	6
1.1.2.1. Depresyon ve İntihar	7
1.1.2.2. Anksiyete	8
1.1.2.3. Duygu Kontrolü ve Uyum Güçlüğü	8
1.1.2.4. Stresle Başetme ve Sosyal Destek	10
1.1.2.5. Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	12
1.1.3. Hemodiyaliz Hastalarının Karşılaştığı Ekonomik Sorunlar	12
1.2. Hemodiyaliz Hastalarıyla Çalışmada Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları	13
1.2.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	14
1.2.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin İşlevi ve Amacı	20
1.2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Hemodiyaliz Ünitelerinde Sosyal Hizmet Uzmanının İşlevleri	20
1.3. Kişilik: Tanımlar, Kavramlar ve Kuramlar	22
1.3.1. Kişilik Kavramının Tanımı ve Özellikleri	23
1.3.2. Kişiliği Belirleyen Faktörler	24

1.3.3. Öğrenilmiş Bir Davranış Olarak Kişilik	27
1.3.4. Kişilik Kuramları	28
1.3.4.1. Psikanalizci Kuramlar	28
1.3.4.1.1. Sigmund Freud: Psikanalitik Kuramı	29
1.3.4.1.2. Carl Gustav Jung: Analitik Kuramı	31
1.3.4.1.3. Alfred Adler: Bireysel Psikoloji	34
1.3.4.1.4. Otto Rank	35
1.3.4.1.5. Karen Horney: Bütüncül Psikoloji	36
1.3.4.1.6. Harry Stack Sullivan: İlişkiler Kuramı	37
1.3.4.1.7. Erich Fromm: İnsancıl Psikanaliz	38
1.3.4.1.8. Erik Erikson	38
1.3.4.2. Araştırma Odaklı Kuramlar	39
1.3.4.2.1. Raymond Cattell: Faktör Analitik Ayırıcı Özellik Kuramı	40
1.3.4.2.2. Hans Eysenck: Biyoloji Temelli Faktör Analitik Ayırıcı Özellik Kuramı	41
1.3.4.2.3. Gordon Allport: Ayırıcı Özellik Kuramı	42
1.3.4.2.4. Robert R. MccCrea ve Paul T. Costa: Beş Faktör Kurmı	43
1.3.4.3. Benlik Kuramları	44
1.3.4.3.1. Carl Roger: Birey Merkezli Kuram	44
1.3.4.3.2. Abraham H. Maslow: Bütünsel Dinamik Kuram	45
1.3.4.4. Sosyal Öğrenme Kuramı	46
1.3.4.4.1. Jullian Rotter: Sosyal Öğrenme Kuramı	46
1.3.4.4.2. Albert Bandura: Sosyal/Bilişsel Öğrenme Kuramı	47
1.3.4.5. Beck'in Bilişsel Kuramı	49
1.3.4.5.1. Sosyotopi-Otonomi	50
1.3.4.5.1.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri	51
1.4. Bağlanma	53

1.4.1. Bağlanma Kuramı	54
1.4.2. Yetişkin Bağlanma Stili	58
1.4.2.1. Hazan – Shaver Yetişkin Bağlanma Modeli	60
1.4.2.2. Dörtlü Bağlanma Modeli	61
1.4.3. Bağlanma Stilleri ile Hemodiyaliz Hastaları Arasındaki İlişki	62
II. GEREÇ VE YÖNTEM	65
2.1. Araştırma Evreninin Saptanması ve Örnek Seçimi	65
2.2. Veri Toplama Araçları	66
2.2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	67
2.2.2. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği	67
2.2.3. İlişki Ölçekleri Anketi	68
2.2.4. Anket Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Testinin Uygulanması	68
2.3. Verilerin Toplanması	75
2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	75
2.5. Araştırmanın Sayılabilirliği	76
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	77
2.7. Tanımlar	77
3. BULGULAR	79
3.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	79
3.2. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Sürecine İlişkin Bilgileri	83
3.3. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri	85
3.3.1. Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik kişilik özellikleri	85
3.3.1.1. Hastaların ayrılık kaygısı alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği	86
3.3.1.2. Hastaların başkalarını memnun etme alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği	88
3.3.1.3. Hastaların onaylanmama kaygısı alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği	89
3.3.2. Hemodiyaliz hastalarının otonomik kişilik özellikleri	92
3.3.2.1. Hastaların özgürlük alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği	92

3.3.2.2. Hastaların kişisel başarı alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği	94
3.3.2.3. Hastaların yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği	95
3.4. Hemodiyaliz Hastalarının Bağlanma Stilleri	97
3.4.1. Hastaların güvenli bağlanma stillerine ilişkin özellikleri	97
3.4.2. Hastaların korkulu bağlanma stillerine ilişkin özellikleri	99
3.4.3. Hastaların kaçınan bağlanma stillerine ilişkin özellikleri	100
3.4.4. Hastaların saplantılı bağlanma stillerine ilişkin özellikleri	102
4. TARTIŞMA	107
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	120
ÖZET	125
ABSTRACT	126
KAYNAKLAR	128
EKLER	149
Ek – 1	149
Ek – 2	152
Ek – 3	161
ÖZGEÇMİŞ	164

ÖNSÖZ

Kronik böbrek yetmezliği, hastaya fiziksel zorluk yaşatmasının yanı sıra psiko-sosyal engelleri de beraberinde getirmektedir. Hastaların fiziksel sorunlarını hemodiyaliz veya transplantasyon ile hafifletmek mümkün olabilmektedir ancak hastalığın yarattığı pek çok stres hastanın hem ruhsal yapısını hem de çevresi ile ilişkilerini etkilemektedir. Sürekli kendileri dışında birtakım gereçlere ve kişilere bağlı olma durumu hastalarda bağımlılık sorunlarını arttırmaktadır. Bireyin kişilik özelliğine bağlı olarak başkalarına bağımlı ya da bağımsız olma durumu yetişkin bağlanma biçimlerini incelemeyi öne çıkartmaktadır. Çünkü hemodiyaliz hastalarının kişilik özellikleri, yeni yaşam tarzı ve hastalık yaşantısı ile baş etmesi ve strese dayanma gücü kazanmasını açısından son derece önemlidir. Ekonomik, sosyal ve psikolojik olmak üzere çeşitli sorunlar yaşayan hemodiyaliz hastalarının tedavi sürecinde profesyonel desteğe ihtiyacı vardır. Bu desteğin tümünü verebilecek yetkin meslek alanlarından biri tıbbi sosyal hizmettir. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarının soyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve bağlanma stillerinin belirlenerek, sosyal hizmet uzmanlarının hemodiyaliz hastalarıyla çalışırken hangi rol ve işlevleri olduğu/olabileceği konusunda çalışılmaya karar verilmiştir. Bu süreçte, bilgi ve tecrübesi ile bana rehberlik eden, araştırmanın gerçekleşmesinde gece gündüz benimle çalışan, ilgisini, gülüyüzünü, desteğini hiç eksik etmeyen değerli danışmanın Doç Dr. Eda PURUTÇUOĞLU'na,

Araştırma verilerini toplarken tüm içtenlikleriyle kendileriyle ilgili bilgileri paylaşan ve gözlerindeki umudun hiç sönmemesini temenni ettiğim hemodiyaliz hastalarına,

Araştırmanın veri toplama sürecinde her türlü kolaylığı sağlayarak yardım ve desteklerini esirgemeyen tüm hastane yöneticilerine ve diyaliz ünitesi çalışanlarına,

İş yaşamının yoğun temposuyla birlikte tez yazmaya çalışırken yaşadığım zorlu süreçte yanımda olan, varlıklarıyla iş yaşamımı keyifli hale getiren arkadaşlarım Duygu ÖRDE, Müberra YEŞİLYURT ve Rabia KAPLAN'a,

Tez hazırlama sürecinde pozitif enerjisini üzerimde hissettiğim canım kuzenim Melisa DEMİR'e ve uzakta olmasına rağmen her zaman yanımda olduğunu bildiğim değerli arkadaşım Elif SAYDAM'a,

Başta dedem Tefvik SOLAK olmak üzere üstümde emeği geçen tüm sevdiklerime,

Bana her zaman güvenen ve güven veren, çalışmamın her anında sonsuz sevgi ve desteklerini hissettiğim, varlıkları ile bana güç katan ve şanslı hissettiren babam Yaşar AYDIN, annem Nuray AYDIN ve bitanecik kardeşim Sude AYDIN'a teşekkür ederim.

ÇİZELGELER

	Sayfa
Çizelge 1.1. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmetler Yapılanma Şeması	17
Çizelge 1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde tıbbi sosyal hizmet faaliyet verileri	18
Çizelge 1.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde tıbbi sosyal hizmet birimlerinin hastane hizmetlerinin geliştirilmesi ve personele yönelik çalışma verileri	19
Çizelge 2.1. Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler ile araştırma kapsamına alınan hastaların dağılımları	66
Çizelge 2.2. Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik- otonomik kişilik özelliklerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları	70
Çizelge 2.3. Araştırma kapsamındaki hastaların bağlanma stillerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları	74
Çizelge 3.1. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler	81
Çizelge 3.2. Hemodiyaliz hastalarının hastalık sürecine ilişkin bilgileri	84
Çizelge 3.3. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre ayrılık kaygısına ilişkin istatistik analiz sonuçları	87
Çizelge 3.4. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre başkalarını memnun etmeye ilişkin istatistik analiz sonuçları	88
Çizelge 3.5. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre onaylanmama kaygısına ilişkin istatistik analiz sonuçları	91
Çizelge 3.6. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre	93

Sayfa

özgürlük alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	
Çizelge 3.7. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre kişisel başarı alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	94
Çizelge 3.8. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	96
Çizelge 3.9. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre güvenli bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	98
Çizelge 3.10. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre korkulu bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	99
Çizelge 3.11. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre kaçınan bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	101
Çizelge 3.12. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre saplantılı bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları	103
Çizelge 3.13. Hemodiyaliz Hastalarının Bağlanma Stilleri Puan Ortalamaları	104
Çizelge 3.14. Sosyotropik-Otonomik Kişilik ve Bağlanma Stilleri Alt Ölçekleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları	105
Çizelge 3.15. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropi-Otonomi ile Bağlanma Stilleri Puanlarının Dağılımı	106

1. GİRİŞ

Sağlıklı olmak ve sağlıklı yaşamak insanların en temel, en doğal hakkı ve vazgeçilmez arzusudur. Bir insanın hasta olması, sadece o insanı ilgilendirmez. Hastalığın; hastaya, ailesine ve topluma birçok olumsuz etkileri vardır (Baloğlu, 2006). Oysa hastalığın tanımı hem toplumdan topluma hem de çağdan çağa değişmektedir. Bir bireye ne zaman hasta denileceği ya da bireyin kendisine ne zaman ve hangi koşullarda hasta olarak algılayacağını genel bir ilkesi yoktur. Ancak bu farklılıklar ya da ayrımlar “sağlıklı olma durumu” nun yitirilme sürecinin başlangıcına ilişkindir. Bu anlamda, herhangi bir hastalığın olması durumu yani bir dengenin olmaması durumu anlaşılmaktadır (Cirhinlioğlu, 2010). Hastalık, fiziksel zorluklara ek olarak, kişilerin yaşamlarındaki uyumlarını bozmakta ve psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum, kurulmuş olan denge durumunu büyük ölçüde bozar.

Kronik hastalığı olanlarda ruhsal sorunların da en az organik sorunlar boyutuna eriştiği görülmektedir. Dolayısı ile bu tip hastalara, tedavinin hem ruhsal hem de organik yönde eşit olarak götürülmesi gerekmektedir (Haberal, 1978). Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan kronik böbrek yetmezliği; her yaş grubunda görülebilen, birçok organ veya sistemde zamanla ilerleyen bozukluklara, ciddi organik, mental ve psikososyal sorunlara neden olabilen, tüm işlevleri sınırlayan, yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde işgücü kaybına yol açabilen bir hastalıktır (Kara, Akbayrak, 2005). Hastalık, böbrek işlevinin ilerleyici bir şekilde geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesi olup hem dünyada hem de ülkemizde oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur.

Diyaliz istatistik verilerine göre 2013 yılında, ülkemizdeki diyaliz hasta sayısı 24,914 kadın, 31,291 erkek olmak üzere toplam 56,205’dir. Bu hastalardan 52,675 kişi hemodiyaliz hastası olup, cinsiyet dağılımına baktığımızda 23,191’i kadın ve 29,484’ü erkektir. Hemodiyaliz hastaları kamu hastaneleri (13,439 kişi), özel (36,299

kişi) ve üniversite hastanelerinden (2937 kişi) hizmet almaktadır. Kamu hastanelerinden hizmet alan hemodiyaliz hastalarının 6001'i kadın, 7438'i erkek olup, yaş dağılımına baktığımızda 95'i 18 yaş altı, 8817'si 18-65 yaş arası ve 4527'si 65 yaş üstüdür. Ankara ilinde ise 4349 diyaliz hastası olup, bu kişilerden 3946'sı hemodiyaliz hastasıdır. Kamu hastanelerinden hizmet alanların sayısı ise 341'dir. Bu veriler 14/03/2014 tarihinde alınmış olup, sürekli güncellenmektedir.

Genel olarak modern tedavinin hedefi, diyaliz ya da transplantasyon ile hastalarda üreminin ileri belirtileri gelişmeden tedaviyi başlatmaktır. Kronik böbrek yetmezliğinde transplantasyon, peritonel diyaliz ve hemodiyaliz olmak üzere üç tür tedavi yöntemi vardır. Bu tedavi yöntemlerinden en sık kullanılanı hemodiyalizdir (Andreoli ve ark., 1993; Akt: Erdem ve Arıcı, 1998). Hemodiyaliz; fistül, greft ya da kateter adı verilen uygun bir vasküler giriş yolu kullanılarak hastadan alınan kanın, bir makina ve pompa yardımıyla diyalizör adı verilen bir süzgeçten (yapay böbrek) geçirilirken sıvı ve solüt içeriğini düzenleyerek hastaya geri verilmesine verilen addır.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar, hastalık sürecinde tıbbi, psiko-sosyal ve ekonomik boyutları olan çok çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Bu hastalar kendilerini sıkıntılı bir diyaliz işlemine, tıbbi bakıma ve tıbbi personele bağımlı bulurlar ve sıvı-diyet kısıtlaması, ilaç alımı, sık hastalanma, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı gibi streslere maruz kalırlar (Sezer, 2001; Karabulutlu ve ark., 2004). Diyalize bağlı kayıplardan ilki fiziksel işlev kaybıdır. Hemodiyaliz aygıtı böbrek işlevi görmekle birlikte böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Hastada kronik böbrek yetmezliğinin bazı belirtileri devam eder (özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu). Tüm bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur. İkinci kayıp ekonomik güvence kaybıdır. Hasta bireyin işgücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir (Cimilli,

1994). Hemodiyaliz tedavisinin sürekliliği ortalama kazancı olan bir aileyi finansal olarak zorlamaktadır (Shambaugh, 1967). Bir diğer kayıp aile düzeninin bozulmasıdır. Diyalizin başlangıç dönemlerinde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kaybettikleri, dost ve akrabalarında arayıp sormadıkları gözlenmektedir. Bu durum transplantasyonda da sorun oluşturur. Aile bireyleri başlangıçta böbrek vermeye gönüllü iken giderek vazgeçmeleri sık görülmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkmaktadır (Cimilli, 1994).

1.1. Hemodiyaliz Tedavisi Ve Hemodiyaliz Hastaları İle İlgili Genel Bilgiler

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının yaşadığı tıbbi, psikososyal ve ekonomik sorunlara ilişkin bilgiler verilmiştir.

1.1.1. Hemodiyaliz Hastalarının Karşılaştığı Tıbbi Sorunlar

Hemodiyaliz hastalarında hemodiyaliz işlemi ya da tedavinin uzun süreli olması nedeni ile tüm sistem ve organlarda çeşitli bozukluklar ve sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlar genellikle, gastrointestinal problemler, kardiyovasküler hastalıklar, üremik kemik hastalığı, anemi, hepatitdir. Hemodiyaliz hastaları gastrointestinal sistemle ilgili iştahsızlık, bulantı, kusma, dispepsi (dyspepsia), kabızlık, ishal, akut karın, üst gastrointestinal sistem hastalıkları, safra kesesi hastalıkları, alt gastrointestinal sistem hastalıkları, asit, pankreatit gibi sorunlar yaşamaktadır. Kardiyovasküler problemler ise diyaliz hastalarında en çok karşılaşılan ölüm nedenidir; diyaliz hastalarında ölümlerin yaklaşık % 40-50'sinden kardiyak nedenler sorumludur. Hemodiyaliz hastalarında, iki diyaliz arası 3-4 kilogramdan fazla kilo alınması kardiyovasküler mortaliteyi belirgin şekilde artırır. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan kardiyovasküler problemler koroner arter hastalığı, perikardit, solventrikül fonksiyon bozukluğu ve hipertrofisi, kalp yetmezliği, endokardit ve

aritmilerdir. Üremik kemik hastalığı, hemodiyaliz hastalarında geç dönemde ortaya çıkan ciddi sorunlardan bir tanesi olup erken tanısı, önlenmesi ve tedavisi gerekir. Anemi, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli ve sık nedenlerden birisidir. Böbrek yetmezliğinde aneminin birçok nedeni vardır; ancak en sık nedeni eritropoietin (EPO) yetersizliğine bağlı azalmış eritropoezdir. Hemodiyaliz ünitelerinde sık karşılaşılan sorunlardan bir diğeri hepatittir. Hemodiyaliz hastaları sık hastaneye yatmaları, kan transfüzyonuna ihtiyaç göstermeleri nedeni ile hepatit açısından risk altındadırlar. Hemodiyaliz ünitelerinde sık karşılaşılan hepatit tipleri B ve C hepatitlerdir (Akpolat ve Utaş, 1997). Hemodiyaliz hastalarının sağlıklarını sürdürmelerinde; tedavi programı, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum göstermeleri oldukça önemlidir. Ancak hastalar için uygulanması en zor olan durum diyet ve sıvı kısıtlamalarıdır. Çünkü hastalık, hem yeme alışkanlıklarını ve tercihlerini etkilemekte, hem de özellikle sıvı, protein ve potasyum alımı konusunda hastaya birçok kısıtlama getirmektedir (Dobell ve ark., 1993; Ataman, 1995; Sensky ve ark., 1996, Akt: Ovayolu ve ark., 2007). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar için diyet, tedavi rejiminin can alıcı noktasıdır ve diyetle uyumsuzluk çoğu zaman sıvı-elektrolit dengesini bozar, malnütrisyon gelişme riskini ve mortaliteyi artırır (Ovayolu ve ark., 2007).

1.1.1.1. Cinsel Sorunlar

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için cinsellik yaşamda en önemli stresörlerden biri olmasına karşın bu hastalardaki cinsel bozukluklar çok sınırlı bir şekilde ele alınmaktadır (Karadeniz ve ark., 2005; Soykan ve ark., 2005; Yılmaz, Özaltın, 2010). Hemodiyaliz uygulanan iki cinsiyette de birtakım cinsel sorunlar yaşanabilir. Endokrin değişiklikler, ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, psiko-sosyal etkenler ve depresyon cinsel işlevleri bozmaktadır (Mutlu, 2007; Bahar ve ark., 2007). Bahar ve ark. (2007) 46 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %76,1'inde cinsel sorunlar yaşadığı sonucunu elde etmiştir. Gölge ve Özaltın (2005) yaptıkları bir çalışmada,

diyaliz hastalarında %57,1 oranında cinsel sorunların olduğu, kadın diyaliz hastalarında cinsel sorunların erkek diyaliz hastalarına oranla daha yaygın olduğunu belirlemiştir.

1.1.1.2. Transplantasyona İlişkin Sorunlar

Böbrek transplantasyonu gelişen cerrahi tekniklerle birlikte son yıllarda sık uygulanabilir hale gelmiştir. Diyalizin pahalı ve yaşam süresini kısaltan bir tedavi yöntemi olması gibi etkenler klinisyenleri organ transplantasyonu yapmaya yöneltmektedir (Bilgin ve ark., 1999 Akt; Mutlu, 2007). Çoğu araştırma organ naklinin, diyaliz tedavisine kıyasla hastaların hem fiziksel hem de ruhsal açıdan yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir (Evans ve ark., 1985; Carlos ve ark., 1987; Iwashige ve ark.; Akt.; Özçürümez ve ark., 2003).

Transplantasyon kesin bir iyileştirme girişimi olmayıp, tıbbi ve psikiyatrik zorluklarla karşı karşıya olan hastaya alternatif bir tedavi sunumu olarak kabul edilmektedir. Transplantasyon öncesinde ve sonrasında bazı önemli psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bir transplantasyon adayı önce uygunluğunun değerlendirilmesiyle karşı karşıya kalır. Bu değerlendirme çoğu zaman büyük ölçüde ruhsal stres yaratır. Hastalar, bu değerlendirmeden geçip geçemeyecekleri ve transplantasyon için onaylanıp onaylanmayacakları konusunda kaygı yaşarlar. Öte yandan, transplantasyon öncesi değerlendirme işlemi kişiyi hastalığının ciddiyeti ile yüzleştirir ve hastanın başa çıkma stratejisi olarak kullandığı inkar düzeneklerini olanaksızlaştırır. Hastalar yaşayan bir akraba veya akraba olmayan verici bulabilirse işlem daha belirli hale gelir. Ancak Lipkin ve Cohen, hastaların olumsuz yanıt alma korkusuyla canlılardan organ bağıışı istemekten kaçınabildiklerini söylemektedir. Yine, akrabaların bazen reddettikleri takdirde kendilerini suçlu hissedebilecekleri korkusuyla hastalardan uzaklaşabildiklerini bildirmektedirler.

Anksiyete sıklıkla transplantasyon hastasının hastaneden taburcu olduğu sırada artmaktadır. Bu artış yoğun hastane bakımının sağladığı güvenlik duygusunun kaybedilmesinden veya transplantasyon sonrası tıbbi rejime uyma çabalarından kaynaklanabilir. Transplantasyon sonrasında gözlenen anksiyete bozuklukları, yaşam kalitesinde de düşmeye sebep olabilir.

Ülkemizde Arapaslan ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, ortalama 5 yıl önce böbrek nakli yapılmış 40 hasta üzerinde yapılandırılmış tanı araçları ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre %50 oranında psikiyatrik bozukluk ve bunların da %25'inde majör depresyon bulunduğu belirlenmiştir.

Transplantasyon yapılan hasta eve döndüğünde aile rolleri ve sorumluluklar konusunda yeni bir düzenleme gerekir. Bu geçiş her zaman sağlıklı olmaz. Perez ve arkadaşlarının araştırmasında transplantasyon sonrası hastaların yakın akrabalarında da anksiyete bozukluklarının ortaya çıktığı bulunmuştur (Perdeci ve ark., 2012).

1.1.2. Hemodiyaliz Hastalarının Karşılaştığı Psiko-Sosyal Sorunlar

Kronik böbrek yetmezliği tıbbi bir problem olmasının yanı sıra, hastaların sosyal ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir. Ülkemizde hemodiyalize devam etmekte olan 70 hastayla yapılan bir araştırmada, ICD-10 tanı ölçütlerine göre, %22,9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Majör depresyon nöbeti %17,1 ile, yaygın anksiyete bozukluğu ise %8,7 ile en sık konulan tanılarıdır (Sağduyu ve Erten 1998). Kimmel ve arkadaşları (1998), bir yıl izledikleri hemodiyaliz hastalarının %10'unda en az bir ruhsal bozukluk bulunduğunu belirlemişlerdir. Hemodiyaliz programındaki 426 hasta ile yapılan bir başka araştırmada, bilişsel işlevler üzerinde nörobiyolojik değişkenlerden çok, depresyon ve kişilik özelliklerinin yordayıcı olduğu, bu nedenle de bellek ve dikkat bozukluğu bulunan hastaların ruhsal açıdan

iyi değerlendirilmeleri gerektiği belirtilmiştir (Brickman ve ark., 1996). Kontrollü bir çalışmada, diyaliz hastalarında Genel Sağlık Anketi puanlarına göre psikiyatrik bozukluk oranları %43 iken bu oran dahiliye hastalarında %30, transplantasyon alıcılarında %27 olarak bulunmuştur (Petrie, 1989).

Hemodiyaliz hastalarında kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak yaşamlarını etkileyen en önemli psikolojik sorunlar depresyon ve intihar, anksiyete, duygu kontrolü ve uyum güçlüğü, stres ve kişilerarası ilişkilerde bozulmadır (Daugirdas, Blake, 2003).

1.1.2.1. Depresyon ve İntihar

Diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal sorun depresyondur. İnsidansı %5-%60 arasında değişir. Depresyon, böbrek fonksiyonlarını, fiziksel ve düşünsel yeteneklerini, seksüel fonksiyonlarını, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünü kaybetmesine bağlıdır ve hastanın başlangıçta sahip olduğu tıbbi hastalığın verdiği sıkıntılarla tetiklenir. Depresyonun semptomları, umutsuzluk yada karamsarlık duyguları, uyku bozukluğu yada çok uyuma, yorgunluk, ilgi kaybı, iştah kaybı yada çok yeme, ağrı ve sancı, konsantrasyonda zorlanma, ölüm veya intihar düşünceleri, suçluluk ve işe yaramazlık duygusu, psikomotor ajitasyon veya geriliktir (Uslan, 2002, Akt: Çelik ve Acar, 2007).

124 hemodiyaliz hastası üzerinde yürütülmüş bir çalışmada hastaların % 17,7'sinde hafif düzeyde depresyon, % 6,5'inde ise majör depresyon bulunmuştur (Hinrichsen ve ark.,1989, Akt: Özcan ve ark., 2000). Craven ve arkadaşları (1989) en az üç aydan beri tedavi gören bir grup hemodiyaliz ve periton diyaliz hastasında % 8,1 majör depresyon ve % 6,1'inde distimik bozukluk tespit etmiştir.

Diyaliz hastalarında intihar oranı da normal popülasyondan fazladır. Diyaliz hastalarında kendilerine zarar verici davranışlar diyetten kaçamak yapma, diyetten kasten uymama, tedaviyi reddetme, intihar girişimleri gibi bir görüntü oluşturur.

Kurella ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda intihar riskinin normal popülasyona göre %84 daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu hastaların %20'si diyalizi kendi isteklerine göre sonlandırmaktadırlar (Cohen ve ark., 2003; Akt: Dadalı, 2009).

1.1.2.2. Anksiyete

Psikiyatrik açıdan anksiyete, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali diye tanımlanabilir. Kişi huzursuzdur, kötü bir şey olacağından endişe etmektedir, ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı gösterememektedir (Cansever, 2005; Akt: Çelik, Acar, 2007). Birçok araştırma diyaliz hastalarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir (Wright ve ark., 1996; Kalman ve diğerleri, 1993 Akt: Cimilli, 1994). Hemodiyaliz hastalarının makineye bağımlı olmaları, iş ve aile düzenlerindeki bozulmalar, geleceğe ilişkin belirsizlik duygusu yaşamaları, cinsel işlevlerinin bozulacağı korkusu, beden imajlarındaki bozulmalar hastalarda anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır (Özkan, 1993; Aydın, 2000; Akt: Mutlu, 2007). Cukor ve arkadaşlarının 70 hemodiyaliz hastasını içeren yapılandırılmış klinik görüşme ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların %27'sinin majör anksiyete bozukluğu tanısı aldığı ve bu hastaların yaşam kalitelerinin herhangi bir tanı almayan gruba göre olumsuz etkilendiği görülmüştür (Cukor ve ark., 2007, Akt: Dadalı, 2009).

1.1.2.3. Duygu Kontrolü ve Uyum Güçlüğü

Hemodiyaliz kurtardığı yaşamı değiştirmekte, hastaların normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır. Sürekli makineye bağlı olma, bağımsızlığını yitirme, ilaç ve diyet tedavisi, cinsel işlev bozukluğu ve iş kaybı gibi durumlar hastalarda yadsıma, negativizm, tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü

gibi tepkilere neden olabilir. Bu tepkiler genellikle hastanın yaşadığı kaygı, öfke ve isyanın neden olduğu mutsuzluk duygularıyla ilişkilidir (Acaray, Pınar, 2004; Akt: Okanlı ve ark., 2008). Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi diyaliz hastalarında da öfke sık görülür. Çoğu zaman hastanın kendisi tarafından da bilinmeyen öfke, ailesine ve tedavi ekibine yönelik olabilir (Sezer, 2001). Şentürk ve ark. (2000) hemodiyaliz tedavisinden sonra hastaların %55'inin öfke yaşadığını belirtmiştir.

Hemodiyaliz, hastaları ölümden kurtarıp yaşama devam etmelerini sağlayan bir yöntem olmakla birlikte, hasta için kronik hastalığın verdiği sıkıntılar duygusal baskıların artmasına, hastanın ruhsal dengesini bozarak tedaviye uyumunu zorlaştırmasına neden olmaktadır (Sensky ve ark., 1996; Mete, 1998; Levendoğlu ve Altıntepe, 2004).

Abram (1979) hastaların diyalize uyum sürecini 4 aşamalı olarak değerlendirmiştir. Birinci dönem diyalize başlamadan önceki dönem, yani üremik dönemdir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları içindedirler. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Kronik böbrek yetmezliği belirtileriyle birlikte ölüm korkusu, umutsuzluk, zihinsel çökkünlük içindedirler. İkinci dönem anksiyete dönemidir. Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği dönemdir. Üçüncü dönem yaşama dönüş dönemidir. Diyaliz uygulamasına başladıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği bir dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği ve 3-12 ay sürebilen dönemdir. Dördüncü dönem normale dönüş dönemidir. Bu dönemde hasta makineye alışmış ve ölümden kurtulmuştur. Hasta, kronik hastalığın ve tedavi sürecinin elverdiği ölçüde yaşama ve ilgi alanlarına dönmüştür. Hastalığa karşı gerçekçi kabullenme sağlanmış, organ nakli gibi ileriye dönük plan ve beklentiler gerçekleşmiştir (Akt: Cimilli, 1994; Özkan, 1993; Mutlu, 2007).

Hemodiyaliz hastalarında yaşanan duyguların uygun biçimde ifade edilmesi ve paylaşılması hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır. Okanlı ve ark. (2008) 183 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların çoğu kez duygularını bastırdıklarını ve ifade etmekten çekindiklerini göstermektedir. Bu nedenle hastaların hastalığından dolayı yaşadığı kaygı, mutsuzluk, öfke gibi duygularını yakınlarına, sağlık personeline ve çevreye yansıtacağı bilinerek ilişki kurulmalı ve bu duygularını uygun şekilde ifade edebilmeleri için desteklenmelidir.

1.1.2.4. Stresle Başetme ve Sosyal Destek

Kronik böbrek yetmezliği teşhisi konulan kişinin başlangıçta tedavi ile ilişkili stressörler açısından diğer kronik hastalardan farklı reaksiyonlar göstermediği; ancak hemodiyaliz hastasının prognozunu belirsizliğine bağlı olarak, uzun süre stres yaşamaması nedeniyle diğer hastalardan ayrıldığı belirtilmektedir (Baldree ve ark., 1982).

Genel olarak hemodiyaliz hastalarının yaşadığı stresörleri birkaç başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar:

- **Makineye bağımlı olma:** Hemodiyaliz hastalarının yaşam süresi, hayati bir organı yerine geçen, bir makineye bağlıdır (Kara, Akbayrak, 2005). Haftanın birkaç günü diyaliz makinesine bağlanma bireyi makineye bağımlı kılmakta, bireyin özerkliğini sınırlamakta, çalışma ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalıkla birlikte fiziksel gücün azalması, çalışamama ve artan tedavi giderleri hastayı ekonomik yönde kayba uğratmakta, hasta birey çevresine bağımlı hale gelmektedir (Özkan, 1993). Bu durum hastanın stresini artırmaktadır.
- **Tedavi ile ilişkili kısıtlamalar:** Hastanın yaşamında tedaviyle ilişkili bazı kısıtlamalar (sıvı alımı, yiyecekler ve fiziksel aktivitelerde kısıtlamalar, günlük aktivitelerini planlama ve tatille ilgili yaşanan sınırlamalar gibi) meydana gelmektedir. Yapılan bir araştırmada, hemodiyaliz hastalarında en

çok neyin değiştiği veya en çok neyi özledikleri sorulduğunda, sıklıkla kendilerini kısıtlanmış hissettiklerini ve eskiden hoşlandıkları aktivitelere katılamadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

- **Diğer Stressörler:** Hastalar; gelirin veya işin kaybı, üye olunan gruplardaki üyeliğin kaybı, genel kuvvetsizlik hisleri, ilaçların yan etkileri, kalıcı arkadaşlar bulmada zorlanma, aile hayatı ve arkadaşlıkların bozulması gibi ilave stresörler tanımlamaktadırlar (Kara, Akbayrak, 2005).

Diyaliz hastalarında yaşanan stresler dramatik yaşam değişikliklerine neden olduğu için etkili başetme gücü gerektirmektedir. Bu başetme davranışları hastalık ile başlar ve tedavi ile devam eder (Janet and Joan, 2001, Akt: Karabulutlu ve ark., 2004).

Kronik hastalığı olan hastaların çoğunluğu kendi sosyal destek ağlarını kullanmakta ve stres yaratan olaylar ile karşı karşıya geldiklerinde tipik başa çıkma stratejileri kullanmaktadır. Başa çıkma stratejileri problem odaklı ve duygusal odaklıdır. Problem odaklı davranışlar sıkıntıya neden olan durumu çözmek ya da değiştirmek için sarf edilen çabalardır. Duygusal odaklı davranışlar sıkıntıya neden olan durumu değiştirmeyen fakat kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlayan düşünce ya da hareketlerdir (Argon, 2002).

Hemodiyaliz hastalarının sosyal destek seviyesi arttıkça hastaların yaşam memnuniyeti artmakta, depresif duygu durumu ve hastalığın yükü ise azalmaktadır (Patel ve ark., 2005). Karabulutlu ve ark. (2004) 178 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptığı çalışmasında, hastaların en fazla ailelerinden destek aldığını ve bunu hemşire desteği ve arkadaş desteği takip ettiğini belirlemiştir.

1.1.2.5. Kişilerarası İlişkilerde Bozulma

Kronik hastalık bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrol becerisini, kişiliğini ve ilişkilerini olumsuz etkiler. Bunlar hastanın zaman içinde yalnızlaşmasına neden olabilirler (Duyan, 2003). De-Nour (1982) kronik hemodiyaliz hastalarının uyum durumlarını incelediği araştırmasında, hastaların sosyal ve kişilerarası ilişkilere bağlı sorunları yoğun yaşadıklarını belirtmiştir.

İnce ve Çifter (1997) 50 hemodiyaliz hastası, 50 romatoid artrit tanısı almış hasta ve 50 fiziksel olarak sağlıklı kişi olmak üzere toplam 150 denek üzerinde yaptığı araştırmada, kişilerarası duyarlık alt ölçeğinde, hemodiyaliz hastalarında daha yüksek olmak üzere her iki hasta grubunda da patolojik düzeyde puanlar elde etmişlerdir. Bunun nedeni organizmada önemli görevler üstlenmiş olan böbreklerin fonksiyonlarını kaybetmeleri sonucunda, hastaların kendilerini eksik ve yetersiz hissetmeleri olabilir. Hastanın beden imajı bozulduğu için kendini küçük görmekte ve başkalarıyla iletişime geçmekte rahatsızlık hissetmektedir.

Ünlüoğlu, Özden, İnce (1997) 131 hemodiyaliz hastası ile yaptığı çalışmada %72'sinde kişilerarası iletişim güçlüğü yaşama, %78'inde işlevselliğinde azalma olduğu sonucunu elde etmiştir. Hastalar sağlık ekibiyle de iletişim sorunları yaşayabilmektedir. Bu nedenle bu hastalarla çalışan sağlık ekibinin hastalarla olumlu ve sıcak bir ilişki kurmaya dikkat etmesi, hastayı hastalığı konusunda bilgilendirmesi önemlidir.

1.1.3. Hemodiyaliz Hastalarının Karşılaştığı Ekonomik Sorunlar

Kronik hastalıklar uzun süreli kontrol ve bakım gerektiren, geriye dönüşümsüz değişikliklere yol açabilen, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma; hasta, ailesi ve ülke açısından da sosyal ve ekonomik birçok sorunlara yol açabilen hastalıklardır.

Kronik hastalıklara paralel olarak yaşanan bu sorunlar, hem hasta, hem de hasta ailesi için bir takım sıkıntı ve kısıtlamalara neden olabilmektedir. Ailede bir bireyin hemodiyaliz tedavisi alması çoğu kez ailede ekonomik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Arıkan ve Can (2009), hemodiyaliz hastalarının bakımından sorumlu hasta yakınlarının sorunları ile tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmalarında, hastalarına bakım veren aile bireylerinin psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden desteklenmeye gereksinimleri olduğunu vurgulamışlardır (Kaya ve Demir, 2012).

Tüm bu sorunların çözümlenmesi çok disiplinli ekip çalışması anlayışı içinde birbirinden farklı mesleklerin müdahalesini gerektirir. Bu mesleklerden birisi de sosyal hizmet mesleğidir (Mutlu, 2007). Hemodiyaliz ünitesindeki tıbbi sosyal hizmet uygulamaları sosyal hizmet uygulamalarının bir parçasıdır ve özellikle hasta ve ailesine psiko-sosyal destek sunma boyutunda önemli işlevlere sahiptir.

1.2. Hemodiyaliz Hastalarıyla Çalışmada Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal hizmet sağlık alanına katkı veren birçok hizmetten sadece birisidir. Kronik böbrek yetmezliği gibi fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet dalına tıbbi sosyal hizmet adı verilmektedir.

Bu kapsamda tıbbi sosyal hizmetin tanımı ve tarihsel gelişimi, işlevi ve amacı, sağlık kurumlarında tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, hemodiyaliz ünitelerinde sosyal hizmet uzmanının işlevini incelemek yararlı olacaktır.

1.2.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Sosyal hizmet literatüründe tıbbi sosyal hizmet ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmış, hepsinde ortak olarak hastanın ve ailesinin psiko-sosyal yararı gözetilmiştir.

Tıbbi sosyal hizmet, hastalığı ve tedavisi sırasında hastayı etkileyen sosyal ve duygusal sorunların çözümü ile uğraşmak amacı ile sosyal kişisel çalışma ve bazen de grup çalışması yöntemi kullanılan sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olup sağlıklı olmayı mümkün kılmayı, hastalıkları önlemeyi fiziksel yönden hastalığı olanlara ve onların ailelerine hastalığa ilişkin olarak karşılaştıkları psikososyal problemleri çözmeyi amaçlayan, hastanelerde ve diğer sağlık bakım ortamlarında gerçekleştirilen bir sosyal hizmet uygulamasıdır (Friedlander 1963; Barker, 1999).

Sağlık Bakanlığı'nın Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi (2011) 'nde tıbbi sosyal hizmet; “ Ayakta veya yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması” olarak tanımlanmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet alanı sosyal hizmet mesleğinin en eski alanlarından birisidir ve profesyonel organizasyonun gelişiminde başlıca beş faktör etkili olmuştur.

1) Organize Olmamış Hizmetler: Arkadaş, akraba ve özellikle Batı toplumlarında din adamlarının hasta bireye ve ailesine profesyonel olmayan bir biçimde yardım etmesidir.

2) Bayan Almonerler: Gücünü ve imkanlarını başkalarının iyiliği için kullanan bayan Almoner'ler, 1880'li yıllarda İngiltere'de akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak, hastaların duygusal ve psikolojik bozukluklarını, gösterdikleri şefkat ve ilgi ile hafifletmek üzere çalışmışlardır. Böylece bayan almonerler, toplumun tıbbi kaynakları ile sosyal hizmet sistemleri arasında bağlantı kurma sorumluluğunu üstlenerek modern tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemli kilometre taşlarından birini oluşturmuşlardır (Şeker, 2012).

3) Taburcu Olan Hastaların İzlenmesi: Bayan almonerlerden önce, *Akıl Hastanelerinden Taburcu Olan Yoksul Kişilerin Taburculuk Sonrası Bakımı Topluluğu*, evsiz ruh hastalarının koruma evlerine ya da nekahat devresi bakım evlerine yerleştirilmesini sağlamak ve taburcu olan hastalara eski ortamlarına iyileşmiş olarak dönmelerine yardım etmek üzere çalışmaktaydı. Topluluk, gönüllü bir kuruluş olmasına rağmen halen ruh sağlığı hizmeti veren hastanelerin genel süpervizyonu altında hizmet vermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise benzer bir kuruluş bulunmamakla birlikte 1906 yılında New York Yoksullara Yardım Derneği, hastanelerde profesyonel sosyal hizmet uygulamalarına başlamıştır.

4) Ziyaretçi Hemşireler: Hemşirelerin sunduğu psiko-sosyal hizmetler, organize olmamış hizmetler başlığı altında da ele alınabilir. Hemşirelerin hastanede ya da hastanın bulunduğu ev ortamında sağladığı psiko-sosyal sorunlarını çözme amaçlı bu hizmetler, tıbbi sosyal hizmetin önemli bir önceliğidir.

5) Tıp Öğrencilerinin Eğitimi: Tıp eğitiminde, hastanın psiko-sosyal problemlerinin belirlenmesi ve sosyal hizmet kaynaklarının hasta lehine kullanılması gerekliliği anlaşılarak ilk kez John Hopkins Üniversitesi Tıp Okulu'nda tıbbi sosyal hizmet dersi verilmeye başlanmıştır. Ders kapsamında, sınıf içi eğitim dışında fiziksel hastalıklar ile ev çevresi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere alan uygulamasına çıkmış ve hastalar evlerinde de ziyaret edilmiştir (Duyan, 2003).

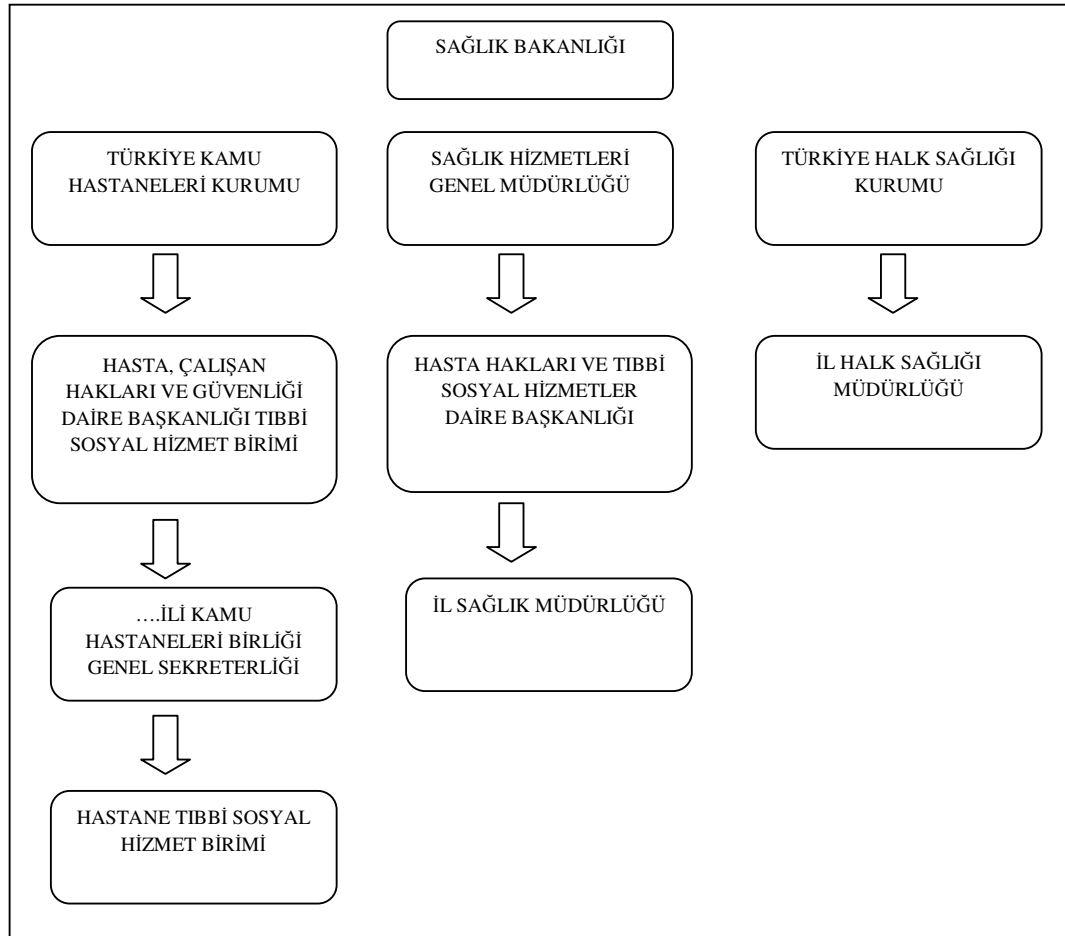
Ülkemizde tıbbi sosyal hizmetlerin yasal mevzuat çerçevesinde işlevlerine başlaması 10.09.1982 tarihli ve 8/5319 sayılı Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile başlamıştır. Yönetmelik kapsamında sosyal

hizmet uzmanı olan hastanelerde sosyal servis kurulması belirtilmiş ve sosyal hizmet uzmanının görev ve yetki tanımları yapılmıştır. Bu doğrultuda, tıbbi sosyal uygulamalarının geliştirilmesi, ülke genelinde planlanması, denetlenmesi ve koordinasyonu amacıyla 2010 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kurulmuştur. Şubenin kuruluşunu takiben tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edilmesi, etkinleştirilmesi ve yaygınlaştırılması kapsamında 16/02/2014 tarihli ve 7465 sayılı Olur ile Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi yayınlanmıştır. Bu yönergenin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntem ve teknikleriyle zamanında çözümlenebilmesi için tıbbi sosyal hizmetin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları belirleyerek tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının insan hakları, eşitlik ve sosyal adalet temelli bir anlayış ile etkili ve ulaşılabilir bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır.

Bu yönerge ile sosyal hizmet uzmanı bulunan hastanelerde tıbbi sosyal hizmet birimi kurulması zorunlu hale getirilmiştir. Hastane içinde sosyal hizmet uzmanlarının görev ve yetkileri tanımlanmış, diğer sağlık personelinin bu alanı tanınması için tüm hastanelerde eğitimler düzenlenmiştir. Bu kapsamda 2011 yılında hastanelerde 290 tıbbi sosyal hizmet birimi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı 02/11/2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişmiş olup, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Yeni yapılanma ile birlikte tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesindeki iki Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte olup, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tıbbi sosyal hizmet

alışmalarını sürdürmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının planlanması, koordine edilmesi ve mevzuat çalışmaları yürütölmekte, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nda ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerindeki tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, eğitimler, proje çalışmaları, personel planlaması, faaliyet verilerinin takibi yapılmaktadır.

Çizelge 1.1. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmetler Yapılanma Şeması (2014)



Sağlık tesislerinde görevli sosyal hizmet uzmanları hastaneden hizmet alan kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç, engelli, yoksul, aile içi şiddet mağduru, ihmal ve istismar edilen, mülteci, insan ticareti mağduru, yaşlı, dul ve yetim, kronik, alkol ve madde bağımlısı, ruh sağlığı bozulmuş hastalar öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal

hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

2013 yılında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı 310 tıbbi sosyal hizmet biriminden gelen faaliyet verilerine göre;

Çizelge 1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde tıbbi sosyal hizmet faaliyet verileri

Hasta Profili	Sayı
Kimsesiz Bakıma Muhtaç Hasta	9,887
Engelli Hasta	41,393
Yaşlı Hasta	15,712
Yoksul Hasta	16,997
Sağlık Güvencesi Olmayan Hasta	9,158
Aile İçi Şiddet Mağduru Hasta	5,126
İhmal-İstismar Şüpheli Çocuk	7,881
Sığınmacı, Mülteci, Yabancı Uyruklu Hasta	11,380
İnsan Ticareti Mağduru Hasta	359
İl Dışından Gelen Hasta	22,877
Gazi, Dul, Yetim ve Şehit Yakını Hasta	503
Kronik Bakım Hastası	15,074
Alkol ve Madde Bağımlısı Hasta	8,707
Sosyal Endikasyonlu ve Dezavantajlı Grupta Yer Alan Hasta	39,503
Toplam	204,557

Sosyal hizmet uzmanları bu hastalara yönelik hastayla psiko-sosyal çalışma, hasta ailesiyle psiko-sosyal çalışma, sosyal inceleme ve değerlendirme, ev-işyeri-okul ziyareti, kurum bakımına yerleştirme, geçici barınma merkezlerine yerleştirme, ayni ve nakdi yardım sağlama, tedavi giderleri için kaynak bulma ve yönlendirme,

hastalarla grup çalışması, hasta ailesiyle grup çalışması, hasta eğitimi ve uğraşı çalışmaları, hasta nakil hizmeti, hasta ailesinin psiko-sosyal eğitimi, sosyal etkinlik gibi sosyal hizmet müdahalelerini uygulamaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları hastane hizmetlerinin geliştirilmesi ve personele yönelik çalışmaları da yürütmektedir.

Çizelge 1.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde tıbbi sosyal hizmet birimlerinin hastane hizmetlerinin geliştirilmesi ve personele yönelik çalışma verileri

Hastane Hizmetlerinin Geliştirilmesine ve Personele Yönelik Çalışmalar	Sayı
Eğitim Çalışması	3,657
Araştırma-Kalite Çalışmaları	1,340
Personele Yönelik Psiko-Sosyal Danışmanlık	1,906
Gönüllü Çalışmaların Organizasyonu	268
Sosyal Etkinlik	367
Tıbbi Sosyal Hizmet Birimleri tarafından yürütülen çeşitli çalışmalar	352

Hastaneye başvuran hastaların farklı ekonomik, sosyal ve kültürel koşullarda yaşadığı ve bu nedenle önemli sayıda hastanın tıbbi rahatsızlığın dışında psikolojik, sosyal ve ekonomik patolojilerle karşılaşması nedeniyle tıbbi sosyal hizmetin ve bu alanda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki görev tanımlarının en iyi şekilde tanımlanması, hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi için mevcut politikaların da bu yönde geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

1.2.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin İşlevi ve Amacı

İnsan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutlarının olması hastalıkların tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşımın benimsenmesine yol açmıştır. Tıbbi bakım ve tedavi kurumlarında hastaların tedavisini tıbbi boyutta sınırlamak ve hastalığı kısmen tedavi etmek, yalnızca hastalığın semptomlarının görülmesini engeller. Bu bağlamda, tıbbi sorunlara bütüncül yaklaşım önem kazanır. Birbirini etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamaya çalışmak, tıbbi sosyal hizmetin sağlık alanında işlevselliğini ortaya koyar. Tıbbi sosyal hizmetin sağlık alanındaki bir diğer işlevsel yönü ise tıbbi bakım ve tedavi sisteminin daha insancıl ve daha etkili bir biçimde hizmet vermesine yardımcı olmaktır (Duyan, 1996).

Tıbbi sosyal hizmetin amacı, hastaların psiko-sosyal ve fiziksel iyilik halinin yükseltilmesi; hastaların bakım hizmetlerinden uzun veya kısa vadede maksimum düzeyde yardım almalarının sağlanması ve temel koşullarının iyileştirilmesi; hastaların zihinsel veya fiziksel hastalıklardan korunması; özürlü veya hastalığın psiko-sosyal etkilerinin azaltılması ile etik sorumluluğun geliştirilmesi ve yerleştirilmesidir. (Duyan, 2003).

1.2.3. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları ve Hemodiyaliz Ünitelerinde Sosyal Hizmet Uzmanının İşlevleri

Tıbbi sosyal hizmet yaklaşımını diğer profesyonellerin yaklaşımından ayıran en önemli fark, hastayı ve ailesini kendi konteksi içinde bir bütün olarak ele alması ve bütün yaşamsal alanları üzerinde eş zamanlı olarak çalışmasıdır. Tıbbi bakım kurumlarında görev yapan sosyal hizmet uzmanları, çok çeşitli sosyal endikasyon vakası ile karşılaşabilir. İhmal veya istismar edilmiş çocuk ve ergen, terk bebek ve

çocuklar, şiddet mağduru kadınlar, çocuk anneler, ailesi tarafından dışlanan ya da terk edilen yaşlılar ve kadınlar, bimekan hastalar, diğer sosyal kurumlardan gelen (ceza evi, kadın sığınma evi, yetiştirme yurdu vb) bir şekilde sosyal işlevselliği bozulmuş hastalar, madde kullanan ergenler, engelli yetişkinler ve çocuklar, sakatlık, ölüm, kronik hastalık gibi yaşam olaylarından kaynaklanan aile krizleri, hastaneye ve tedaviye uyum sağlayamayan ve ilk bakışta belirlenemeyen örtülü ruhsal bozukluğu olan hastalar vs. ile çalışan sosyal hizmet uzmanı, tedavi etkinliklerindeki rollerinin yanı sıra yönetici, planlamacı, kaynak geliştirici, eğitimci, savunucu rolleri de üstlenerek etkili bir sağlık ve hizmet politikasının geliştirilmesine yardımcı olurlar (Duyan, 2003).

Diyaliz kliniğinde sosyal hizmet uygulamalarının, tıbbi sosyal hizmet alanı içinde çok özel bir yeri vardır. Hastaların yaşı, fiziksel sağlığının derecesi, geçmişleri ve ihtiyaçları çeşitli olup bu ortamda çalışma, hem faydalı hem de zordur. Genel olarak, hemodiyaliz kliniğinin sosyal çalışma için birçok avantajı bulunmaktadır. Hemodiyaliz hastaları haftada üç gün diyalize girdikleri için sosyal hizmet uzmanları bu hastaların takibini yapabilmekte, yaşadığı psiko-sosyal sorunlara hızlı bir şekilde müdahale edebilmektedir.

Hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile ekibin diğer üyeleri, diyaliz hastaları için bakım planı oluşturan, fiziksel ve zihinsel işlevlerini değerlendiren, yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen meslek elemanlarıdır. Bu grup içinde sosyal hizmet uzmanının temel işlevi, hastanın böbrek yetmezliği sorunu ile başetmesine, tedavi planını takip ederek hastanın rehabilitasyon hizmeti almasına yardımcı olmaktır (McCool ve ark., 2011). Kronik hastalığa verilen farklı duygusal tepkilerin sıklığı ve işlevi, hastaların hastalık hakkındaki anlayışları ve başetme çabaları, hastanın hastalığına uyum sürecini etkiler (Duyan, 1997; Mutlu, 2007). Bu süreçte sosyal hizmet uzmanı, hasta ile bireysel görüşme yapar, güçlü yönlerini keşfetmesine ve baş etme becerilerinin artmasına yardım eder, hastalığa eşlik eden ve birbirini etkileyen fiziksel, psiko-sosyal faktörlerin sebep olduğu duygusal ve sosyal

stresleri azaltmaya çalışır (Bordelon, 2002, Akt: Mutlu, 2007). Bununla birlikte sosyal hizmet uzmanı, hemodiyaliz hastaları ile sosyal grup çalışması da yapabilir. Sosyal grup çalışmasının birçok hastanın yaşadığı duygusal baskı, yalnızlık, suçluluk, damgalanmışlık, depresyon, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duyguların değişmesinde büyük rolü vardır (Duyan, 1996). Grup çalışması, hastaların birbirlerine yardım etmelerine ve destek vermelerine olanak sağlar. Ayrıca gruba hastalıkla baş etme sürecini başarıyla yönetmiş ya da hastalığı tamamıyla yenmiş bir üyenin katılımı, diğer hastaların umudunu artırmada olumlu bir etkisinin olacağı, hastalık ve hastalıktan kaynaklanan sorunlarıyla mücadelesinde onu daha güçlü yapacağı düşünülebilir (Zengin, 2011). Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı aile eğitimi vererek hasta ve ailesine hastalığın neden olduğu değişimlerle başa çıkmada yardım eder, ulaşım, evde sağlık hizmetleri, mali destek konusunda toplum kaynaklarını kullanır (Callahan, 1998; Akt: Mutlu,2007).

Hemodiyaliz hastaları ile ilgili bazı psikolojik sorunların hastalık ve uygulanan tedavi yöntemleriyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmamaktan kaynaklandığı düşünülmektedir (Devins, 1990, Akt: Ünlüoğlu ve ark., 1997). Ünlüoğlu ve ark. (1997) yaptıkları araştırmada hemodiyaliz hastalarının aile ve çevre ilişkileri ile ilgili konularda sosyal hizmet uzmanı ve psikologlardan bilgilendirme almak istediklerini saptamışlardır. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanı ile ekibin diğer üyelerinin uzmanlık alanlarına göre hastaları böbrek hastalığı, diyaliz ve böbrek nakli konusunda bilgilendirmesi beklenmektedir.

1.3. Kişilik: Tanımlar, Kavramlar Ve Kuramlar

Bu bölümde kişilik kavramının tanımı ve özellikleri, kişiliği belirleyen faktörler, öğrenilmiş bir davranış olarak kişilik, kişilik kuramları, Beck'in bilişsel kuramı ile sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve hemodiyaliz hastalarındaki etkilerine ilişkin literatür bilgisine yer verilecektir.

1.3.1. Kişilik Kavramının Tanımı ve Özellikleri

Batı dillerinde personality-personnalite olarak kullanılan kişilik kelimesinin kökeni, Latince'deki “persona” kavramına dayanmaktadır. Klasik Roma tiyatrosunda oyuncular, temsil ettikleri özelliklere uyan maskeler takarak, kendi rollerini bu maskeler aracılığıyla canlandırıyorlardı. Kullanılan bu maskelere de “persona” adı verilmekteydi. Sahneyle seyirciler arasındaki uzaklığın fazla olmasından ve bu nedenle oyuncunun yansıttığı role uygun yüz mimikleri görülemeyeceği için bu yola başvurulardı. Böylece “persona” kavramıyla bireyler arası farklılıklar anlatılmak istenmiştir (Eroğlu, 1996).

Türk Dil Kurumu, kişiliği “ Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerin bütünü” şeklinde tanımlamıştır.

Kişiliğin pek çok tanımı vardır; ancak tanımların ortak özellikleri toplanarak bir başka tanım yapılabilir. Kişiliği, “*Bireyi diğerlerinden ayıran, bireye özgü, tutarlı ve yapılanmış özellikler bütünü*” olarak tanımlamak mümkündür (İnanç ve Yerlikaya, 2010). Kişinin çevresine nasıl cevap verdiğini tanımlayan ve aynı zamanda yansıtan içsel psikolojik karakteristikler olarak da tanımlanabilir. Bu tanımın üzerine vurgu yaptığı “bir bireyi diğerinden ayıran, ayırıcı sınıf, yüklenilen sıfat, özellikler, faktörler ve kişisel özellikler” gibi içsel karakteristiklerdir (Schiffman ve ark., Akt: Dal, 2009). Kişilik ile ilgili geliştirilen, literatürde sıkça rastlanan tanımlardan biri Feshbach’a aittir. Feshbach kişiliği, fiziksel, sosyal, ve kültürel çevrenin belirleyiciliği altında ortaya çıkan özellikler toplamı olarak ele almaktadır (Özdevecioğlu, 2002; Dede, 2009). Kişiliği oluşturan temel faktörler arasında bireyin fizyolojik-biyolojik yapısı, grup üyeliği, rol davranışları ve bulunduğu sosyal statüsü sayılmakla beraber çok farklı faktörler üzerinde durulabilmektedir (Dal, 2006).

Kişilik kuramları çoğunlukla bireyler arasında farklılık olduğunu ve bunun ölçülebilir olduğunu kabul eder. Kişilik psikologları kişilik envanterlerini içeren bir dizi değerlendirme teknikleri geliştirmişlerdir. Kişilik testleri, objektif ve projektif kişilik testleri olmak üzere ikiye ayrılır. Objektif kişilik testleri, yapılandırılmış bir

malzemenin sunulduğu, standart bir puanlama ve yorumlama prosedürünün olduğu testlerdir. Bu noktada, kişilik ile ilgili kağıt-kalem testlerinin çoğu objektif testler grubuna girmektedir. MMPI(Minesata Çok Yönlü Kişilik Envanteri), SA-45 (Semptom Değerlendirme Ölçeği), Beck Depresyon Envanteri, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri, 16 PF Kişilik Envanteri objektif kişilik testleri bu gruba örnek verilebilir. Projektif testler ise, yapılandırılmamış bir test malzemesi karşısında bireylerin motivasyonlarını ve kişilik örüntülerini değerlendirmektedir. Bireyin kişisel dinamikleri ile ilgili oldukça detaylı bir bilgi sunan projektif testler, objektif testler kadar standart bir puanlama ve yorumlama prosedürüne sahip olmadığından, klinisyenin bilgi ve deneyiminden daha çok etkilenmektedir. Rorschach Testi, Tematik Algı Testi, İnsan Çizimleri Testi örnek olarak verilebilir.

1.3.2. Kişiliği Belirleyen Faktörler

Bireylerin kalıcı özelliklerini yansıtan kişilik, farklı birçok faktörden etkilenmekte ve bireylerin etkileşim içinde bulunduğu faktörler kişiliğin oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Kişiliğin belirginleşmesinde ve kişilerin diğer bireylerden farklı kişilik özelliklerinin oluşmasında etkili olan faktörlerin genel olarak aşağıdaki dört başlık altında ele alındığı görülmektedir. (Luthans, 1995; Zel, 1999; Isır, 2006; Hazar, 2006; Çetin ve Beceren, 2007; Kaşlı, 2009).

Biyolojik ve Genetik (Kalıtsal) Faktörler: Son yıllarda genetik, gelişim psikolojisi ve kişilik bilim dalları üzerine yapılan çalışmalar, bu üç disiplin arasındaki ilişkiyi daha güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır (Goldsmith, 1983). Bireyin fiziki yapısıyla ilgili iskelet, boy, ağırlık, saç-göz rengi, zekâ durumu ile heyecanlılık, duygusallık, karşı koyma, direnme ve dayanıklılık gibi çoğu fiziksel, kısmen de zihinsel ve duygusal özelliklerde kalıtımın payı oldukça yüksektir. Buna karşılık, bireylerin belirli bir sosyal yapı ve fiziki çevre içinde yaşamalarından dolayı, sonradan öğrendikleri davranış kalıplarında (örf, adet, inanç, ahlak, fikir, düşünceler vb.) kalıtımın payı oransal olarak daha azdır (Zel, 1999). Genetik bilimi alanında yapılan

alışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, bireyi diğerlerinden ayıran özelliklerin önemli bir kısmının genetik miras yoluyla açıklanabildiği görülmektedir (Plomin ve Nesselroade, 1990).

Sosyo-Kültürel Faktörler: Bireyin içinde doğup büyüdüğü veya sonradan dahil olduğu sosyal sınıf ve bu sınıfın sunmuş ya da sunamamış olduğu birçok imkan, bireyin düşüncelerini, eğilimlerini ve çeşitli bireysel özelliklerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bireyin mahalle ve okul arkadaşıllıkları, oyun ve takım arkadaşıllıkları, yetişkin olduğu zamanki meslek ve çalışma arkadaşıllıkları gibi sosyal grupların oluşumu büyük ölçüde sosyal sınıf faktörünün etkisi altında kalabilmektedir. Bireylerin, birçok alandaki rol davranışlarında ve sosyalleşme çabalarında bu tür gruplarda yer almak önemli bir yer tutar. Bireyin kişiliğini anlamada, onun geçmişte ve şimdiki zamanda içinde yer almış olduğu sosyal grupların yapısını anlamak çok önemli bilgiler verebilir (Uysal, 2010; Tekin ve ark., 2012). Schweder (1991)'e göre, kişiliğin oluşumunda kültürel faktörler, bireyin çocukluk döneminde çok önemli olmayan bir etkiye sahipken, bireyin çocukluktan çıkıp gelişmeye başladığı dönemde, yani kültürün etkisini daha net hissedebildiği yaş döneminde kayda değer bir etkiye sahip olabilmektedir (Roach, 2006; Tekin ve ark., 2012). McCrae ve arkadaşlarının (2000) alışmalarının sonuçlarına göre, kültür, bireyin kişiliğinin gelişiminde belirli bir etkiye sahipken, kişiliğin, duygusal denge, dışadönüklük, açıklık, sorumluluk gibi faktörleri üzerinde belirli bir etkiye sahip değildir. Sonuç olarak kültür, yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, kişiliğin oluşumu ve gelişimi üzerinde belirli bir etkiye sahiptir, ancak kültür, kişiliğin gelişiminde etkili olan tek faktör olarak da değerlendirilmemelidir, kişiliğin dışında kalan, sosyal faktörler, ailesel faktörler ve çevresel faktörler de göz ardı edilmemelidir (Roach, 2006; Tekin ve ark., 2012).

Ailesel Faktörler: Kişilik alanında yapılan birçok araştırmanın sonuçlarına göz atıldığında, çocuklarda gözlemlenen kişilik özelliklerinin belirli bir kısmının ailede bulunan özelliklerden etkilendiği anlaşılmaktadır. Cattell, kişilik gelişimi ve yapısında öğrenmeyi etkilemesi açısından çevrenin son derece önemli olduğunu ve evre etmenleri içinde de en önemlisinin aile olduğunu vurgulamıştır (nl, 2001).

Çocuklar hem sosyo-kültürel değerleri ve tutumları hem de özel bazı davranış biçimlerini, anne babayı örnek alarak öğrenmektedirler. Çocuklar yetişirken, anne babanın birçok kişilik özelliklerini, ahlaki ve kültürel standartlarını taklit ederek öğrenirler (Deniz, 2007; Akt: Kaşlı, 2009). Aile içindeki bireylerarası ilişkiler ve aile ortamı, orada yetişen çocukların kişilik özellikleri üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Demokratik bir aile yapısında çocuklar kendilerini daha rahat ifade edeceklerinden, sonraki dönemlerde daha rahat iletişim kuran, özgüveni sağlam bireyler olarak davranacaklardır. Ailedeki çocuk sayısının bile kişiliğin gelişmesinde önemli bir etken olabildiği bilinmektedir (Zel, 1999).

Coğrafi ve Fiziksel Faktörler: Kişiliğin oluşumu ve gelişiminde bireyin içinde doğup büyüdüğü coğrafyanın da belirli bir etkisi bulunmaktadır. Coğrafi faktörler arasında, yörelerinin iklim, tabiat ve hatta fiziki şartları, bu yöre halkı üzerinde kişilik oluşumu açısından önemli faktörler olarak nitelemek yerinde olacaktır (Çetin ve Beceren, 2007). Kıyı kesiminde yaşayan insanlarla, kara bölgelerinde ve hatta dağlık bölgelerde yaşayan insanlar arasında kişilik farklılıkları olmasına karşın, yine aynı şekilde, soğuk ya da sıcak iklim özelliğine sahip bölge insanının kişilik özellikleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Soğuk iklim insanların daha sert ve donuk mizaçlı oldukları, sıcak iklim insanların ise daha çabuk değişen duygusal tutumları ve daha yumuşak, gevşek mizaçları olduğu şeklinde bir gözlem yapabilmek mümkündür (Girgin, 2007; Yılmaz ve Eroğlu, 2008).

Bununla birlikte, bilhassa sanayi devrimi sonrasında, bireylerin genellikle iş amaçlı olarak sürekli yaşadıkları (belki de doğdukları) yerin dışında başka bir yere göç ederek orada yaşamaya başlamalarının bireylerin kişilik özellikleri üzerinde çeşitli etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Özellikle, bireylerin gittikleri yere birçok yönden adapte olmaları sürecinde yaşadıklarının bu duruma önemli bir etkisinin olduğu yorumlanmaktadır (Pihl ve Caron, 1980; Akt: Develioğlu ve Tekin, 2013).

1.3.3. Öğrenilmiş Bir Davranış Olarak Kişilik

Öğrenme, kavramsal düşüncelerden, uygulama ve tecrübelerden elde edilen bilgilerle bireyin inanışlarını, değerlerini, tutum ve davranışlarını değiştirme süreci olarak tanımlanabilir (Dikmen, 1999). Bireylerin bütün eylemleri öğrenmenin sonucudur. Birey konuşmayı, yürümeyi, kızmayı, sevmeyi, satın almayı ve tüketmeyi öğrenir. Öğrenme biçimi, içeriği ve nitelikleri ile insan davranışlarını etkileyen faktörlerin başında gelir. Genel olarak insan ihtiyaç ve isteklerini, özel olarak fiziksel ihtiyaçlarını öğrenme aracılığıyla öğrenir (Akın, 2012). Öğrenme sosyal davranışları ödüllendirilmesi, kuralları çiğneyen davranışların cezalandırılmasıyla sağlanır (Cüceloğlu, 1991).

Kişiliğin oluşmasında, öğrenme ilkeleri etkili olmaktadır. Bireylerin, kimi durumlar karşısında gösterdikleri duyuşsal tepkilerin, klasik koşullanma yoluyla kazanılan öğrenme ürünleri olduğu kabul edilmektedir. Edimsel koşullanmadaysa, belli durumlara karşı gösterilen davranışların, kişiliğin bir özelliği haline gelmesi, bunların pekiştirilip pekiştirilmemesine bağlı bulunmaktadır. Ayrıca kişiliği oluşturan davranışlar, gözlem ya da model alma yoluyla da kazanılmaktadır.

Amerikan psikologları kişiliğin “öğrenme tarihçesini yansıtan davranış alışkanlıkları”ndan başka bir şey olmadığını söylemişlerdir. Öğrenme açısından kişiliği açıklayan yaklaşımlar vardır. Bunlar: Neal Miller ve John Dollard, Burrhus Frederic Skinner, Albert Bandura ve Julian Rotter’in yaklaşımıdır.

Miller ve Donald, Freud’un koyduğu kişilik kavramlarının öğrenme süreçleri ile açıklanabileceğini vurgulayan ilk Amerikan psikologlardır. Miller ve Donald, Freud’un ortaya koyduğu kavramlara itiraz etmemişlerdir. Sadece bu kavramların bireyin davranışlarında önemli rol oynadığını vurgulamışlardır. Skinner ise, klasik ve edimsel koşullanmanın kişiliğin temelinde yattığını ifade eder. Bandura, öğrenmenin sosyal yönüne, özellikle bir kimsenin diğerini gözleyerek taklit etmesine önem vermiştir. Televizyonun çocuklar üzerinde etkisiyle ilgili deneyler, Bandura’nın

gözleme yoluyla öğrenme kuramını destekler sonuçlar vermiştir. Burada en önemli olan birey öğrenmesinin başkalarını gözleme yoluyla oluştuğudur. Rotter daha bilişsel bir yaklaşımla beklenti ve değer kavramlarına önem vermiştir. Bir kimsenin belirli bir durumda bir davranıştan beklediği sonuç ve sonuca verdiği değer, o kişinin o durumdaki davranışını belirler. Belirli bir durumda beklenti ya da değerden biri çok düşükse, davranış ortaya çıkmaz (Ünlü, 2001).

1.3.4. Kişilik Kuramları

Psikoloji dalları insanı kendi bakış açısı noktasından farklı şekilde tanımlamıştır. Sosyal psikoloji, insanın benlik ve kişiliğinin şekillenmesinde sosyokültürel faktörlerin önemli olduğunu, ego psikolojisi, egonun önemli olduğunu, psikanalitik psikoloji insanın bilinçaltı dürtülerinin ve savunma mekanizmalarının önemli olduğunu, insancıl psikoloji ise insani değerleri tanımlamaya çalışmıştır (Doğan, 2010).

Kişilik psikolojisi kitaplarında karşılaşılan kuramlar çoğunlukla kendi kuramcısının adı ile tanınmakta ve bütün kuramlar kendi yazarlarının kişisel alt yapılarını yansıtmaktadır (Feist, 1990).

1.3.4.1. Psikanalizci Kuramlar

Psikanaliz, Sigmund Freud'un çalışmaları üzerine kurulmuş bir psikolojik kuramlar ve yöntemler ailesidir. Bir psikoterapi tekniği olarak psikanaliz, hastaların zihinsel süreçlerinin bilinçdışı unsurları arasındaki bağlantıları ortaya çıkarmaya çalışır. Psikanalizci kuramcılar, Freud'un temel görüşlerinden tamamen ayrılmayan fakat onun görüşlerini yayan ve üzerine kendi çalışmalarını inşa eden analistlerden oluşan gruptur. Bu analistler ister Freud'u destekler bir alanda ister muhalif bir alanda olursa

olsunlar her biri Freud'un görüş ve çalışmalarından yola çıkarak görüşlerini oluşturmuşlardır.

1.3.4.1.1. Sigmund Freud: Psikanalitik Kuramı

Freud, psikolojide etkili kuramlardan biri olan psikanalizi ortaya atmıştır. Freud'a göre insanın bilinçlilik durumu iki bölümden oluşur. Bunlar "bilinç" ve "bilinçaltı"dır. Bilinç, farkında olduğumuz yaşantılar alanıdır. Bilinçaltı ise, bilincinde olmadığımız yaşantılar alanıdır; burada bilinç dışında olan ve özel birtakım tekniklerle bilince çıkarılabilen yaşantılar yer alır. Freud kişiliği bir buzdağına benzetmiş, kişiliğin daha çok bilinç dışı etkenler tarafından yönlendirildiğini savunmuştur. Psikanaliz yöntemi, kişinin bilinçdışındaki sorunlarını gün ışığına çıkararak çözümlemeye çalışır.

Freud'a göre kişilik yapısı id, ego ve süperegö olmak üzere üç kısımdan oluşur. Kişiliği oluşturan bu üç kısmın her biri, kendilerine ait işlevleri, özellikleri, çalışma sistemleri ve düzenekleri olmasına rağmen birbirleri ile etkileşim içerisinde. İd, kişiliğin temel taşıdır. Doğuştan getirilir ve duygusal enerjinin kaynağıdır. Aynı zamanda içgüdülerin de kaynağıdır. Yani insanda bulunan iki içgüdü (libido ve saldırganlık) id'den kaynaklanır. İd, içgüdüler şeklinde ortaya çıkar, acilen doyurulmak ister. Ego gerçeklikten haberdardır, gerçekliği kavrar ve onu yönetir, çevreyi dikkate alarak id'i kontrol altına alır (Duyan ve ark., 2008; Schultz, Schultz, 2007). Süperegö, toplumsal çevre tarafından onaylanmış, ölçütlere göre davranır ve toplumsal yasakları içerir. İd, ego ve süperegönün bireyin kişiliğindeki farklı yansımaları psikanalitik kuramın temelidir. Bu üçlünden herhangi birisi daha etkin olduğunda üç kişilik tipi ortaya çıkar. "Erotik tip" Freud'un tanımıyla "sevgi kaybetme" korkusuyla yaşar ve özellikle kendisinden sevgiyi sakınanlara bağımlı olarak yaşar. "Obsesif tip" vicdanıyla mücadele eder, eleştirir ve şüphecidir. "Narsist tip" ise kendini yaşatma ve devam ettirme savaşındadır, kusuru başkalarında arar, kendisiyle ilgili endişelerinin farkında değildir.

Freud'a göre yeni doğan bir bireyin kişiliği değişik aşamalardan geçerek gelişmektedir. Bu aşamalara psikoseksüel aşamalar denir (Cüceloğlu, 2007; Dal, 2009) Freud'a göre kişilik oral, anal, fallik, gizil ve genital dönem olmak üzere 5 dönemden oluşur.

Oral Dönem: Bu dönem doğumla başlar ve 1,5 yaşına kadar devam eder. Bebeğin ihtiyaçları, algılamaları ağız bölgesinde odaklanır. Oral evre, çocuğu, güven ile güvensizlik arasında bir çatışmaya girmiş olarak betimler (Deutsch, Kauss, 1972). Bu dönemde geçirilen olumlu ve olumsuz yaşantılar, yetişkinlik döneminde kişinin bağımlılık ve güven düzeyini belirler. Freud oral dönemin başlangıcında takılmış olanların, erişkin dönemlerinde aşırı yeme, sigara içme, içki içme ve öpüşme gibi davranışlardan zevk alacağını öne sürmektedir (Hewstone ve ark, 2005; Akt: Dal, 2009).

Anal Dönem: Bir buçuk ile üç yaş arasındaki döneme anal dönem denir. Freud, bu evrede çocuğun hem dışkıyı tutmaktan hem de dışkılamaktan haz aldığını öne sürmüştür. Bu hazlar, çocuğa tuvalet eğitimi vermeye çalışan anne ve babasıyla çatışmasına neden olur (Dal, 2009). Bu aşamada ailenin tuvalet eğitimi üzerinde hassaslıkla durması gerekir. Çünkü bu konudaki tabular ileride anal saplantılara yol açabilir. Bu dönemdeki takıntı ve saplantılar sonucu ileriki yaşlarda bireyde takıntılı düşünceler, edilgin ve etkin eşcinsellik, düşünce bozuklukları, paranoid sendromlar gibi ruhsal bozukluklar görülebilir (Ünlü, 2001). Pek çok karşıt duyguların birlikte yaşandığı anal dönemin gelişim görevlerinin başarı ile tamamlanması, özerklik duygusunun gelişmesine, bireyin ilişkilerinde aşırı ödünler vermeden diğer insanlarla işbirliği yapabilme gibi özelliklere sahip olmasını sağlamaktadır (Gander ve Gardiner, 1995).

Fallik Dönem: Dört ile altı yaş arası cinsel gelişim fallik dönem olarak adlandırılır. Bu dönem süperegonun gelişmesinin son aşamasıdır. Çocukların dikkati tamamen cinsel organlarına yöneliktir. Büyükler için bu durum bir sorun olarak kabul edilip çocuklara aşırı baskı yapıldığı takdirde bu durum çocuklarda kaygı oluşturur. Bu durumda erkekte oedipus, kız çocukta elektra karmaşası başka bir deyişle cinsel sapmalar ortaya çıkar. Oedipus karmaşası, ruhsal gelişmenin bir parçasıdır, toplum

ve çevre tarafından büyük ölçüde etki söz konusudur. Süperego gelişmediği takdirde, bireyde cinsel rahatsızlıklar, otorite sorunu veya geleneksel kadın ve erkek rollerinin reddi gibi saplantılara yol açabilir (Ünlü, 2001).

Gizil Dönem: Bu dönemde çocuk cinsel olgunluğa erişmiştir ve karşı cinsten olan bir yaşıtıyla yakın ilişkiler kurma çabasıdadır. Arkadaşlık, cinsiyet, meslek seçimi, evlenme gibi konularda düşünme ve hazırlık yapmaya başlama bu dönemde başlar. Karşı cinsle etkileşimin yanı sıra toplumsallaşma, grup etkinliklerine katılma gibi kişilerarası birliktelikler önem kazanmaktadır. Ergenlik yıllarına denk gelen bu dönemde kişilerarası ilişkiler, kimlik bunalımının aşılmasında temel faktör olarak rol oynamaktadır (Geçtan, 2000). Bu dönemde yaşanan doyumsuzluklar sonucu birçok saplantı ortaya çıkabilir. Örneğin; bu dönemde saplantı yaşayanlar, karşı cinsle ilişkilerde başarısızlık, kadında soğukluk (frigite) erkekte iktidarsızlık (impotens), erken boşalma ve sık evlilikler gibi özellikleri gösterirler (Velioğlu, 1991).

Genital dönem: Son gelişim dönemidir. Ergenlik ve daha sonraki dönemleri kapsar. Kişiliğin yetişkin kişiliğine dönüştüğü dönemdir. Arkadaşlık, cinsiyet, meslek seçimi, evlenme gibi konularda düşünme ve hazırlık yapmaya başlama bu dönemde başlar. Bu dönemi başarı ile atlatan kişiler kimlik duygusu edinirken, başarısız olanlar ise rol karmaşasına düşer.

1.3.4.1.2. Carl Gustav Jung: Analitik Kuram

Önce Freudculuktan yola çıkan ve sonra ona karşı olan Prof. Carl Gustav Jung (1875-1961), ruh bilimin çeşitli alanlarında kendine özgü yeni kuramlar ileri sürmüştür. Jung'un ruh kavramı dinamik, sürekli, hareket halinde olan ve aynı zamanda kendi kendini düzenleyen bir sistemdir. Bu sistemi canlı tutan ruhsal enerji libido'dur. Jung, bireyi kendini yenilemeye çalışan ve yaratıcı bir gelişim içinde bulunan bir varlık olarak görür. Kişilik gelişiminde ırk ve soya çekim kavramları oldukça önemlidir (Ünlü, 2001).

Jung kişiliğin iki önemli yönelimini tanımlamıştır: içedönüklük (introversion) ve dışadönüklük (extraversion). Her insanda kişilik ya içedönük ya da dışa dönüktür. İçe dönük tip kendi içine kapanık ve dış dünyanın etkisini kabul etmeyen bir tiptir. Dışa dönük tip ise dış dünyaya açık bir kişiliktir. Uyarınları çevreden gelir. Her bireyde bu iki eğilim bir arada bulunur. Ama her zaman bir tanesi ağır basar. Jung kişiliğin dört ana işlevini de tanımlamıştır. Bunlar duyuş, hissetme, düşünme ve sezgidir. Jung, bundan hareketle sekiz tür içe ve dışa dönük tip tanımlamıştır. Bunlar;

Düşünen içe dönük: Kendini gözler ve genellikle soyut fikirlerin etkisinde kalır. Somuta yönelebilmek gücüne sahip olmasına karşın, fikirleri içsel olarak izler.

Düşünen dışa dönük: Dış ve somut dünyaya yönelir. Katı olabilir. Soyut işleri tartışabilir. Olguları kesinlikle kuramlara yeğler. Bu mühendis veya doktor tipidir.

Duygusal içe dönük: Bu kimsenin duygularını kavrayabilmek için büyük bir çaba gerekir. Kapalı, sessiz bir kişiliğe sahiptir. Söz konusu olan her şey derinlerde oluşur. Yüzünde umursamazlık maskesi taşır. Dışa vuran hiçbir heyecan belirtisi yoktur. Fakat içi tutkularla dolup taşar. Jung'a göre kadınların çoğu bu gruba girer.

Duygusal dışa dönük: Son derece toplumcudur. Dış dünyaya yönelmiştir. Duygu ağır basmaktadır. Kolaylıkla etki altında kalır, konuları duygu aracılığı ile gözden geçirir.

Duyusal içe dönük: Son derece öznel bir tiptir. Herhangi bir etkinin onda ne tür bir tepki yaratacağını öngörmek olanaksızdır. Tepkisi de dış gerçeğe bağlı değilmiş gibidir.

Duyusal dışa dönük: Salt bir gerçekliğe ve nesnelliğe sahiptir. Hiçbir şey için kendini üzmez. Bir denemeden diğerine kolayca geçer. Sokaktaki rastladığımız insanların büyük bir bölümü bu gruba girer.

Sezgisel içe dönük: Kendisini rüya aleminde görür. Mistik ve ölümsüz şair tipini canlandırır. Hayal sınırsızdır. Başkalarını, fikirlerinin güzelliğine inandırma çabası içine girebilir veya kimsenin onu anlamadığına karar verir.

Sezgisel dışa dönük: Sezgiyle doğar ve yaşar. Başarmak için her şeyi dener. Bunu bilinçsizce yapar. Bu tipteki insan kendisine uygun düşen toplumsal çevreyi, ne giymesi gerektiğini, nasıl konuşulacağını hissederek bilir. Bu tür erkek ticarete, borsa oyununda, politikada başarılı olur.

Jung'a göre katıksız içedönük veya dışadönük bir karakterden söz edemeyeceğimiz gibi insan doğası yalnızca sekiz kategoriye de indirgenemez. Burada sözü edilen tipler (teori) insanın ruhsal yapısını ve libidonun hareketlerini anlayabilmemiz için bir çerçevedir ve insanlar bu tiplerle karakterize edilen davranışları bir dereceye kadar sergilerler. Jung'un tipolojisi ile anlatmak istediği, her insanın bu sekiz kategoriden birine ait olduğu değil, bilinç ve bilinçdışı düzeylerinde çeşitli tutum ve işlevlerin farklı bir dağılım gösterdiğidir (Geçtan, 2004).

Jung' a göre kişilik, birbiriyle etkileşim durumunda bulunan çeşitli sistemlerden oluşur. Bunlar ego, kişisel bilinçaltı, kolektif bilinçaltı ve arketiplerdir. *Ego* kişiliğin bilinçli bölümüdür ve algılar, anılar, düşünceler ve duygulardan oluşur. *Kişisel bilinçaltı* egoya komşu olan bölgedir. Önceleri bilinçli olan ancak sonradan bastırılmış, unutulmuş ya da görmezlikten gelinmiş yaşantılardan oluşur. Freud'un tanımladığı bilinç öncesi içeriğinde olduğu gibi, kişisel bilinçaltındaki yaşantılar gerektiğinde bilinç düzeyine çıkabilir (Cüceloğlu, 1991). Kişisel bilinçaltında depolanan yaşantılar rüyalarda da ortaya çıkar. Ruhsal miras olarak da adlandırılan *kolektif bilinçdışı*; her insanın doğuştan sahip olduğu, hafızasında kayıtlı ve yaşadığı kültüre dayalı her türlü imgeler, semboller, dil ve diğer tecrübeleri kapsar ve ruhun ve zihnin bu tecrübeleri kendi kendine nasıl organize ettiğini inceler (Hall ve Nordby, 1999). Kolektif bilinçaltının içeriği, insanın yaşamı süresince, hiçbir zaman bilinçte yaşanmamıştır. Kalıtımsal bir nitelik taşır. Kolektif bilinçaltında insanın insan olma evresine ulaşmadan önce geçmişinden getirdiği gizli bellek kalıntıları vardır. Jung'un kolektif bilinçaltı kavramında arketiplere rastlamaktayız. Arketip, duygusal yönü güçlü, kalıtımla gelen evrensel bir düşünme biçimidir. Deneyimlerden oluşmuştur (Ünlü, 2001). Belli başlı arketipler şunlardır: persona, anima ve animus, gölge. Jung (1992), bireyin dış dünya ile ilişkilerinde uyum sağlamasını ya da başa çıkabilmesini sağlayan sisteme, antik çağ aktörlerinin giydikleri maskenin adı olan *persona* ismini vermiştir. Persona, kişinin toplumsal beklentiler doğrultusunda takındığı ve toplumun kişiyi buna göre değerlendirdiği koruyucu bir yüzdür. Jung'a göre insan, karşısındakilerin isteğini bilinçli olarak anlayabilen ve ona göre davranabilen, davranışlarının istenene uyup uymadığını fark edebilen bir varlıktır.

Bir adamı çalıştığı iş yerinde gözlemleyen biri, onun güleryüzlü, ileri görüşlü, samimi biri olduğu sonucuna varabilir. Ama aynı adam, başka bir ortamda, örneğin evinde, işyerindeki tam tersi bir halde olabilir. "Öyleyse hangisi asıl karakterdir, gerçek kişiliktir?". Jung, fizyolojik olarak bir kişinin gerçekte iki cinselliği olduğunu ileri sürer. Her iki cinsin hormonlarını birlikte bulundurur. Ancak biri diğerinden daha baskın olarak salgılanmaktadır. Erkeğin dişi arketipi *animadır*. Erkek çocukta animanın ilk yansıdığı kişi anne, kız çocukta animusun yaşadığı kişi babadır. Animus kadınlarda erkeklerdeki animanın karşılığıdır. Yani kadının erkek arketipidir. Jung insanın kendi cinsiyetini temsil eden ve kendi cinsinden olan kişilerle ilişkilerini düzenleyen arketipe *gölge* adı vermiştir. Gölge ısrarcıdır. Ego ve gölge işbirliği yaptıklarında kişi kendi yaşamını dolu hisseder. Gölgenin reddedilmesi kişiliğin sönmük kalmasına neden olur (Hall ve Nordby 1999; Ünlü 2001).

1.3.4.1.3. Alfred Adler: Bireysel Psikoloji

Adler, Freud'un geliştirdiği ego dürtülerinin birbirinden ayrılmış ve sabit ifade özellikleri taşıyan unsurlar olmaktan çok, çevreye yönelen, egonun öne çıkma, çevreye hakim olma isteklerini ifade eden ve kültürel anlamda "erkeklik" niteliği altında toplanabilecek bazı yönelimleri gösterdiğini öne sürer (Adler, 1911; Akt: Cebeci, 2004). Adler, insanın toplumsal bir varlık olduğunu, diğer insanlarla ilişki kurma gereksinimi içerisinde ve kendinden çok topluma yönelik bir yaşam biçimi geliştirdiğini savunmaktadır. Bu eğilim toplumsal süreçlerin etkisiyle değil doğuştan var olan bir süreçtir ve toplum içinde bu ilişkinin şeklinin oluştuğunu vurgular (Doğan, 2010). Adler'in teorisi, birçok açıdan sosyal psikolojik bir teoridir ve bireyi, grubun diğer üyeleri ile karşılıklı ilişki içinde bulunan bir sosyal varlık olarak incelemeye çalışır (Yörükhan, 2006). Adler'e göre insan, olumlu sosyal dürtülerle motive olmaktadır. İnsanların bencil çıkarlarından (kişisel kazançlarından) toplum çıkarları uğruna vazgeçmelerine yol açan sosyal bir içgüdü tarafından güdülendiklerini gözleyen Adler, bu durumu sosyal ilgi kavramıyla açıklamaktadır. Sosyal ilgi doğuştan vardır; ancak diğer insanlarla ve sosyal kurumlarla olan ilişkiler bireyin yaşadığı toplum tarafından belirlenir. Bu bakış açısına göre insanlar,

toplumsal bir çıkar uğruna kendi ihtiyaçlarını ikinci plana atabilmektedir. Adler sosyal ilginin kişinin psikolojik sağlığını değerlendirmeye yarayan bir ölçüt olduğunu belirtmiştir. Bu yüzden sağlıklı bir kişilik gelişimi için gerekli olan süperego veya kolektif bilinçdışı değil sosyal ilgidir. Uyumsuz insanlar sosyal ilgiden yoksun olan kimselerdir. Benmerkezcidirler, kişisel üstünlük ya da diğer bir deyişle, diğerleri karşısında üstünlük arayışı içindedirler ve toplumsal hedefleri yoktur (Ünlü, 2001; İnanç, Yerlikaya, 2012). Adler, kişiliğin özgünlüğüne önem verir, çeşitli özellikleri ve değerleri ile her bireyin tek ve kendine özgü olduğuna inanır. Her bireyin davranışları diğerlerinden yaşam biçiminin özellikleri ile ayrılır (Ünlü, 2001).

Adler, kuramında kişiliğin gelişmesinde ve davranış oluşmasında yetersizlik, güçsüzlük, üstünlük duygularının ve bunlara bağlı karmaşaların etkili olduğunu belirtmiştir (Köknel, 2005). Her insan doğuştan eksiklik duygusu ile doğar. Yaşamı boyunca daha önce kendisine egemen olan insanlar ve doğal güçler üzerinde üstünlük kurmak ve gücünü kanıtlamak için çaba gösterir. Yani kusursuz olmaya çalışır. İnsandaki eksiklik duygusu, eksiklikten kurtulma ya da üstünlük çabalarına yol açar (Geçtan, 1993).

Adler, davranışın sosyal belirleyicilerinin önemi üzerinde durmuştur. Yaratıcı kendilik kavramını, bireylerin yaşantılarını yorumlayan, anlam kazandıran bir sistem olarak açıklamıştır. Kişiliğin emsalsizliğini önemsememiş, cinsel içgüdüye daha az önem vermiş, bilinci, kişiliğin temeli ve esası olarak kabul etmiştir.

1.3.4.1.4. Otto Rank

Otto Rank kariyerinin başlangıcından itibaren, insan benliğinin kendisini ifade yolları olan yaratıcılık, suçluluk duygusu ve endişe temaları üzerinde durmuştur (Cebeci, 2004). Freud'un oedipus karmaşasına ilişkin çözümlemesine katılmayıp bunun yerine nevrotik anksiyeteyi doğum travmasıyla ilişkilendiren bir kuram

oluşturmuştur. Doğum travmasından kaynaklanan temel anksiyete çeşitli nevrotik dışavurumlara neden olur ve yaşla birlikte giderek azalır. Kuramın temelini ayrılma anksiyetesi oluşturmaktadır. Sonraki tüm ayrılmalar, doğum travmasının temel anksiyetesinin yeniden yaşanmasıdır.

Rank kişiliği dürtüler, duygular ve irade olmak üzere üç bölüme ayırmıştır. Anında doyum arayışı içinde olan dürtülerin doyumunu ertelenemediğinde irade gelişimi başlar. İradenin gereğinden fazla gelişimi inatçılık, kurallara uymama ve inhibisyon gibi patolojik özelliklerin gelişmesine neden olur (Doğan, 2010).

1.3.4.1.5. Karen Horney: Bütüncül Psikoloji

Karen Horney (1885-1952) Freudyan kuramın temel kurallarından ayrılarak kuram geliştiren Freud taraftarlarından biridir. Horney de Jung ve Adler gibi sosyal ilişkilerin önemine dikkat çekmiştir (Deniz, 2007). Horney, diğer toplumsal ve kültürel öğretilerde olduğu gibi, kişiliğin ve davranışın oluşmasında bireyin içinde yaşadığı çevreye ve bu çevreyi oluşturan kültür yapısına önem verir ve öncelik tanır (Köknel, 2005). Davranışların belirleyicileri, bireyin yaşamı boyunca geliştirmiş olduğu algılar, duygular, düşünceler, yargılar, değerler, amaçlar ve bunların birbiriyle olan karşılıklı etkileşimleridir (Geçtan, 1990).

Horney'a göre kişiliğin biçimlenmesinde sosyal ve kültürel koşullar, özellikle de çocukluktaki deneyimler oldukça önemli bir role sahiptir. Çocukluklarında sevgi ve şefkat ihtiyacı karşılanmayan insanlar ebeveynlerine karşı temel düşmanlık duyguları geliştirirler. Bunun sonucu olarak temel kaygı yaşarlar. Horney'e göre bireyin yaşamında iki temel eğilim, kişiliği yönetir. Bunlar emniyet duygusu ve doyumdur. Horney'e göre birey, emniyeti sağlamak ve doyuma ulaşmak için yiyecek, giyecek, para, cinsellik gibi pek çok ihtiyaçlarını feda edebilir (Ünlü, 1991).

1.3.4.1.6. Harry Stack Sullivan: İlişkiler Kuramı

İlişkiler ve kişiliğin teorik açıdan birlikte ele alınması, 1930 ve 1940'lı yıllarda Sullivan ile başlamıştır (Mitchell, 2000). Kişiliği anlamanın ancak insanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesiyle mümkün olacağını savunan Sullivan, kişiliği insanlar arasındaki ilişkilerin ürünü olarak görmüştür. Kişilik gelişiminde bireyler arasındaki ilişkilerin geliştirdiği kültür üzerinde kararlılıkla durarak, davranışları sadece bireyler arasındaki ilişkilere dayanarak açıklamaya çalışmıştır (Yanbastı, 1990). Sullivan, gelişimin aşama aşama kişiler arası ilişkilerle ortaya çıktığını ileri sürmektedir. (Zucker, 1989). Fakat bu kişiler arası ilişkiler için diğer insanların somut varlığı da gerekli değildir. Bu ilişkiler gerçek kişileri kapsadığı gibi hayal ürünü ilişkileri de içerebilir. (Geçtan, 1990).

Sullivan, kişiliğin zaman içerisinde belirli bir tutarlılığı ve devamlılığı olan yönlerine büyük önem vermiştir. Bu yönleri de dinamizm (davranışın alışkanlık örüntüleri), personifikasyon (benlik ve diğerlerinin imajı) ve benlik sistemi (kaygıyla başa çıkmak için çabalayan, dinamizm ve personifikasyonun özelliklerini barındıran sistem) olarak tanımlamıştır. Dinamizm, belirli bir bireyi karakterize eden spesifik ve yinelenen davranışlardır. (Hail, Lindzey, 1985 Akt: Göçener, 2010). Personifikasyon (kişiselleştirme) kişinin kendisine ya da diğer insanlara ilişkin olarak geliştirdiği zihinsel imgelerdir. Kişileştirmeler, çoğu kez mal ettikleri kişilerin gerçek niteliklerini yansıtmaz. Ancak bir kez oluştuktan sonra, bireyin diğer insanlara karşı tutumlarını sürekli ve değişmez bir biçimde etkiler. (Yanbastı, 1990) Benlik sistemi ise daha çok kendini koruma sistemidir. Bir kimsenin kendisini duygusal sıkıntıdan kurtarmak ve duygusal rahatlığa ulaşmak için kullandığı kendine özgü kişiler arası araçların birleşimidir (İnanç, Yerlikaya, 2012).

1.3.4.1.7. Erich Fromm: İnsancıl Psikanaliz

Erich Fromm, kalıtım ve sosyal çevreye benzer bir ağırlık yükleyerek, bu iki öğenin karşılıklı etkileşiminden doğan dinamik bir kişilik kuramı geliştirmiştir (Yaraman, 2003). Fromm, içgüdülerin ve doğuştan gelen ihtiyaçların toplum yapısı üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığını, bunun aksine toplumun insan kişiliğinin üzerinde etkili olduğu düşüncesini ileri sürmektedir. Bireyin toplumsal kişiliği ve toplumsal bilinçdışı vardır. Toplumsal kişiliği, din, sanat, edebiyat, çocukların aile çevresi içinde yetiştirilmesi tarzlarıyla ilgilidir (Özarslan, 2010). Kişilik, sosyal etkiler sonucu yaşam tecrübeleriyle oluşur. Kalıcı olan kişilik bireyin fiziksel yapısı ve mizacını oluşturan kalıtsal yönleri ile sosyal kültürel etkilerin tümünün ortak ürünüdür (Ünlü, 2001). Erich Fromm, insanların çoğunun, kişisel özgürlük bilincinden ve bireyselliklerinden kaçmak üzere güdülenmiş olduğunu belirtir. Bazıları güçlü bir figürle kendilerini özdeşleştirip kendilerinden güçsüzlere saldırarak bu kaçıışı gerçekleştirir. Bazıları ise kaçış mekanizması olarak yıkıcılığı ve mekanik uyumluluğu kullanır (Özarslan, 2010). Fromm’a göre bireyin çevre ilişkileri iki yöndedir. Birincisi sosyalleşme, ikincisi de asimilasyondur. Sosyalleşme, sembiyotik ilişkilere, içe çekilmeye ve yıkıcılığa dönüşebilir. *Sembiyotik ilişkiler*, bireyin toplumsal ilişkilerde başkalarına bağımlı olmasıdır. *İçe çekilmede* birey kendi ortamını güvenli bir ortam haline getirmeye çalışır. *Yıkıcılıkta*, saldırganlıkla gücünü kanıtlamaya ve güven kazanmaya çaba gösterir. *Asimilasyon* ise, bireylerin somut ve soyut bütün “nesneleri” toplama ve kullanma biçimlerini kapsar.

1.3.4.1.8. Erik Erikson

Erikson kişilik gelişiminin yaşam boyu sürdüğüne inanmaktadır. Kuramında bu gelişimi sekiz basamak olarak belirlemekte ve her basamaktaki başarının, bir önceki basamaktaki gelişim ve uyumun tamamlanmasına bağlı olduğunu öne sürmektedir (Morris, 2002).

Erik Erikson, Freud yaklaşımını benimsemekle beraber Freud'dan iki noktada ayrılmaktadır. Birincisi Erikson, bireylerin sosyal uyumları üzerine odaklanırken kişiliğin oluşumunda sosyal çevrenin de etkilerine değinmiş, ikinci olarak da Freud'un beşli psikoseksüel gelişimine yetişkinlik, olgunluk ve yaşlılık dönemlerini de ilave ederek kişilik oluşumunda ömür boyu süren bir gelişimden söz etmiştir. İnsanların bu geçirilen her dönemde yaşadığı krizleri sağlıklı olarak atlatması onun gelecek dönemlerdeki gelişimlerini de olumlu olarak etkilemektedir (Özkalp, Kirel, 2001).

Erikson kişilik gelişiminin gerçekleştiği bu sekiz dönemin evrensel özellik taşıdığını belirtmekte, ancak bireylerin dönemlerdeki krizlerle baş etme ve problemlere çözüm bulma şekillerinin (tarzlarının) kültürel yapıya bağlı olarak çeşitlilik gösterdiğini de ifade etmektedir (İnanç, Yerlikaya, 2012).

1.3.4.2. Araştırma Odaklı Kuramlar

Araştırma odaklı ayırıcı özellik kuramları kişiliğe karşı yüzeysel bir yaklaşımı temel alırlar. Kişiliğin bilinçli somut yönlerine odaklanırken bilinçdışını ve davranışa ilişkin soyut açıklamaları önemsemezler. Araştırma odaklı ayırıcı özellik yaklaşımı kişilik psikolojisinde oldukça yaygın olarak kabul görmüş bir yaklaşımdır. Kişilik psikolojisi alanında çalışmalarını yürüten farklı görüşlere sahip birçok psikolog çalışmalarında ayırıcı özellikleri ve ayırıcı özellik ölçümelerini kullanmaktadırlar (İnanç ve Yerlikaya, 2008). Araştırma odaklı kuramlar “Faktör analitik ayırıcı özellik kuramı”, “Biyoloji temelli faktör analitik ayırıcı özellik kuramı”, “Ayrıcı özellik kuramı” ve “Beş faktör kuramı” olmak üzere dört temel grupta incelenebilir.

1.3.4.2.1. Raymond Cattell: Faktör analitik ayırıcı özellik kuramı

Cattell, Allport'un ayırıcı özelliklerin kişiliğin temel yapısını oluşturduğu ve bu ayırıcı özelliklerin kişinin belirli bir durumda nasıl davranacağını belirlediği fikrine katılmakla birlikte bu özelliklerin kişinin içinde var olduğu varsayımını kabul etmemiştir. Cattell'e göre ayırıcı özelliklerin fiziksel ya da sinirsel yapılarla bir bağlantısı yoktur ve bu nedenle de varlıkları ancak açık davranışların özenle ölçülmesi ile anlaşılabilir. Cattell'e göre yeterli bir kişilik kuramının, kişiliği oluşturan birçok özelliği, bu özelliklerin ne derece kalıtımla veya çevreyle belirlendiğini ve kalıtım ve çevre etkileşiminin davranışı nasıl etkilediğini ele alması gerekir. Cattell aynı zamanda kişiliğin işleyişi ve gelişimi konularında da sistemli araştırma yöntemlerine, güvenilir ve duyarlı ölçümlere dayanan bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamış ve kişiliğin incelenmesinde faktör analizi metodunu tercih etmiştir. Faktör analizinin temelleri İngiliz psikolog Spearman tarafından ortaya konmuş olup, amacı değişkenler arasındaki karşılıklı bağımlılığın kökenini araştırmaktır. Cattell, faktör analizini kişiliğe uyarlamak amacıyla, değişkenlerin mümkün olan en geniş sahada örneklendirilmesinin gerekliliğine inanmıştır. Farklı kaynaklardan veri toplanarak birey hakkında elde edilen bilgilerin olabildiğince güvenilir olması sağlanmaya çalışılmıştır. Bu farklı kaynaklardan elde edilen veriler üzerinde defalarca tekrarlanan faktör analizi sonuçları Cattell'in kişiliğin evrensel boyutları olduğunu düşündüğü 16 temel ayırıcı özelliği ortaya çıkarmasını sağlamıştır.

Cattell, binlerce insandan elde edilen verilere uyguladığı birçok faktör analizi sonucunda, ayırıcı özelliklerin farklı şekillerde sınıflandırılabilceğini belirtmiştir. Cattell, öncelikle ayırıcı özellikleri yüzeysel ayırıcı özellikler ve kaynak ayırıcı özellikler olarak sınıflamıştır. Cattell'e göre yüzeysel ayırıcı özellikler; birbiriyle ilişkili ve bir arada kümelenmiş gibi görünen ancak gerçekte altında yatan bir kaynak ayırıcı özellik tarafından kontrol edilen gözlenebilir davranışlardır. Kaynak özellikleri, kişiliğin temelini oluşturan yapılar olup kökenlerine göre yapısal

özellikler ve çevresel özellikler olmak üzere ikiye ayrılabilir. Yapısal özellikler kişinin biyolojik ve fizyolojik koşullarından kaynaklanan özelliklerdir. Çevresel özellikler ise sosyal ve fiziksel çevredeki etkilerle şekillenmiş olan özelliklerdir. Kaynak özellikler ifade ediliş biçimlerine göre de mizaç özellikleri, yetenek özellikleri ve dinamik özellikler olmak üzere üçe ayrılır. Mizaç özellikleri bir kimsenin nasıl davrandığıyla (hızlı ya da yavaş çalışma, kriz durumunda sakin ya da aşırı heyecanlı olma vb.), yetenek özellikleri bireyin belirli bir hedefe ulaşmadaki etkililiği ve becerileri ile (zeka, müzik yeteneği, göz-el koordinasyonu vb.) dinamik özellikler ise bir kimsenin davranışının güdülenmesiyle kişinin belirli hedeflere yönelmesi ve harekete geçmesiyle (hırslı olma, güç-yönelimli olma vb.) ilişkilidir. Özetle dinamik özellikler yaptığımız şeyi niçin, mizaç özellikleri nasıl, yetenek özellikleri ise o şeyi ne denli iyi yaptığımızı belirlemektedir (Yazgan ve ark., 2012; Dal, 2009).

1.3.4.2.2. Hans Eysenck: Biyoloji temelli faktör analitik ayrıcı özellik kuramı

Eysenck, “nitelik” ve “tip” kavramlarını ilk kez kullanarak kişilik yorumlamasına yeni boyutlar kazandırmıştır. Eysenck’e göre, nitelik, bireyin belli biçimde davranışta bulunma eğilimlerinin bütününden, tip ise, niteliklerin toplanması ve örgütlenmesinden oluşur. Kişilik bunların bileşimi, diğer bir ifade ile bütünüdür. Eysenck, kişilik yapısını, birbirinden bağımsız iki uçlu yatay ve dikey iki boyut üzerinde değerlendirmiştir. Yatay boyutun bir ucunda içe dönüklük, öteki ucunda dışa dönüklük; dikey boyutun üst ucunda nevrotik, alt ucunda normal tipler bulunmaktadır. Bütün insanların kişilik yapıları bu iki boyut arasında bir yerde bulunur. Bu yer, gözlem, dereceli ölçek ve testlerle saptanır (Goodworth, 1988).

İçe dönük olanlar, sessiz, çevreye karşı kapalıdır. İnsanlardan kaçır, kendi başına kalmak isterler. Okumak, yazmak, resim, müzik gibi uğraşılardan hoşlanırlar. Zor arkadaş edinirler. Günlük yaşantıları ciddiye alırlar. Kurdukları toplumsal ilişkileri sınırlı ve dengeli olarak sürdürürler. Yaşama bakış açıları karamsardır. *Dışa dönük olanlar*, insancıl ve cana yakındırlar. Bireylerle birlikte bulunmaktan hoşlanırlar.

Kolay ilişki kurar, çabuk arkadaş edinirler. Heyecan veren olaylardan hoşlanırlar. Saldırgan davranışları çok fazladır. Güvenilir değildirler (Ünlü, 2001). Üst ucunda nevrotik, alt ucunda normal kişilik yapısı bulunan dikey boyutun üst ucunda bulunan *nevrotik tipte* (aşırı ve değişken duygulanım alanı), kaygı, tedirginlik, duyarlılık, alınganlık, kolay ve çabuk tepki oluşturma gibi nitelikler bulunur. Normal uçta bulunan tipte (dengeli ve düzenli duygulanım alanı), güven duygusu, düşünceli hareket gibi nitelikler yer almaktadır. Nevrotik içe dönük tip, sürekli kaygı ve endişe içindedir. Takıntılı düşünceleri ve korkuları vardır. Alıngan, sinirli ve tedirgindir. Aşırı duyarlıdır. Zaman zaman durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik durumları olur. Gerçeklerden kaçır. Güvensizdir. Aşağılık duygusu vardır. Kendi gerçekleriyle bağdaşmayan amaç, istek ve beklentiler peşinde koşar. Bunlara erişemedikçe kaygıları artar. Nevrotik dışa dönük tip, kaygılı, endişeli ve tedirgindir. Ruhsal gücü zayıf ve yetersizdir. İlgi alanı dardır. Düşünmeden karar verir. Çabuk hareket eder, sık sık yanılır. Erişmek istediği amaç, istek ve beklenti düzeyi düşüktür. Erişmek istediklerinin de gerçekleriyle bağlantısı yoktur. Buna karşılık yaptığı işleri abartır. Kendince başarılı saydığı davranışlarıyla övünür. Bu tiplerin histeri belirtileri kolayca ortaya çıkar (Can, 2007).

1.3.4.2.3. Gordon Allport: Ayırıcı Özellik Kuramı

Araştırma odaklı ayırıcı özellikler kuramları, kişiliğin bilinçli ve somut yönlerine odaklanır. Bilinçdışı ve davranışa ilişkin soyut açıklamaları göz ardı eder. Allport, ayırıcı özellik kuramını Freud'un bilinçdışı süreçler üzerindeki aşırı vurgusuna bir tepki olarak oluşturmuştur. Allport'un esas amacı, temel kişilik özelliklerini saptayıp insanların belirli kişilik özelliklerine ne derece sahip olduğunu ortaya koymaktır. Allport, bireyin kişiliğinin incelenmesi gerektiğini belirtmiştir. Buna ek olarak bireyin kişiliğini oluşturan özelliklerin kendine özgü, benzersiz bileşimini belirlemenin mümkün olduğunu öne sürmüştür. Allport, ayırıcı özellikleri iki gruba ayırmıştır. Buna göre belli bir kültürün üyesi olan her insanda bulunan ayırıcı özellikler, ortak ayırıcı özelliklerdir. Diğerleri ise bireye özgü özellikler olan bireysel

ayırıcı özelliklerdir. Allport, kişilik araştırmalarında kişiliğin ölçülmesi ve tanımlanması noktasında iki genel stratejinin kullanılabileceğini belirtmiştir. Bunlardan biri bireyi grup normlarına göre inceleme yaklaşımıdır. Bu yaklaşım insanların tek bir boyut üzerinden tanımlanabileceğini varsaymaktadır. Kişiliğin ölçülmesinde bu yaklaşımdan hareket edilirse bireyin belli bir puandan aldığı sayısal değer, diğerlerinin aldığı değerlerle karşılaştırılır. Benzer kültüre sahip aynı evrimsel ve sosyal etkilere maruz bireyler üstünkörü birbiriyle karşılaştırılabilir uyum tarzları geliştirmektedirler. Allport, herkese uygulanabildiği kabul edilen bu özellikleri ortak (genel) ayırıcı özellikler olarak adlandırmıştır. Allport'un kişiliğin incelenmesinde önerdiği strateji, bireyi kendi içerisinde inceleme olan ikinci stratejidir. Buna göre bireyler arasında tek bir özellik üzerinden giderek karşılaştırma yapmak yerine bireyi birey yapan, diğerlerinden ayıran özelliklerin incelenmesi gerekir (İnanç ve Yerlikaya, 2008; Gürel, 2011).

1.3.4.2.4. Robert R. McCrea ve Paul T. Costa: Beş faktör kuramı

Paul Costa ve Robert McCrae tarafından 1985'te geliştirilen Beş Faktör Kişilik Kuramı bütün kişilik özelliklerini bünyesinde toplayan ve bu özellikleri geniş kapsamlı olarak açıklayan bir kuramdır. Bu noktada Beş Faktör Kişilik Kuramı, evrensel ve eksiksiz bütün kişilik özelliklerinin, gözleme dayalı olarak beş temel boyutta ele alınıp sınıflandırılması olarak tanımlanabilir. Bu beş temel boyut, dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, nevrotiklik ve gelişime açıklık olarak ifade edilmektedir (McCrae ve Costa, 2006; Demirci ve ark., 2007, Merdan, 2013). Bu beş temel boyut ile ilgili özellikler aşağıdaki gibi açıklanabilir:

Dışadönüklük: Bireylerin sosyal, girişken, konuşkan, samimi, dürüst, çabuk ilişki kurabilen, cesur, iddialı, enerjik, neşeli, iyimser, eğlenmeyi seven, insan odaklı ve sevgi dolu bir yapıya sahip olmalarını ifade etmektedir (Stevens, 2001).

Uyumluluk: Kişilerin iyi huylu, ılımlı, işbirlikçi, yardımsever, duygusal, olgun, uyumlu, iyiliksever, başkalarına karşı dikkatli, sevecen gibi özelliklere sahip

olmasıdır. Uyumlu olma karakterine sahip bireylerin işbirliğine gitme özellikleri oldukça yüksektir. Bu özelliği yüksek bireyler iyi bir sosyal çevreye ve desteğe sahiptir (Ross ve ark., 2003).

Sorumluluk: Sorumluluk sahibi bireyler motive olmuş, hedefe odaklanmış davranışlar sergileyen, hırslı, organize olmuş güçlü bir yapıya sahiptirler.(Gort, 2010).

Nevrotiklik/ Duygusal dengesizlik: Bu karakterdeki kişiler; saldırgan, endişeli, düşmanca tutuma sahip, hassas, atılgan ve fevri özelliklere sahiptirler (Ross ve ark., 2003).

Gelişime/Deneyime açıklık: Bu kişiler, hayal gücü ve kavrama düzeyi yüksek ve farklı ilgi alanları olan bireylerdir. Ayrıca bu faktörün özellikleri arasında analitik düşünen, bağımsız, açık fikirli olma ile değişikliği sevmeye ve geleneksel olmama da sayılabilir (Combs, 2006; Somer ve ark., 2002, Merdan ,2013).

1.3.4.3. Benlik Kuramları

Kişiliği ve davranışları etkileyen faktörlerden biri de benliktir. Benlik bireyin kendi kendini görüş ve kavramasıdır. Bu yönden benlik kişiliğin öznel yanını oluşturur. Benlik, kişi doğduğu andan itibaren başından geçen sayısız olaylar ve çevresindeki kişilerin etkisiyle yavaş yavaş oluşur. Benlik acı ve tatlı birçok yaşantılar sonunda öğrenilen ve her an gelişmeye devam eden bir kavramdır. Her yaşantı her baştan geçen olay benliğe katkıda bulunur (Ünlü, 2001).

1.3.4.3.1. Carl Roger: Birey Merkezli Kuram

Carl Rogers, insan doğasını temelde olumlu ve yapıcı olarak kabul eden, insanın tek başına değerliliğini ve gücünü esas alan insancı (hümanistik) yaklaşımın başlatıcısı

ve temsilcilerindendir. Carl Rogers, insanların esasen iyi olduklarını ve benliklerini geliştirmek için temel isteğe sahip olduklarını belirtmiştir. Rogers öz saygının dünya deneyimlerimizde önemli bir yere sahip olduğunu ve bu öz saygının ailelerin uygun bulmaları neticesindeki çocukluk algılarından gelişmekte olduğunu düşünmüştür. Kuramında, kişiliğin yapısal öğelerinden çok değişirliğine ve gelişimine önem vermiş olan Carl Rogers'ın görüşleri aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

1. Kişinin yaşamındaki duygu ve düşünceleri ile kendine has bir dünyası vardır. Bu dünyanın merkezi “ben” ile temsil edilen kişinin kendisidir.
2. Yaşamı süresince kişi, benliğini sürdürebilme, ona yeni yönler ekleyerek geliştirme ve kendini gerçekleştirme çabasıdadır.
3. Birey içinde bulunduğu duruma, kendini ve dünyasını algıladığı biçime göre tepki gösterir. Gerçek, bireyin algıladığı şekilde yorumlanır ve bu yorum kendi ben kavramına uygun olarak yapılır.
4. Ben bir tehlikenin yaklaştığını hissederse savunmaya geçer, algılama daralır ve katılaşır, amaca yönelik davranışlar ve savunucu mekanizmalar ortaya çıkar.
5. Bireyin içsel eğilimleri sağlığa ve bütünlüğe yöneliktir ve normal koşullarda mantıklı ve yapıcı yollardan kişiliğini geliştirmek için çaba sarf eder (Geçtan, 1989; Hewstone, Fincham, Foster, 2005; Akt: Dal, 2009)

1.3.4.3.2. Abraham H. Maslow: Bütünsel Dinamik Kuram

Maslow'un kuramında benlik bilinci önemli bir yer tutar. Kuramda güdüler basamaklı bir yapı göstermektedir. Bireyler alt basamaktaki ihtiyaçları giderdikten sonra üst aşamadaki ihtiyaçları doyurmaya yönelir. Kendini gerçekleştirme, çoğu insan için bir anlık bir yaşantıdır. Bazı insanlar uzun zaman bu anı yaşayabilirler (Ünlü, 2001).

Maslow, insanların belirli basamaklardaki ihtiyaçlarını karşılamalarıyla, kendi içlerinde bir hiyerarşi oluşturan daha “üst ihtiyaçları” tatmin etme çabasına girdiklerini ve bireyin kişilik gelişiminin, o an için baskın olan ihtiyaç basamağının özelliği tarafından belirlendiğini savunmuştur. Maslow’un kişilik kategorileri kendi aralarında bir dizilim oluştururlar ve her ihtiyaç kategorisine bir kişilik gelişme düzeyi karşılık gelmektedir. Bireyin, bir kategorideki ihtiyaçları tam olarak gidermeden bir üst düzeydeki ihtiyaç kategorisine, dolayısıyla kişilik gelişme düzeyine geçmesi mümkün değildir.

1.3.4.4. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme tabiri 1947 yılında ilk defa Julian Roter’in kullandığı bir tabirdir. Rotter’e göre insan, yaşamındaki tecrübeleri etkileyebilmektedir. Sosyal öğrenme kuramına göre, diğer insanlardan kaynaklanan ödül ve cezalar gibi etkilerin, bireyin davranışları üzerinde büyük tesiri vardır. Sosyal öğrenme kuramının ana ilkesi insanların güçlü etkiler yaratabilecek şekillerde davrandığı ve davranışlardaki bireysel farklılıkların kişinin gelişim süreci boyunca deneyimlediği öğrenme tecrübelerinden kaynaklandığıdır. Bireyler doğrudan tecrübe yoluyla, belirli bir şekilde davranış sergiledikleri zaman ödüllendirilerek ya da cezalandırılarak, birçok davranış kalıbı öğrenseler de gözlemsel öğrenme yoluyla da birçok sonuca ulaşabilmektedir (Atkinson ve ark., 1996; Akt: Boroğlu Yatangaç, 2010). Sosyal bir varlık olan birey çevresinde bulunan bireylerin yaşantılarını gözlemlemekte, böylece kendi yaşam deneyimlerinin yanı sıra çevresindeki bireylerin yaşantılarından da öğrenmektedir (Bandura, 2001).

1.3.4.4.1. Jullian Rotter: Sosyal Öğrenme Kuramı

Rotter insan davranışlarının nedenlerini açıklamada davranışçı yaklaşımı yararlı bulmakla birlikte, insanların belli bir ortamda nasıl tepki göstereceğini kestirmek için

algılar, beklentiler, değerler gibi değişkenleri de göz önünde bulundurmak gerektiğine inanmaktadır. Rotter sosyal öğrenme kuramını 3 ana bileşen altında ele almaktadır. Bunlar davranış potansiyeli, beklentiler ve pekiştireç değerleridir (Mearns, 2004; Akt: Yaşar, 2013).

Davranış potansiyeli: Belirli bir durumda belirli davranışta bulunma olasılığıdır. Herhangi bir durumda, ortaya çıkabilecek birden fazla davranış bulunmaktadır ve olası her davranış için potansiyel bir davranış vardır. Bu durumda birey potansiyeli en yüksek olan davranışı sergileme eğilimi gösterecektir.

Beklenti: Belirli bir çıktı ve pekiştirece yol açacak olan davranışa verilen öznel bir olasılıktır. Yüksek ve güçlü beklentiler bireyin davranışları sonuçlamasına yol açacaktır. Beklentiler geçmiş deneyimlere dayanarak oluşmaktadır. İnsanların pekiştirilen davranışı tekrar yapma olasılığı yüksektir. Rotter'e göre insanların belirli bir davranışı ne kadar sık pekiştirilirse o davranışın gelecekte pekiştirileceğine dair beklentileri o kadar güçlüdür.

Pekiştirme değeri: Pekiştireç, davranış çıktılarının diğer adıdır. Davranış çıktıları olumlu (ödül) ya da olumsuz (ceza) olabilir. Pekiştireç değeri bu çıktıların istenmesi, arzu edilmesi anlamına gelmektedir. Birey olmasını istemediği daha düşük değere sahip pekiştireçlerden sakınırken yüksek değere sahip pekiştireçleri elde etmek için en yüksek düzeyde performans sergiler veya davranışı daha sık tekrarlama eğilimi gösterir (Yaşar, 2013).

1.3.4.4.2. Albert Bandura: Sosyal/Bilişsel Öğrenme Kuramı

Bandura insanların neden belirli bir şekilde davrandıklarını anlamamız için çevreyi çok dikkatlice incelememiz gerektiğini ve öğrenmenin ödüllendirilen davranışları yapıp cezalandırılanları yapmama yoluyla gerçekleştiğini savunmuştur. Bandura'nın yaklaşımının temelinde kişinin nasıl davranacağına çeşitli bilişsel süreç ve stratejiler karar vermektedir. Belli durumlarda davranışsal boyutlarda bireysel farklılıklar olmaktadır, çünkü bireylerin bilişsel süreçleri farklılık göstermektedir. Bandura'ya

göre birey geçmiş yaşantılarına dayalı olarak ya da başka kişilerin yaşantılarını gözleyerek bir işin gelecekteki sonuçlarını tahmin eder ve sonuç olumlu ise yapacağı işe güdülenir (Küçükahmet, 2003; Eysenck, 2004; Erden ve Akman, 1995: Akt: Boroğlu Yatangaç, 2010). Bandura'nın sosyal bilişsel teorisinin temel varsayımları:

- İnsanlar, başkalarının davranışlarını gözlem yoluyla öğrenebilir.
- Öğrenme, davranış değişikliğine yol açan veya açmayan içsel bir süreçtir.
- Davranış amaca yöneliktir.
- İnsanlar kendi davranışlarını öz düzenleme yapabilirler. Davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilirler.
- Ödül ve ceza, davranışı doğrudan olduğu kadar dolaylı olarak da etkiler.
- Davranış, önceki deneyimlerden alınan ödül veya pekiştireçlerden daha fazla etkilenir.

Bandura'nın sosyal bilişsel teorisinin ilkeleri; karşılıklı belirleyicilik, sembolleştirme, öngörü kapasitesi, dolaylı öğrenme, öz düzenleme kapasitesi ve öz yargılama kapasitesidir.

Karşılıklı belirleyicilik: Bireyin yeni davranışının ortaya çıkmasında birey, çevre ve davranış eşit derecede etkili olmayabilir. Bazı davranışların görülmesinde bireysel özellikler bazılarında ise çevresel faktörler daha ön plana çıkmaktadır.

Sembolleştirme: İnsanlar deneyimlerini sembolleştirmeler yaparak anlamlandırır, yorumlar ve yaşamını sürdürür. Semboller, resim, şekil ve sözel ifadelerdir. İnsanlar, model aldıkları bireyin davranışını hatırlamak için sembollere dönüştürür. Davranışa ilişkin bilgileri sembolleştirir.

Öngörü kapasitesi: Gelecek için plan yapabilme kapasitesidir. İnsanlar gelecekte başkalarının kendilerine nasıl davranacaklarını tahmin edebilmeli, hedef belirleyebilmeli, geleceği planlayabilmelidir.

Dolaylı öğrenme: Başkalarının deneyimlerini gözleyerek öğrenme olarak tanımlanmaktadır. Gözlem yoluyla öğrenme, dört temel süreci kapsamaktadır. Bunlar; dikkat etme, hatırd tutma, davranışı meydana getirme ve motivasyon süreçleridir.

Öz düzenleme kapasitesi: İnsanların kendi davranışlarını kontrol edebilme yeteneği demektir. İnsanlar ne kadar çalışıp ne kadar uyuyacağı gibi pek çok davranışlarını kendileri kontrol eder.

Öz yargılama kapasitesi: Bireylerin kendileri hakkında düşünme, deneyimlerini analiz etme, anlamlandırma ve yargıda bulunmayı içermektedir. Bandura, bireyin kendisi ile ilgili bu yargısına “öz yeterlik” adını vermektedir. Öz yeterlik inancı, hedefleri başarmada, engelleri aşmada temel rol oynamaktadır (Bandura, 1989; Akt: Karataş ve Öztürk, 2009).

1.3.4.5. Beck’in Bilişsel Kuramı

1960’lı yıllarda Aaron T. Beck’in geliştirdiği Bilişsel terapi kuramı ortaya çıktıktan sonra 80’li yıllarda davranışçı terapistlerin büyük bir kısmı bu yeni çıkan bilişsel kuramı benimsemişlerdir (Türkçapar, 2008). Bilişsel kurama göre, kişileri rahatsız eden duygusal sıkıntılar, doğrudan olayların ve yaşantıların kendisinden değil bunların algılanma süreçlerinde atfedilen anlamlardan meydana gelmektedir. Bilişsel terapi; duygu, düşünce ve davranışların arasındaki bağlantıları belirlemeye çalışarak, kişinin tecrübelerini gerçeğe daha yakın anlamlandırmasını sağlamaya çalışmaktadır.

Bilişsel yapının duygu ve davranışları etkilediği, dolayısıyla psikopatolojinin temelinde bilişsel yapıdaki bozuklukların yattığı varsayımına dayanır. Bireyin duygulanımı ve davranışı dünyayı nasıl yapılandırıldığına bağlıdır. Dünyayı yapılandırma, bilişlere ve çıkarsamalara dayanır. Çıkarsamalar geçmiş deneyimler sonucu oluşturulan şemalardır. Hatalı çıkarsamalar sonucunda oluşan ve dış olaylara duygusal tepkiyi belirleyen bilişleri otomatik düşünceler olarak adlandırmaktadır (Doğan, 2010).

Beck'in bilişsel kuramına göre kişiliğin sosyotropi ve otonomi olmak üzere iki boyutu vardır (Kaya ve ark., 2006).

1.3.4.5.1. Sosyotropi-Otonomi

Beck ve arkadaşları tarafından 1983 yılında ortaya atılan sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleri sınıflandırması, yazında yaygın olarak kullanılmakta olup bu sınıflandırmaya göre, sosyotropik kişilik, insanlarla ilişkiye önem veren ama aynı zamanda depresyonla ilişkili olduğu düşünülen bir yapıdır (Öktem ve ark., 2013). Sosyotropi (kişilerarası bağımlılık) bireyin diğer kişiler ile pozitif etkileşim gösterebilme özelliği olarak tanımlanmaktadır (Beck, 1983). Sosyotropik kişiler, onaylanma ve aidiyet hissetme ihtiyacındadırlar ve aynı zamanda sosyal reddedilme korkuları vardır. Bu kişilik özelliğinin genellikle depresyon, savunmasızlık ve psikopatoloji ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Bieling ve ark., 2000). Yüksek sosyotropi özellikleri gösteren kişilerde gerçekleştirme ve özsaygının bir teyidi olarak sosyal bağlanmışlık gözlenmiştir. Bu kişilerin olumlu kendilik imgelerini sürdürebilmeleri, kendileri için önemli olan kişiler tarafından onaylanmalarına, sevmelerine, sayılmalarına ve önemsenmelerine bağlıdır (Kabakçı, 2001). Sosyotropik kişilerin ilişkileri, başkaları tarafından eğitilme isteği ve bağımlılık ile karakterize edilmiştir. Altta yatan korkuları ise savunmasızlık, itilmişlik ve duygularını eksik ifade etmedir. Otonomi ise, bir bireyin kendi kendine kuralını, yasasını koymasına anlamına gelir. Otonomi bireyin bağımsızlığını, kişisel haklarını koruyabilme ve artırabilme özelliği olarak tanımlanmaktadır. Otonom kişiler, kontrol kaybı ve başarısızlıktan korkar ve takdir edilme hedefine ulaşmaya çalışır. Bu kişilik özelliği yüksek olan bireyler, kendi aktivitelerini yönlendirmekten, hedeflerine ulaşmaktan, çevrelerinde olup bitenleri kontrol etmekten ve başarılı olmaktan mutluluk duyarlar (Kabakçı, 2001; Kaya ve ark., 2006). Babadağ (2001) otonomiye, insanın özgür düşünüp karar verme, kararını eyleme geçirme, özgür, bağımsız davranma gücü ve yetkisi olarak tanımlanmaktadır. Otonom kişiler için, altta yatan korkular yetersizlik, kontrol kaybı korkusu ve aşağılanmadır.

Bilişsel kuramın temsilcilerinden olan Beck ve arkadaşlarının (1983) sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirdikleri ölçek birçok araştırmada kullanılmıştır. Beck ve arkadaşlarının sosyotropi-otonomi ölçeğini kullandıkları araştırmalarında kadınların erkeklere göre daha sosyotropik özelliklere sahip olduğunu saptamışlardır. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre sosyotropik kişilerin başkalarıyla ilişkilerinde bir kopma yaşandığında veya insanlar tarafından kabul görmediklerinde depresyona girdiklerini belirlemişlerdir. Otonomik kişiler ise daha az bağımlı oldukları için depresyona girme eğilimleri daha düşüktür (Clark ve Oates,1995).

Birçok araştırma göstermiştir ki sosyotropik özelliği yüksek olan kişiler sevmeyi ve seilmeyi daha çok ister, başkaları tarafından yönlendirilmeye yatkınlardır ve fazla inatçı değillerdir, ortak faaliyetlere katılmayı ve başkalarına yardım etmeyi severler. Bununla beraber başka insanlarla ilişkilerinin iyi olmasını önemserler ve onlar tarafından kabul görmek isterler. Sosyotropik kişilikli bireylerin başkalarıyla girdikleri ilişkilerde bir kopma meydana geldiğinde yahut o kişi ya da kişiler tarafından reddedildiklerinde depresyona girdikleri bulunmuştur (Doğan, 2010). Otonomi ise; kendi kendini idare etme, hayat hakkında rasyonel kararlar alma ve uygulama yeteneklerini ifade etmektedir. Çevreyi kontrol etmeye, başarılı ve bağımsız olmaya eğilimlidirler. Yapılan çalışmalarda otonomik kişilik özelliği olanları bağımsız davranışları engellendiğinde ya da başarısızlık yaşadıklarında depresyon eğilimlerinin çok düşük olduğu bulunmuştur (Tokmak ve ark., 2013).

1.3.4.5.1.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri

Sosyotropi ve otonomi kavramları kişilerin başkalarına bağımlı ya da özerk olma durumlarına işaret eder. Benzer şekilde, diyaliz hastalarının diyaliz makinesine bağımlı olmaları dışında, kendi tedavi süreçlerinde başkalarının bakımına muhtaç olduklarına dair inançları duygu durumlarını olumsuz etkileyecek değişkenler

arasındadır (Alford ve Gerrity, 2003). Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle, kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görmektedirler (Salehnia, 2000). Hiçbir kronik hasta diyaliz hastaları kadar kuruma bağımlı değildir. Kemoterapi hastalarında bile zaman zaman tedaviye ara verilmektedir. Bu süreçte hemodiyaliz hastalarının baş etmesi gereken iki durum vardır:

- 1) Bir makineye bağımlıdır, diyetine dikkat etmelidir, hastalığının ve tedavisinin yan etkilerini (özellikle halsizlik, uykuya eğilim) kabul etmesi gerekir.
- 2) Günün diğer saatlerinde tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması beklenir.

Hasta bu çatışma ile üç şekilde mücadele eder:

- a) Bazıları çatışmanın iki yönünü de yaşar (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız)
- b) Bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşırlar.
- c) Bağımlılıktan korkanlar ise hastalığa ve tedaviye isyan ederler. Genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemezler. Bu hastalarda sağlık personelinin önerilerine uymama sıklıkla görülür. (Diyete uymama, ilaçları almama, negativizm, çocuksu davranışlar, sağlık personeline öfke, pazarlık vb.) (Cimilli, 1994).

Duygusal değişimler hastaların deneyimlerinin önemli bir parçasıdır. Hastalar “kendime güvenimi kaybettim, gelecekle ilgili korkularım var, ileriye baktığım zaman her şeyin daha da kötüleştiğini görebiliyorum” gibi düşüncelere sahiptirler. Bunun yanında kendilerini “kızgın, kolay sinirlenen, bıkkın, aşırı duyarlı, hırçın, üzgün veya depresif” olarak tanımlarlar. Olumsuz duygusal deneyimlerinin yanında kişiliklerinde veya karakterlerinde de olumsuz değişiklikler yaşadıklarını belirtmektedirler. Bunlardan biri daha bencil biri haline gelmek iken olumlu yönde değişiklik olduğunu belirtenler daha düşünceli olduklarını ifade etmektedir (Krespi, ve ark., 2008).

1.4. Bağlanma

İnsanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlanan bağlanma, uzun yıllardır araştırmacılar tarafından incelenmekte ve çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Başka bir ifadeyle bağlanma çocukları korumak ve onları bağımsız olmaları ve ebeveynlik yönünde hazırlamak için aileleri birbirine bağlayan sürekli duygusal yakınlığı ifade etmektedir (Şenkal, 2013). Bebeklik dönemi olarak tanımlanan 0-2 yaş arası, çocuğun, fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden en hızlı geliştiği dönemdir. Bu nedenle bu dönemde çocuğun sadece fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi yeterli değildir. Henüz becerilerinin yeterli derecede gelişmemiş olmasına bağlı olarak bebeğin, kendisine bakım veren kişiye bağımlı olduğu görülür. Bu bağımlılık sürecinde bakım verenle kurduğu birebir ilişki ise onun zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemlidir. Bebeğin biyolojik yetersizliği dikkate alındığında, bakım verenine karşı bir bağlanmanın oluşması kaçınılmazdır. Bağlanma terimi ise, bireyin kurduğu ilk ilişki, yeni doğana bakım veren anne ya da annenin yerini alabilecek temel bakım veren bir diğer bakıcıyla gerçekleşmektedir ki bu kişi genellikle annedir. İlk yıllarda anne ile kurulan bu bağ, çocuğun kişiliğinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Anne/bakıcı ile çocuk arasında kurulan ilişki sonucunda, çocuğun annesine/bakıcısına ve kendisine ilişkin oluşturduğu zihinsel işleyen modeller yaşam boyu sürmekte ve her dönemde kişilerarası ilişkilerin temelini oluşturmaktadır (Bowlby, 1980; Tüzün ve Sayar 2006; Terzi ve Cihangir, 2009). Biyolojik olarak bağlanma figürü zaman içinde öncelik ve yer değiştirmektedir. Yani bebeklik yıllarında bağlanma figürü anne ya da onun yerine geçen bakıcı kimse iken yetişkin yaşamında bağlanma figürü karşı cinsten birisi veya eş olabilmektedir (Çelik, 2004).

Bu ilişkinin daha derinlemesine incelenmesi ve hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülen psikopatolojik tablolarla bağlantısının kurulmasında temel aşama ise, "Bağlanma Kuramı"nı ortaya koymasıdır (Tüzün ve Sayar, 2006). Bağlanma kuramı, geçmişte bebeklik ve çocukluk dönemlerine ve bu dönemdeki temel bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkiye odaklanırken, günümüzde

yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılan bir model haline gelmiştir (Çalışır, 2009). Bu bölümde bağlanma kuramı ve yetişkin bağlanma stillerine yer verilecek olup hemodiyaliz hastalarıyla ilişkilendirilecektir.

1.4.1. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, temelde duygulanım düzenleme sistemindeki yakınlık aramaya yönelik bir kuram olduğu için özellikle insan etkileşiminin psikodinamik anlayışını benimseyen toplum bilimcilerin her zaman ilgisini çekmiştir (Shemmings, 2004). Bağlanma kuramı ile ilgili ilk çalışmalar, Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenen John Bowlby ve Mary Ainsworth tarafından yapılmıştır (Bretherton, 1992). Bowlby (1977) bağlanmayı “ genellikle daha güçlü ve olgun olarak algılanan farklılaşmış ve tercih edilen diğer bazı bireylerle geliştirilen bağ” olarak tanımlamıştır (Akt: Damarlı, 2006).

Bowlby’in bağlanma kuramı etiyoloji, nesne ilişkileri ve psikodinamik yaklaşımlar üzerine kurulmuş bir kişilik gelişimi kuramıdır. Bağlanma kuramının etiyolojik temele dayanan tezi, başka bütün memeliler gibi dış dünyayla ilgili hiçbir deneyimi olmayan insan yavrusunun da içgüdüsel olarak bir bağlanma sistemi dahilinde davrandığı ve bu sistem çerçevesinde yaşamını sürdürebilmesi için kendisinden daha olgun ve deneyimli bir bağlanma figürüne yakın olmayı sağlamaktadır. Bağlanılan kişiye yakın olma ve yakınlığı koruma bağlanma sisteminin en temel unsurunu oluşturmaktadır. Kendine bakanlara yakınlığı koruyarak, yeni doğan, hayatta kalma ve gelişme olasılığı artmaktadır. Böylece yetişkin bağlanma figürü çevreyi araştırma, keşfetme sırasında tehlike hissedildiği anda geri dönülebilecek bir sığınacak liman, güvenli üs görevi görmektedir (Güngör, 2000; Hamarta, 2004; Akt: Yıldız, 2008).

Bowlby'e göre anne/bakıcı ve çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisi çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağlar. Rhesus maymunlarında gözlenen bu bağlanma ilişkisi ile insanlardaki ilk bağlanma süreçleri arasında bir benzerlik olduğuna inanan Bowlby, yanlış gelişmiş ya da dönem dönem kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını iddia eder. Ona göre, güvensiz bağlanma biçimleri nevrotik bir kişiliğin gelişmesine zemin oluşturur (Tüzün ve Sayar, 2006).

Bireyin kurduğu ilk ilişki, bebeğin kendini güvende hissetmesi, ihtiyaçlarının giderilmesi, duygusal yakınlık görme beklentilerinin karşılanması gibi olumlu bir süreçte ilerlemesi sonucunda bebek kendini sevmeye ve onaylanmaya layık görerek önemli olduğunu hissedecek ve aynı zamanda karşısındakileri ve dünyayı da güvenilir ve olumlu bir yer olarak algılayacaktır (Çalışır, 2009). Bowlby'e göre yakınlığı koruma (*yakınlarda kalma ve ayrılıklara direnme*), güvenlik sığınağı (*rahatlama, destek, yeniden güvence vb. için dönülen yer*) ve güvence üssü (*bağlanma dışı davranışlarda bulunmak için bir üs olarak kullanma*) bağlanmanın üç tanımlayıcı özelliği ve bağlanma ilişkisinin üç temel işlevidir (Hazan ve Shaver, 1994). Eğer bu ihtiyaçlar yeterli düzeyde karşılanmazsa, çocukta oluşan benlik algısıyla bağlantılı olarak patoloji gelişebilme riski ortaya çıkacaktır (Yıldız, 2012). Kişinin kendisi ve diğerleri hakkında olumlu modeller geliştirebilmesi için temel bir yapı oluşturan güvenli temel ve bu modeller içsel çalışan modeller' ya da 'zihinsel temsiller' olarak kavramsallaştırılmaktadır (Çalışır, 2009).

İçsel Çalışan Modeller: Bowlby'nin kuramının temelini oluşturur. Çocuğun kendisi ve başkalarına ilişkin zihinlerinden oluşan 'içsel çalışan modeller', bakım işini üstlenenin tepkileri ile ilişkilidir. Çocuk, ihtiyacı olduğunda bakıcısından gereken desteği ve olumlu tepkiyi görürse bakıcısının ulaşılabilir, güvenilir ve destekleyici olduğuna ilişkin "değerli ben ↔ güvenilir o" gibi bilişsel temsiller geliştirir. Ters durumda ise bakıcısı çocuğun ihtiyaçlarına duyarsız kaldığında ya da tutarsız tepkilerle karşılık verdiğinde çocuk bağlanma figürünü reddedici, kendisini de sevmeye ve desteklenmeye değmez biri olarak görür (yani "değersiz ben ↔

güvenilmez o” bilişsel temsili) (Yıldız, 2012). Bağlanma kuramına göre, kişilerarası ilişkilerde ilk yaşantıların izleri içsel çalışan modeller aracılığıyla sonraki yaşantılara aktarılmaktadır. Erken yaşlarda çocuk ve bakım veren kişi arasındaki etkileşim sonucu çocuk, kendisinin bakım almaya ve ilgi görmeye değer olup olmadığı ve çevresindeki insanlara güvenip güvenmeyeceği ile ilgili “içsel çalışan modeller” geliştirmektedir. Bu içsel çalışan modeller bireyin yaşam boyu ilişkilerinde belirleyici rol oynamaktadır (Bowlby, 1973). Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemi süresince gelişen bu içsel çalışan modeller, daha sonra bireyin çevresine verdiği tepkileri belirler (Campos ve ark., 1984). Özellikle, çocuk tedirgin ve üzgün iken düzenli bir şekilde ulaşılabilir olan bir bakım vericiye ait bir güvenlik duygusu oluşturur. Bu durumda çocuğun, güvenli bir biçimde dünyayı keşfedebileceği ve diğer insanlarla ilişki kurabileceğine ilişkin inancı gelişir. Diğer taraftan, zamanında ve uygun bir biçimde cevap vermekte başarısız olan bir bakıcı, çocuğun kronik biçimde kaygı geliştirmesinde ya da çevreyi keşfini engelleyici bir stil oluşturmasında hazırlayıcı bir rol oynar. Bowlby, kaygılı ve korkulu büyüyenlerin aile deneyimlerini, ebeveyn desteğinin belirsizliği ve kötü iletişim ile tanımlar iken daha sağlam ve kendine güvenli olarak büyümüş kişilerin aile deneyimlerini, ihtiyaç duyulduğunda eksilmeksizin verilen ebeveyn desteğinin yanı sıra özerklik geliştirmeye yönelik kalıcı ve uygun cesaretlendirmeler ve ebeveynlerle yaşanan dürüst ve iyi iletişim olarak tanımlamaktadır (Akt: Damarlı, 2006).

Bağlanma kuramının gelişmesinde katkı ve açılımlarda bulunan Ainsworth ve arkadaşları (1978) ise Bowlby’nin güvenli üs kavramsallaştırmasını genişletmiş ve bebeğin etrafında olan biteni keşfederken ona güvenli bir üs sağlamak için bağlanma sisteminin sürekli olarak işlevini yerine getirmekte olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda çalışmalarında bağlanma sisteminin amacının güvenlik hissi algısını sürdürmek olduğunu dikkate almışlar ve bebekler ve anneleriyle yaptıkları bu çalışmalar sonucunda güvenli, kaçınıcı ve kaygılı/ikircikli olmak üzere üç temel bağlanma örüntüsü tanımlamışlardır.

Güvenli bağlanma biçimi geliştirenlerin ilişkileri kıymetli ve güvenilir olarak deneyimlenmekte ve ihtiyaç duyulduğunda dikkat anında kazanılmakta, böylelikle bu bebekler güvenli bir biçimde başkasına bırakılabilmektedirler. Güvenli bağlanmada bebeklerin davranışları, yakınlığı koruma, rahatlık arama ve dış dünyayı keşfetmek için bakımı üstlenen kişiyi güvence üssü olarak kullanır. Güvenli bağlanmış bebek, annesi odayı terk ettiği zaman huzursuz olsa da annesi geri döndüğünde stres durumu yatıştır, rahatlar ve yanında olduğu sürece aktif keşif sürecine devam eder.

Kaçınıcı bağlanma geliştiren çocuklar, ilişkilerin kıymetli olmasına rağmen güvenilir olmadığını öğrenmektedirler. Bu çocuklar dikkati yakalama ve yeniden kazanma becerilerinde güvensiz olmaya başlamaktadırlar. Böylelikle reddedilme korkuları ilişkilerinde kendini göstermektedir. Kaçınıcı bağlanma biçimine sahip bebekler annelerinin kendilerine dokunmalarını tutarlı olarak reddederler ve temas etmekten kaçınırlar. Annesine karşı bebeğin hiç güveni kalmadığı için, ayrılığa karşı tepkisiz kalır, geri döndüğünde, yanında bulunduğunda da ona yakın durmaz.

Kaygılı (İkircikli bağlanma) biçimi geliştirenler annenin tahmin edilemez tepkileri dolayısıyla bazen yakınlığı ararken bazen de yakınlıktan kaçınmaktadırlar. Başka bir ifadeyle yakınlık korkutucu olmasının yanı sıra istenen de bir şeydir. Bu çocuklar dikkati çok isteyebilirler ancak elde ettiklerinde onu reddedebilirler. Bu yüzden ikircikli (ambivalent) bağlanma biçimi geliştirmiş olmaları onların kafa karıştırıcı davranışlar sergilemesine yol açabilmektedir ve yakınlık korkusu yetişkinlikteki ilişkilerine kadar devam edebilmektedir. Anne, bebeğin istek ve davranışlarına karşı tutarsız tepkiler gösterdiğinde, bazen ulaşamaz olduğunda ya da tepkisiz kaldığında, bebek kaygılı ve kızgın olur, ayrılmak istemez, ayrıldığında da anne geri döndüğünde de yatışmaz ve o kadar kaygılıdır ki keşif etkinliklerinde bulunamaz (Şenkal, 2013).

Bowlby (1958) ve Ainsworth (1989) ayrı ayrı ve birlikte yaptıkları çalışmalarda güvenli, kaçınıcı ve kaygılı olmak üzere üç temel bağlanma stili ortaya koymuşlardır. Bartholomew ve Horowitz (1991) bu bağlanma stillerinden farklı olarak ancak Bowlby'nin bağlanma kuramına dayanarak, benliğe ve başkalarına ait zihinsel

modellerin olumlu ve olumsuz olma durumlarının çaprazlanmasından oluşan, dörtlü yetişkin bağlanma stilini geliştirmişlerdir (Terzi ve Cihangir Kaya, 2009).

1.4.2. Yetişkin Bağlanma Stili

Bağlanma çalışmaları önceleri bebeklik ve çocukluk dönemlerine odaklanırken, son dönemlerde yetişkinlikteki bağlanma biçimlerine yönelik araştırmalar artarak devam etmektedir. Hatta az sayıda çalışma bulunmakla birlikte bağlanma kuramcıları, bağlanmanın yaşam boyu gelişim bakış açısından yola çıkarak son yıllarda yaşlılık dönemindeki bağlanma biçimlerini incelemeye başlamışlardır.

1980' li yıllara kadar bağlanma kuramı kapsamlı bir şekilde yaşam boyu süren bir kavram olarak çalışılmaya başlanmamıştır(Göçener, 2010). Yetişkinlik döneminde bağlanma süreçleri ile ilgili ilk çalışmalar Main ve Goldwyn (1982) ile Main ve diğ. (1985) tarafından yapılmıştır. “Yetişkin Bağlanma Görüşmesi” adı altında ebeveynler için bir görüşme yöntemi geliştirmişlerdir. Yetişkinden, çocukluğunda kendi ebeveyniyle ilişkisini, ayrılma karşısındaki tutumlarını vb. anlatması istenmiştir. Main ve Goldwyn (1982), üçlü bir sınıflandırma oluşturmuşlardır: a) Güvenli/özerk, b) Güvensiz. Güvensiz kategorisi de kendi içinde “kayıtsız” ve “endişeli” olarak ikiye ayrılmıştır. Sonradan ise c) “Çözümsüz, düzensiz” kategorisi bu kategorilere eklenmiştir (Akt: Masterson, 2008; Yıldız 2012).

Yetişkin bağlanması, bazı temel benzerlikler göstermesine karşın, bebek bağlanmasıdan önemli açılardan farklılıklar gösterir. Weiss (1982) çocuklukta bağlanmadan yetişkinlikteki bağlanmayı ayıran üç özellik tanımlamıştır:

1. Yetişkinlerde, bağlanma ilişkileri tipik olarak eşler arasındadır, diğerinde bakım alan (bebek) ve bakıveren (ebeveyn) arasındadır.

2. Yetişkinlerdeki bağlanma çocuklukta bağlanma gibi diğer davranışsal sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir.
3. Yetişkinlikteki bağlanma sıklıkla cinsel ilişki içerir (West & Sheldon- Keller, 1994).

Yetişkin bağlanma biçimleriyle ilgili çalışmalarda çoğunlukla ‘Hazan-Shaver’ın yetişkin bağlanma modeli’ ile ‘dörtlü yetişkin bağlanma modeli’ kullanılmaktadır (Yıldız, 2012).

Main ve arkadaşlarından (1985) sonra yakın ilişkileri anlamaya yönelik bir taslak bağlamında yetişkin bağlanması üzerine yapılan araştırmalar 1980’li yılların sonlarına doğru Hazan ve Shaver’ın (1987) çalışmasından itibaren ilerlemeye başlamıştır. Hazan ve Shaver’a (1987) göre, bebeklikte duygusal bağların gelişimini açıklamak için geliştirilen bağlanma kuramının anahtar bileşenleri, yetişkin romantik aşkına uygun terimlere dönüştürülmüştür. Bu dönüştürme bebeklikte üç temel bağlanma stiline (güvenli, kaçınıcı, kaygılı/korkulu bağlanma) ve benliğin ve sosyal yaşamın kısmen bilişsel modellerinden (içsel çalışan modeller) dolayı ilişki stiline devamlılığı fikrine odaklanmıştır. Söz konusu çalışmada bu modeller ve sonucunda oluşan yetişkin bağlanma stili, ebeveynlerle kurulan çocukluk ilişkileri tarafından bir derece belirleniyor olarak görülmektedir (Şenkal, 2013).

Yetişkin bağlanma örüntüleri üzerine en kapsamlı model Bartholomew (1990) tarafından öne sürülmüştür. Bartholomew, modelini Bowlby’nin içsel çalışan modeli (benlik modeli ve başkaları modeli) ile Ainsworth’un (Ainsworth ve ark., 1978) ve Main’in (Main ve ark., 1985) üçlü bağlanma stiline dayandırmıştır (Mackinnon ve Marcia, 2002; İlhan ve Özdemir, 2012). Bartholomew’un (1990) önerdiği iki boyutlu modele göre bireylerin kendilerine ve diğerlerine (arkadaş, sevgili, eş) ilişkin olumlu ve olumsuz bakış açıları bağlanma stillerini ortaya çıkarmaktadır. Bu modele göre, kendisine ve karşısındaki kişilere olumlu bakanlar güvenli bağlanan kişiler olarak adlandırılmaktadır. Saplantılı bağlanma biçimine sahip olan kişiler kendileriyle ilgili değerlendirmeleri olumsuz, diğerleriyle ilgili değerlendirmeleri ise olumludur. Bağlı bir ilişki örüntüsü sergileyen bu kişiler yakınlıktan rahatsız olmazken, terk

edilme korkusu yaşarlar. Modelde tanımlanan diğer bir bağlanma türü ise kaçınmacı bağlanmadır. Bu bağlanma stilline sahip kişilerin kendileriyle ilgili algılamaları olumlu, başkalarıyla ilgili algılamaları olumsuzdur. Son olarak, korkulu bağlanma stilline sahip kişiler hem kendilerine hem de karşısındakilere olumsuz bakarlar. Bu kişiler sosyal ilişkiler kurmayı istemelerine rağmen yüksek düzeyde yakınlık ve terk edilme korkusu yaşarlar. Korkulu bağlanan kişiler bu nedenle romantik bir ilişki kurmaktan kaçınırlar (Bartholomew 1990; Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.4.2.1. Hazan-Shaver Yetişkin Bağlanma Modeli

Hazan ve Shaver (1994), Ainsworth'un ortaya koymuş olduğu üçlü bağlanma biçiminin yetişkin yaşamındaki karşılıkları olan ve özellikle yakın (intimate) ilişkiler bağlamında tanımladıkları romantik ilişkilerde bağlanmayı, kendini bildirim dayanan bir ölçekle araştırmışlar ve yetişkinler için de güvenli, kaygılı-kararsız ve kaygılı-kaçınan bağlanma biçimleri olmak üzere üç boyut tanımlamışlardır:

Güvenli Bağlanma'da yetişkinler kendine güvenen, sosyal açıdan girişken, yakın ilişkiler kurmaktan rahatsızlık duymayan bireylerdir. Güvenli bağlanma stilinin kendilerini en iyi tanımladığını belirten katılımcıların, diğer gruplara oranla, hem romantik ilişkileri hem de çocuklukta ebeveynleriyle olan ilişkileri hakkında daha olumlu yaşantı ve inançlara sahip oldukları saptanmıştır.

Kaygılı-Kararsız Bağlanma'da yetişkinler, kendilerine güvenmeyen, reddedilmek ve terk edilmekten korkan kişilerdir. Kaygılı-kararsız bağlanma stilini seçen katılımcıların ilişkilerinde aşırı derecede kıskanç, eşlerine ve ilişkilerine takıntılı ve sıklıkla duygusal iniş çıkışlar yaşayan kişiler olarak tanımlanmıştır.

Kaçınan Bağlanma'da ise yetişkinlerin yakın ilişkilerden kaçındıkları, kendilerini açmaktan rahatsız oldukları ve sosyal bakımdan baskılanmış oldukları görülmektedir. Kaçınan bağlanma stilini seçen katılımcıların diğer gruplara oranla başkalarına en az güven duyan, ilişkiler ve romantik sevgi hakkında olumsuz beklenti ve inançlara

sahip, yakınlık kurmaktan kaçınan kişiler olarak betimlenmiştir (Sümer ve Güngör, 1999; Çalışır, 2009).

1.4.2.2. Dörtlü Bağlanma Modeli

Bowlby'nin bağlanma ilkeleri temelinde çocuklardaki ve yakın ilişkilerdeki bağlanma süreci üzerine yapılan çalışmalarla, güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan olarak üç bağlanma biçimi geliştirilmiştir (Hazan ve Shaver, 1987; Feyzioğlu, 2008). Bartholomew ve Horowitz (1991) ise bu tipolojiyi genişleterek Dörtlü Bağlanma Modeli adında yeni bir model oluşturmuşlardır. Dörtlü bağlanma modelinde benlik ve başkaları olumlu ve olumsuz olmak üzere iki boyut içinde incelenmekte ve sonuç olarak dört farklı yetişkin bağlanma stili elde edilmektedir.

Güvenli Bağlanma Stili; bu bağlanma biçimi “olumlu benlik” ve “olumlu başkaları”na ilişkin modellerin birleşiminden oluşmaktadır. Bu kişiler kendilerini sevmeye değer, başkalarını ise güvenilebilir, kabul edici, ulaşılabilir ve destekleyici olarak algırlar. Bu kişiler başkaları ile kolaylıkla yakınlık kurabilir ve aynı zamanda ilişkilerinde de özerk kalabilirler (Bartholomew ve Horowitz, 1991; Sümer ve Güngör, 1999; Feyzioğlu, 2008). Güvenli bağlanan kişilerin kaygı ve kaçınma düzeyleri düşük değerlerdedir. Özsaygı ve özerklik düzeyleri yüksek olan bu kişiler yakın ilişkilerden rahatsız olmazlar. Bu bölge, güvenli bağlanma duygusu, yakınlık ve karşılıklı bağlılıkta rahatlık, destek aramada güven ve stresle başa çıkmada diğer yapıcı unsurlarla tanımlanır. Ayrıca, güvenli bağlananlar terk edilme korkusu taşımazlar ve ciddi anlamda kişiler arası sorunla karşılaşmazlar (Bartholomew 1990; Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Saplantılı Bağlanma Stili; kişinin kendisini değersiz algılamasına rağmen başkalarını olumlu algıladığı biçimdir. Bu nedenle yakın ilişkilerinde sürekli olarak kendilerini doğrulama ya da kanıtlama eğilimi gösterirler. Sürekli olarak ilişkileri ile takıntılıdır ve ilişkilerinden pek de gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (Sümer ve Güngör, 1999). Yüksek kaygı düzeylerine sahip bu kişiler bağlanma

güvenliğinin yokluğu, güçlü bir yakınlık ihtiyacı, ilişkilerle ilgili kaygılar ve reddedilme korkusuyla tanımlanmaktadırlar.

Korkulu Bağlanma Stili; bireylerin kendilerine ve diğerlerine ilişkin olumsuz zihinsel modelleri vardır. Dolayısı ile güvenli bağlanma stilinin tam tersidir. Kendilerini değersiz ve sevmeye layık görmeyen bu kişiler başkalarının da güvenilmez ve ulaşılamaz olduklarını düşünmektedirler. Korkulu bağlanan kişilerin kaygı ve kaçınma boyutları yüksektir. Bartholomew (1990) bu kişilerin diğerleriyle anlamlı ilişkiler kurma konusunda istekli olduklarını ancak reddedilme korkusu ve güvensizlik nedeniyle bundan kaçındıklarını belirtmektedir.

Kaçınan Bağlanma Stili; bu kişiler ise kendilerine ait olumlu, başkalarına ilişkin olarak ise olumsuz zihinsel modellere sahiptirler. Bu stilde, başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (Sümer, Güngör, 1999). Bu tip insanlar, başkalarıyla fazla yakınlık kurmadıklarından, kendilerini hayal kırıklıklarına karşı korumuş olurlar, böylece daha bağımsız olup daha az incinirler (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

1.4.3. Bağlanma Stilleri ile Hemodiyaliz Hastaları Arasındaki İlişki

Aileler, kronik hastalığın varlığıyla birlikte pek çok kayıp yaşarlar. Hasta bireyin yaşadığı fiziksel ve işlevsel kayıpların yanı sıra, tüm aile için umutların, sağlıklı aile üyeleri imgesinin, geleceğe yönelik hayallerin, rol tanımlarının, hastalık öncesinde sahip olunan aile kimliğinin ve eklenen sorumluluklar nedeniyle özgürlüklerin kaybı yaşanır. Bu açıdan bakıldığında, kronik hastalığın, bireyin ve ailenin yaşamını değiştirme gücüne sahip olduğu açıkça görülmektedir.

Hemodiyaliz hastası hastalığın gerektirdiği tedavi süreci, kısıtlılıklar, öz yeterlilik kaybı nedeni ile pek çok konuda bağımlılık yaşar. Bağımlı olan hasta, ihtiyaçlarını, isteklerini bağımsızca karşılamada ve problemlerini çözmede yetersiz

görünür ve sürekli yardım ister. Bu hastalar için hastalık, “terk edilme korkusunu” uyarır. Hasta korkar, telaşlanır ve bakım veren kişiye bağlanır. Aşırıya kaçan bu bağımlılıkları bakım verenlerde, bıkkınlık ve öfke duygusu uyandırabilir (MEB, 2013).

Akbağ ve İmamoğlu (2010), bağlanmanın güvenli-güvenli olmayan biçimleri açısından ele alındığında bağlanma figürüne ilişkin olumsuz değerlendirmesi olan bireylerin daha fazla yalnızlık duygusu yaşama eğiliminde olduğu ve yalnız bireylerin genelde reddedilme korkusu yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır.

Güvenli bağlanma biçimi, kronik hastalıklara daha olumlu uyum göstermeyle ilişkilidir. Kaygılı, kararsız veya kaçınmacı bağlanma biçimlerinde, kronik hastalığı olanlar, daha kolay umutsuzluğa düşebilmekte ve ölüm seçeneğine daha sıcak bakabilmekte, ölümlerini isteyebilmektedirler (Yıldız, 2012).

Arslantaş ve Ergin (2011)’e göre sosyal destek, günlük yaşam stresleriyle ve yalnızlıkla baş etmede önemlidir. Sosyal ilişki, pek çok risk etkeninin zararlı etkisine karşı engelleyici veya hastalıklarla başa çıkmak için yardım edici etkiye sahiptir.

Çevreden alınan sosyal destek hastaların kronik ve akut hastalığa uyumunda önemli bir faktör olarak kabul edilmekte ve hemodiyaliz hastalarının başlıca destek kaynaklarının aile üyeleri, sağlık profesyonelleri ve arkadaşlarından oluştuğu görülmektedir (Mollaoğlu, 2006).

Hemodiyaliz hastalarının sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesi ve güçlendirilmesine yardımcı olan sosyal hizmet uzmanı, hasta ve ailelerine kronik hastalıkla baş etmelerinde destek vermektedir. Hastaların bağlanma stilinin belirlenmesi, korkulu, kaygılı ve kaçınan bağlanma stili olan hastaların çevreleri ile güvenli ilişkilerinin güçlendirilmesi açısından önemlidir. Sosyal hizmet uzmanı,

psikolog gibi meslek elemanlarının, hastanın çevresi ile kurduğu bağlanma biçimini belirlemesi ve müdahale planını bu yönde oluşturması hastanın ilişkilerinin güçlendirilmesine yardımcı olacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerini, sosyo-demografik özelliklerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri üzerindeki etkisini ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2002). Bu bölümde “Araştırma Evreninin Saptanması ve Örnek Seçimi”, “Veri Toplama Yöntem ve Araçları”, “Verilerin Toplanması” ve “Verilerin Değerlendirilmesi” konularına yer verilmiştir.

2.1. Araştırma Evreninin Saptanması ve Örnek Seçimi

Araştırmanın evrenini; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı hastanelerde hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise Ankara ili sınırları içinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerde hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalar oluşturmaktadır. 20.05.2013 tarihinde Sağlık Bakanlığı Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı’ndan alınan bilgilere göre Ankara ili sınırları içinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı hastanelerde 174 kadın, 178 erkek olmak üzere toplam 352 hemodiyaliz hastası tedavi görmekte olup örneklemin tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Bu amaçla Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Nallıhan Devlet Hastanesi, Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi, Beypazarı Devlet Hastanesi’nde tedavi gören ve

araştırmaya katılmayı kabul eden 209 hemodiyaliz hastasına ulaşılmıştır. Eksik ve hatalı dolduran kişiler çıkarıldığında araştırma 202 hasta üzerinde yürütülmüştür.

Çizelge 2.1. Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler ile araştırma kapsamına alınan hastaların dağılımları

Hastaneler	Hastanelerden Gelen Anket Sayısı
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH	82
Yüksek İhtisas EAH	11
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi	41
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	20
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	15
Nallıhan Devlet Hastanesi	19
Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi	5
Beypazarı Devlet Hastanesi	9
Toplam	202

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgileri, sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri ile ilgili verilerin elde edilmesinde anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgileri belirlemeye yönelik “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Sosyotropi-Otonomi Ölçeği” ile Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen ve Sümer ve Güngör (1999) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “İlişki Ölçekleri Anketi” olmak üzere üç aşamadan oluşmuştur. Anket formu, hastalar tarafından anlaşılabilir şekilde, konu ile ilgili kaynaklar ve daha önceden yapılmış araştırmalardan yararlanılarak düzenlenmiştir.

2.2.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Birinci bölümde araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Bu kapsamda hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek ve gelir durumları, ailedeki toplam birey sayısı, gelir getiren bir işe sahip olma durumu, sosyal güvence durumu, hastalığın sosyal yaşantıya ve aile içi rollere etkisi, tedavi süresi, diyalize girme sayısı, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu ile hemodiyaliz seanslarında zamanı değerlendirme durumları saptanmaya çalışılmıştır.

2.2.2. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği

İkinci bölümde, hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin belirlenmesi amacı ile Beck, Epstein, Harrison ve Emery (1983) tarafından geliştirilen ve Şahin ve Ulusoy (1993) tarafından Türkçeye uyarlanan insanlara bağımlı olma ve insanlardan özerk olma kişilik özelliklerini ölçen “Sosyotropi-Otonomi Ölçeği” (Sociotropy-Autonomy Scale) kullanılmıştır. Altmış maddelik ölçekte beş dereceli likert tipi derecelendirme yaptırılmakta, 30’ar madde ile iki alt boyut olarak sosyotropi ve otonomi ölçülmektedir. Hastaların sosyotropik kişilik özellikleri (1) Onaylanmama kaygısı, (2) Ayrılık Kaygısı ve (3) Başkalarını Memnun Etme olmak üzere üç alt faktör altında tanımlanmıştır. Hastaların otonomik kişilik özellikleri de (1) Kişisel Başarı, (2) Özgürlük ve (3) Yalnızlıktan Hoşlanma olmak üzere üç alt faktör altında sınıflandırılmıştır. Cümlelere verilen yanıtlar “Hiç tanımlamıyor-0”, “Biraz tanımlıyor-1”, “Oldukça tanımlıyor-2”, “İyi tanımlıyor-3”, “Çok iyi tanımlıyor-4” şeklinde beş kategoride değerlendirilmiştir. Bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan (30 maddeden) 120 puandır. Yüksek puanlar sosyotropi alt testinde yüksek sosyotropik kişilik özelliklerine işaret eder. Otonomi alt testinden alınan yüksek puanlar yüksek düzeydeki otonom özellikleri göstermektedir.

2.2.3. İlişki Ölçekleri Anketi

Üçüncü bölümde, hastaların bağlanma stillerini incelemek amacı ile Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen ve Sümer ve Güngör (1999) tarafından Türkçeye uyarlanan ve otuz maddeden oluşan “İlişki Ölçekleri Anketi” (Relationships Scales Questionnaire) kullanılmıştır. Hastaların bağlanma stilleri dört faktör altında tanımlanmıştır. Bu faktörler (1) güvenli, (2) kaçınan, (3) saplantılı ve (4) korkulu olarak sınıflandırılmıştır. Ölçekte yer alan her bir madde bireylerin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki tutumlarını ne derece tanımladıklarını gösterecek şekilde 7 düzeyde irdelenmiştir (1= Beni hiç tanımlamıyor; 7= Tamamıyla beni tanımlıyor).

2.2.4. Anket formuna geçerlik ve güvenirlik testinin uygulanması

Anket formunun yapı geçerliliği için bir faktör analizi tekniği olan “Döndürülmüş(varimax) Temel Bileşenler Analizi” uygulanmıştır. Faktör analizi ile anket formunda yer alan soruların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerini ölçüp ölçmediği yapı geçerliliği analizi ile test edilmiştir. Analiz sonucunda aynı ve farklı yapıyı ölçen sorular belirlenmiş, soruların bir yapı altında yer alıp almadığı ise madde faktör yük değerleri ile incelenmiştir. Faktör analizinde yük değerinin .45 olması önerilmekle birlikte pratikte .30 yük değerinin alt sınır olarak alınabildiğine rastlanmaktadır. Bu çalışmada da bir maddenin faktör yük değerinin .30 ve üstü olması yeterli kabul edilmiştir. Bu değer üstünde olan sorular seçilerek bu değer altındaki kalanlar görüşme formunun dışında bırakılmıştır (Kerlinger, 1973; Tabachnick ve Fidell, 1989).

Anket formunun güvenirliği için tutarlılık katsayısı “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ayrıca anket formunda yer alan cümlelerin olumlu ve olumsuz tutumları ayırt etme gücü madde analizi yapılarak incelenmiştir. Bu amaç ile madde puanları arasındaki korelasyonlar da bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik- otonomik kişilik özelliklerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları Çizelge 2.2.’de gösterilmiştir.

Araştırmanın sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ölçeği faktör analizi ve madde analizi sonuçları incelendiğinde ölçekte yer alan 60 maddenin sosyotropik kişilik özelliğine ait 30 maddesi “ayrılık kaygısı”, “başkalarını memnun etme” ve “onaylanmama kaygısı” olmak üzere üç faktörde; otonomik kişilik özelliğine ait 30 maddesi ise “özgürlük”, “kişisel başarı” ve “yalnızlıktan hoşlanma” olmak üzere üç faktör altında incelenmiştir.

Sosyotropik kişilik özelliğine ait ilk faktörde yer alan 16 madde “ayrılık kaygısı” başlığı altında ele alınmıştır. Bu maddelerin faktör yük değerleri 0,413-0,744 arasında değişmektedir. Madde toplam korelasyon değerleri ise 0,508-0,697 arasında bulunmuştur. Ölçeğin güvenirliği için hesaplanan alpha değeri 0,91, açıklanan varyans ise %57,6’dır. “Başkalarını memnun etme” olarak belirtilen ikinci faktörün, faktör yük değerlerinin 0,365-0,676, madde toplam korelasyonunun 0,412-0,592 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu faktöre ilişkin alpha değeri 0,75, açıklanan varyans ise %61,9 olarak bulunmuştur. Üçüncü faktördeki 8 madde “onaylanmama kaygısı” başlığı altında irdelenmiştir. Bu maddelerin faktör yük değerleri 0,443-0,667 arasında değişmekte olup, madde toplam korelasyon değerleri ise 0,348-0,593 arasında bulunmuştur. Bu faktöre ilişkin alpha değeri 0,75, açıklanan varyans ise %36,8’dir.

Otonomik kişilik özelliğine ait “özgürlük” olarak belirtilen birinci faktörün, faktör yük değerleri 0,387-0,754, madde toplam korelasyonu 0,493-0,743 arasında olduğu görülmüştür. Güvenirlik için hesaplanan alpha değeri 0,90, açıklanan varyans değeri %51,0 olarak saptanmıştır. “Kişisel başarı” alt ölçeğinde yer alan 8 maddenin faktör yük değerleri 0,435-0,707, madde toplam korelasyonları ise 0,532-0,634 arasında değişmektedir. Yapılan güvenirlik analizinde alpha değeri 0,85, açıklanan varyans %48,0 olarak belirlenmiştir. Üçüncü faktör “yalnızlıktan hoşlanma” başlığı altında ele alınmıştır. Bu faktörde yer alan 11 maddenin faktör yük değerleri 0,327-0,793 arasında olup madde toplam korelasyonları 0,388-0,593 arasında değişmektedir. Güvenirlik için hesaplanan alpha değeri 0,81, açıklanan varyans

değeri %45,7'dir. Toplam altı faktörlerde yer alan maddeler arasındaki korelasyon katsayıları istatistiksel olarak $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 2.2. Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik- otonomik kişilik özelliklerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları

<i>Sosyotropik Özellikler</i>	Rotasyon Sonrası Faktördeki Yük Değeri	Madde Toplam Korelasyon
Ayrılık Kaygısı		
Yaşadığım güzel olayları başka insanlarla paylaştığımda o olaylar bana daha da güzel gelir.	0,436	0,561
Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam.	0,474	0,517
İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek, benim için eğlenceli olmaz.	0,413	0,508
Eğer bir arkadaşım beni uzun süre aramazsa, beni unuttuğunu düşünerek endişelenirim.	0,692	0,689
Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız olurum.	0,613	0,646
Sevdiğim insanlardan ayrı olmak benim için zordur.	0,744	0,697
Diğer insanların hoşlanmayacağını düşünerek söyleyeceğim şeyleri dikkatlice seçerim.	0,541	0,594
Geceleri evde tek başıma kaldığımda, kendimi yalnız hissederim.	0,583	0,511
Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü fark ederim.	0,699	0,660
Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten hoşlanırım.	0,610	0,551
Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir.	0,492	0,592
Diğerleri tarafından beğenilip / sevmek ve onaylanmak benim için önemlidir.	0,539	0,619
Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissederim.	0,541	0,624
Başıma tatsız bir olay gelirse, başvuracağım bir yakınımın olduğundan emin olmak isterim.	0,670	0,625
Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır.	0,707	0,596
Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek çok endişelenirim.	0,620	0,535
Özdeğer: 9,22 Açıklanan Varyans:%57,6 Alpha:0,91		
Başkalarını Memnun Etme		
Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissederim.	0,676	0,484
Diğer insanların duygularını incitmekten korkarım.	0,637	0,460
İnsanlara hayır demek bana zor geliyor.	0,598	0,592
İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse, beni sevmeyecekler diye endişelenirim.	0,601	0,472
Bir lokanta da kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder.	0,365	0,412
Hayatımda ki bir insanın bana gerçekten ilgi duyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam.	0,490	0,518
Özdeğer: 3,71 Açıklanan Varyans:%61,9 Alpha:0,75		

Çizelge 2.2.(Devam) Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik- otonomik kişilik özelliklerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları

Onaylanmama Kaygısı	Rotasyon Sonrası Faktördeki Yük Değeri	Madde Toplam Korelasyon
Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissederim.	0,501	0,395
Diğer insanların beni sevmeleri, önemli başarılar elde etmemden daha önemlidir.	0,457	0,352
Diğer insanların yanındayken, benden ne beklediklerinden emin olmazsam rahatsız olurum.	0,443	0,463
Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde, diğer insanların da beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm.	0,667	0,534
Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini ya da sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum.	0,595	0,593
Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım.	0,559	0,478
Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsem de, özür dilemek istemem.	0,604	0,348
Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder.	0,474	0,386
Özdeğer: 2,95 Açıklanan Varyans:%36,8 Alpha:0,75		
Otonomik Özellikler		
Özgürlük		
Bir şey yapmaya karar verirken başka kişilerin düşüncelerinden etkilenmem.	0,446	0,571
Bir amaca ulaştığım zaman insanlardan gelecek övgülerden çok, o amaca ulaşmaktan ötürü memnunluk duyarım.	0,520	0,574
Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim, böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem.	0,577	0,665
Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için, özel soruları yanıtlamayı sevmem.	0,671	0,656
İnsanlar kişilerarası ilişkilerde genellikle, birbirlerinden çok şey beklemektedirler.	0,387	0,493
Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi ve standartlarımı kendim belirlemeyi tercih ederim.	0,605	0,708
Bir işi bitirmek, bana göre o iş için verilecek ödülден daha zevklidir.	0,571	0,669
Uzun bir toplantıda sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam, kendimi hapsedilmiş gibi hissederim.	0,726	0,651
İnsanların benim özel hayatıma ait konularda soru sormalarından ya da fikir vermelerinden hoşlanmam.	0,747	0,668
Bence bir hapisane de bulunmanın en zor yanı, özgürce dolaşamamaktır.	0,711	0,646
Diğer insanlar beni reddedecek olsa bile haklarımı savunmaya devam ederim.	0,754	0,743
Özdeğer: 5,62 Açıklanan Varyans:%51,0 Alpha:0,90		

Çizelge 2.2.(Devam) Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik- otonomik kişilik özelliklerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları

Kişisel Başarı	Rotasyon Sonrası Faktördeki Yük Değeri	Madde Toplam Korelasyon
Özgür ve bağımsız olmak benim için çok önemlidir.	0,620	0,584
İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem, başkalarının bilmesinden daha önemlidir.	0,661	0,582
İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yönetmeye kalkarlarsa rahatsız olurum.	0,707	0,625
Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü bir birey olmayı daha değerli görüyorum.	0,660	0,634
Bir konuda kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoşuna gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemekten çekinmem.	0,585	0,532
Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaşması, diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha değerlidir.	0,446	0,544
Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak benim için çok önemlidir.	0,632	0,561
Bir işi bitirmek, insanların o konuda nasıl tepki göstereceklerini düşünüp endişelenmekten daha önemlidir.	0,435	0,573
Özdeğer: 3,85 Açıklanan Varyans:%48,0 Alpha:0,85		
Yalnızlıktan Hoşlanma		
Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim.	0,438	0,395
Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız olurum. Bunun yerine, kalkıp bir şeyler yapmayı isterim.	0,579	0,388
Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım.	0,497	0,466
İşimde başarılı olmak, benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir.	0,575	0,570
Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım.	0,409	0,519
Diğer insanlara yardım etmeyi, onların bana yardım etmesinden daha rahat kabul ederim.	0,478	0,492
Diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde olmaktansa, sürekli çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir.	0,793	0,556
Bir amaç benim için önemliyse, diğer insanları rahatsız etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım.	0,457	0,439
Çevremde başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan, bütün bir gün rahatça tek başıma kalabilirim.	0,327	0,408
Bir sorunun olduğunda, başkalarının beni etkilemelerine izin vermektense, sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim.	0,501	0,593
Yalnız başıma uzaklara gidip, yeni yerler keşfetmeyi, araştırmayı severim.	0,438	0,421
Özdeğer: 5,03 Açıklanan Varyans:%45,7 Alpha:0,81		

Araştırma kapsamına alınan hastaların bağlanma stillerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları Çizelge 2.3.'de gösterilmiştir.

Araştırmanın üçüncü bölümünde yer alan “İlişki” ölçeğine yapı geçerliliği için yapılan madde analizi sonucunda ölçekte yer alan 30 maddenin üçü (9,10,27 no’lu maddeler) madde yük değerleri .30’un altında olduğu için anket formunda çıkartılmış ve analiz tekrarlanmıştır. Analiz sonucunda kalan 27 madde “korkulu bağlanma”, “güvenli bağlanma”, “kaçınan bağlanma”, “saplantılı bağlanma” olmak üzere dört faktöre ayrılmıştır.

“Güvenli bağlanma” olarak belirtilen ikinci faktörün faktör yük değerlerinin 0,069-0,785, madde toplam korelasyonlarının ise 0,160-0,629 arasında olduğu görülmüştür. Yapılan güvenirlik analizinde alpha değeri 0,75 olarak saptanırken açıklanan varyans %64,6 olarak belirlenmiştir.

“Korkulu bağlanma” alt ölçeğinde yer alan maddelerin faktör yük değerleri 0,464-0,722 arasında değişmektedir. Madde toplam korelasyonu 0,528-0,621 arasında belirlenmiştir. Alpha değeri 0,85, açıklanan varyans değeri %45,5 olarak saptanmıştır.

“Kaçınan bağlanma” başlığı altında incelenen 8 maddenin faktör yük değerlerinin 0,371-0,715, madde toplam korelasyonlarının ise 0,433-0,656 arasında olduğu saptanmıştır. Güvenirlik için hesaplanan alpha değeri 0,82, açıklanan varyans %44,3’dür.

Dördüncü faktördeki maddeler “saplantılı bağlanma” başlığı altında incelenmiştir. Bu maddelerin faktör yük değerleri 0,094-0,764 arasında olup, madde toplam korelasyonları 0,358-0,490 arasında değişmektedir. Alpha değeri 0,65 olan ölçeğin açıklanan varyans değeri %48,6 olarak saptanmıştır. Her dört faktörün korelasyon katsayılarının tümü istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$).

Çizelge 2.3. Araştırma kapsamındaki hastaların bağlanma stillerine ilişkin faktör analizi ve madde analizi sonuçları

Korkulu Bağlanma	Rotasyon Sonrası Faktördeki Yük Değeri	Madde Toplam Korelasyon
Başkalarına kolaylıkla güvenmem.	0,559	0,579
Başkaları ile çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	0,502	0,544
Başkaları ile yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	0,464	0,529
İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	0,528	0,586
Başkalarına tamimiyle güvenmekte zorlanırım.	0,721	0,589
Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendiriyor.	0,689	0,621
Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.	0,722	0,582
Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	0,464	0,528
Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	0,497	0,550
Özdeğer: 4,10 Açıklanan Varyans:%45,5 Alpha:0,85		
Güvenli Bağlanma		
Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım	0,732	0,605
Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim	0,785	0,629
Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak isterim.	0,722	0,609
Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.	0,736	0,580
Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	0,436	0,418
İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.	0,069	0,160
Özdeğer: 3,87 Açıklanan Varyans:%64,6 Alpha:0,75		
Kaçınan Bağlanma		
Başkalarının bana benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	0,531	0,623
Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.	0,501	0,518
Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.	0,499	0,573
Terk edilmekten korkarım.	0,574	0,503
Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	0,715	0,656
Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim	0,371	0,433
Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	0,679	0,491
Romantik ilişkilerde olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı ister.	0,460	0,485
Özdeğer: 3,55 Açıklanan Varyans:%44,3 Alpha:0,82		
Saplantılı Bağlanma		
Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	0,764	0,437
Çoğu zaman romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.	0,094	0,358
Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.	0,677	0,490
Başkaları ile yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.	0,404	0,416
Özdeğer: 1,94 Açıklanan Varyans:%48,6 Alpha:0,65		

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın etik kurallara uygun biçimde tasarlanıp yürütülmesine ilişkin Ankara Üniversitesi Etik Kurul Kararı ile Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan gerekli izin yazıları alındıktan sonra veriler Şubat-Nisan 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırmanın yapılacağı hastanelerde görevli başhekim, başhekim yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü, hemodiyaliz klinik şefi, sosyal hizmet uzmanı ile iletişime geçilerek araştırmanın konusu, amacı, anket formunun kime nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili ön bilgi verilmiştir. Veri toplamadan önce hastalara bu çalışmanın bir araştırma için yapıldığı, verecekleri cevapların gizli kalacağı, içten ve samimi olmalarının ve doğru bilgi vermelerinin ileride kendilerine yardımcı olabilecek sonuçlara ulaşılması için önemli olduğu açıklanmış, ardından anket sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire gözetiminde araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Uygulamanın sonunda anket formları kontrol edilerek toplanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında herhangi bir güçlüklerle karşılaşılma olup cevaplama süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler, "SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 16.0 İstatistik Paket Yazılım Programı"nda analiz edilerek değerlendirilmiştir. Bu yazılımın sağladığı aritmetik ve mantıksal işlem yapabilme olanağı ile bilgilerin sınıflandırılması ve boyutlandırılması gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgilerinin mutlak ve yüzde değerlerini gösteren dağılımları çıkartılmıştır.

Sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin incelendiği araştırmada tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ailedeki birey sayısı,

sosyal yaşantıya etki durumu ve cinsiyet açıklayıcı değişken olarak göz önüne alınmıştır.

Hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini açıklayan ikinci bölümde ölçeğe verilen yanıtlar “hiç tanımlamıyor”-“çok iyi tanımlıyor” biçiminde 5 kategoride incelenmiş ve seçenekler 0-4 puan arasında değerlendirilerek ortalama puanlar hesaplanmıştır. Ölçeği oluşturan altı faktörün her biri üzerinde cinsiyet durumuna göre t-testi; tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ailedeki birey sayısı, sosyal yaşantıya etki durumuna göre tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Hangi gruplar arasında farklılıkların bulunduğu çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir.

Hastaların bağlanma stillerinin incelendiği üçüncü bölümde ise cümlelere verilen yanıtlar 7 düzeyde ele alınmıştır (1= Beni hiç tanımlamıyor; 7= Tamamıyla beni tanımlıyor). Bu bölümde de bağlanma stillerini oluşturan her bir alt ölçek üzerinde değişkenlerin etkisi cinsiyet durumuna göre t-testi, tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ailedeki birey sayısı, sosyal yaşantıya etki durumuna göre ise tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası farklılığı belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi uygulanmıştır.

Hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin saptanabilmesi için pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca ölçekler aritmetik ortalama ve standart sapma, minimum, maksimum ve medyan değerler olarak değerlendirilmiştir.

2.5. Araştırmanın Sayıtları

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin bazı değişkenlere göre incelendiği bu çalışma şu temel sayıtlara dayanmaktadır.

1. Araştırmada geliştirilecek soru kağıdı ile kullanılması düşünülen ölçek(ler) hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek açısından geçerli ve güvenilirlerdir.
2. Sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri bilimsel olarak ölçülebilen kavramlardır.
3. Araştırmaya katılan hastalar ölçme araçlarını içtenlikle, doğru ve yansız olarak cevaplandırıdıkları kabul edilmektedir.
4. Araştırmada seçilen örneklem evreni temsil etmektedir.
5. Bulguların değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler amaca uygun olarak seçilmiştir.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara ili sınırları içinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerde hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sınırlandırılmıştır.

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaları için geliştirilen ve sosyotropik – otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin belirlenmesi için kullanılan anket formundan elde edilen bulgularla sınırlıdır.

2.7. Tanımlar

Hemodiyaliz: Hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı (erişkinde genellikle yaklaşık dakikada 200-600 ml) ve bir membran ile makine kullanılmalıdır (Akpolat ve Utaş, 2001).

Kronik Böbrek Hastalığı: Glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir.

Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliği: Sosyotropik kişiler yakın kişilerarası ilişkilerinde sevilme, kabul edilme ve başkalarınca takdir edilme/hayranlık duyulma durumlarına yüksek yatırım yapan kişilerdir. Otonomik kişiler ise yüksek başarı ve statü ihtiyaçları ve önemli amaçlara ulaşmayı, kişisel bağımsızlık ve özgürlüğü değerlendirirler (Erözkan, 2004).

Bağlanma Stilleri: Yakın ilişkilerde bireylerin davranışlarında, ilişkilerinden doyum almalarında, ilişkilerde yaşanan olumsuzluklardan etkilenmelerinde ve bu olumsuzluklarla başa çıkmalarında etkili olan romantik ilişkilerdir. Güvenli-kaçınan-korkulu-saplantılı şeklinde sınıflandırılmıştır (Kuyumcu, 2011).

Tıbbi sosyal hizmet: Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasıdır (Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011).

3. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular “Sosyo-Demografik Özellikler”, “Hastalık Sürecine İlişkin Bilgiler”, “Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri”, “Bağlanma Stilleri” başlıkları adı altında verilmiştir.

3.1. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının cinsiyeti, yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, ailedeki toplam birey sayısı, gelir durumları, gelir getiren bir işe sahip olma durumları, sosyal güvence durumları konularını içermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Çizelge 3.1’de irdelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %56,9’unu kadın, %43,1’ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Çizelgeden de anlaşıldığı gibi kadın hastaların oranı erkek hastaların oranından fazla olup, bu durum, çalışma evrenini oluşturan hastanelerdeki kadın hasta sayısının erkek hasta sayısına oranla daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş aralığı 20-89 arasında değişmekte olup; ortalama yaş grubunun 50-59 yaş arası hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Hastaların yaş grubuna göre dağılımları incelendiğinde; 50-59 yaş grubundaki hastalar %24,8 oranıyla ilk sırada yer almakta olup bu yaş grubunu %18,3 ile 60-69 yaş aralığındaki hastalar, %16,3 oranı ile 40-49 yaş aralığındaki hastalar, %15,3 ile 70-79 yaş aralığındaki hastalar izlemektedir. 30-39 yaş grubundaki hastalar %10,9, 20-29 yaş aralığındaki hastalar ise araştırma kapsamına giren hastaların %10,4’ünü oluşturmaktadır. 80-89 yaş grubundaki hastalar ise araştırmaya katılan hastalar içinde % 4,0 ile en küçük oranı oluşturmaktadır.

Hastaların %59,4'ü evli olup, %26,3'ünün dul, %14,4'ünün hiç evlenmemiş olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %41,6'sının ilkokul, %10,4'ünün ise ortaokul, %8,9 ile lise, %3,5 ile üniversite mezunu oldukları, %24,3'ünün okur-yazar olmadığı, %11,4'ünün ise okur-yazar olduğu saptanmıştır. Hastaların öğrenim durumlarına ilişkin veriler genel olarak değerlendirildiğinde düşük eğitim düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların meslek durumlarına bakıldığında, yarıya yakınının (%44,6) ev hanımı olduğu görülmüştür. Emekli ve çalışmayan hastaların oranları birbirine eşittir (%16,3). %9,9 'u serbest meslek sahibi, %5,0'ı işçi ve %3,5'i memur olan hastaların %0,5'inin uzman meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun ev hanımı olması araştırmaya katılan kadın sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Hastaların kendileri dahil ailedeki toplam birey sayılarına bakıldığında, %28,7'si beş ve yukarısı, %25,2'si iki, %21,3'ü üç ve %17,3'ü ise dört bireyden oluşmaktadır. Tek yaşayan hastalar %7,4 oranındadır.

Çizelgeden de anlaşılabacağı gibi hastaların %38,6'sının aylık toplam gelir miktarı 501- 1000 TL arasındadır. Aylık toplam gelir miktarı 1001-1500 TL olanlar %19,8 olup bunu %13,9 oranı ile 1501-2500 olanlar izlemektedir. Aylık toplam gelir miktarı 2001-2500 TL, 2501-3000 TL ve 3001 TL üstü olanların oranlarının eşit olduğu saptanmıştır (%2,0). 500 TL ve altında geliri olanlar ise %21,8 oranındadır.

TÜRK-İŞ tarafından her ay düzenli olarak yapılan “ açlık ve yoksulluk sınırı” çalışmasının Mayıs 2013 verilerine göre, dört kişilik bir ailenin sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenebilmesi için yapılması gereken gıda harcaması tutarı 1,021,67 TL olarak hesaplanmıştır. Gıda harcaması ile birlikte giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamaların toplam tutarı (yoksulluk sınırı) ise 3.327,91 TL olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaları arasında yoksulluğun önemli sorun olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Araştırma kapsamındaki hastaların gelir getiren bir işe sahip olma durumları incelendiğinde, büyük bir kısmının (%90,6) gelir getiren bir işi olmadığı, %9,4'ünün ise gelir getiren bir işi olduğu saptanmıştır. Bu durum, kronik böbrek yetmezliği hastalığının bireylerin çalışma yaşamları üzerinde olumsuz bir etki yarattığını göstermektedir.

Hastaların çoğunluğunun (%84,2) sosyal güvencesinin bulunduğu, %15,8'inin sosyal güvencesinin bulunmadığı görülmüştür.

Karabulutlu ve arkadaşlarının (2004) hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hakkında 136 hasta üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların çoğunluğunun (%38) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür.

Çetinkaya ve arkadaşlarının (2008) hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlarını incelediği araştırmasında, hastaların %43,3'ünün ev hanımı oluşturmuştur.

Çizelge 3.1. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	115	56,9
Erkek	87	43,1
Toplam	202	100
Yaş		
20-29	21	10,4
30-39	22	10,9
40-49	33	16,3
50-59	50	24,8
60-69	37	18,3
70-79	31	15,3
80-89	8	4,0
Toplam	202	100
Medeni Durum		
Hiç Evlenmemiş	29	14,4
Evli	120	59,4
Dul	53	26,3
Toplam	202	100

Çizelge 3.1. (Devam) Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	49	24,3
Okur-yazar	23	11,4
İlkokul mezunu	84	41,6
Ortaokul mezunu	21	10,4
Lise mezunu	18	8,9
Üniversite mezunu	7	3,5
Toplam	202	100
Mesleği		
Memur	7	3,5
Serbest meslek	20	9,9
İşçi	10	5,0
Uzman meslekler	1	0,5
Emekli	33	16,3
Ev hanımı	90	44,6
Çalışmıyor	33	16,3
Diğer	8	4,0
Toplam	202	100
Ailedeki Toplam Birey Sayısı		
Tek	15	7,4
İki	51	25,2
Üç	43	21,3
Dört	35	17,3
Beş ve yukarısı	58	28,7
Toplam	202	100
Gelir Durumu		
< 500	44	21,8
501-1000	78	38,6
1001-1500	40	19,8
1501-2000	28	13,9
2001-2500	4	2,0
2501-3000	4	2,0
3001 >	4	2,0
Toplam	202	100
Gelir Getiren Bir İşe Sahip Olma Durumu		
Evet	19	9,4
Hayır	183	90,6
Toplam	202	100
Sosyal Güvence Durumu		
Var	170	84,2
Yok	32	15,8
Toplam	202	100

3.2. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Sürecine İlişkin Bilgileri

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının hastalıklarının sosyal yaşantılarına ve aile içi rollerine etkisi, tedavi süresi, diyalize girme sayısı, hastalık hakkında bilgi durumları, diyaliz seanslarında boş zamanı değerlendirme durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırma kapsamındaki hastaların hastalık sürecine ilişkin bilgileri Çizelge 3.2.'de verilmiştir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalığının hastaların sosyal yaşantılarını etkileme durumuna bakıldığında, çoğunluğu (%88,6) hastalığın sosyal yaşantılarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Hastalığın sosyal yaşantılarını etkilemediğini belirtenler ile fikri olmayanların oranlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (%6,4 ve %5,0).

Hastalığın aile içi rolleri etkileme durumu incelendiğinde, çoğunluğu (%73,8) hastalıkları nedeni ile aile içi rollerinin etkilendiğini belirtmişlerdir. %17,8'in hastalığın aile içi rolleri etkilemediğini, %8,4'nün konu hakkında fikri olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %37,1'i 7 yıl ve üzeri süredir diyalize girmektedir. %25,2'si 1-3 yıl arası, %22,8'i 4-6 yıl arası diyalize girmekte olup %14,9'u 1 yıldan az bir süre hemodiyaliz tedavisi almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğu (%88,1) haftada üç gün diyalize girmektedir.

Çizelgeden de görüldüğü gibi hastaların %87,6'sı hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını, %12,4'ü ise hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların hemodiyaliz seanslarında boş zamanlarını geçirme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, %41,5'inin diğer hastalarla konuştuğu, %27,0'ının uyuduğu, %23,6'sının televizyon izlediği görülmektedir. Kitap ve gazete okuyanlar

ile müzik dinleyenlerin oranlarının düşük ve birbirine yakın olduğu saptanmıştır (%3,2, %3,6).

Mutlu (2007) Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi hakkında 117 hasta üzerinde yaptığı araştırmada hastalığın sosyal ilişkilere etkisini incelemiş, hastaların % 59,0'ının yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığı, % 12,8'inin yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kaldığı, % 33,3'ünün rol ve sorumluluklarını yerine getiremediği, % 1,7'sinin eş ve çocukları tarafından terk edildiği, % 38,5'inin diğer insanlara karşı beklentilerinin çoğaldığı, % 2,6'sının yalnız yaşamak zorunda kaldığı, % 23,9'unun ise sosyal yaşantısının etkilenmediği bulgularını saptamıştır.

Çizelge 3.2. Hemodiyaliz hastalarının hastalık sürecine ilişkin bilgileri

Hastalık Sürecine İlişkin Bilgiler	Sayı	%
Hastalığın Sosyal Yaşantıya Etkisi		
Evet, etkiliyor.	179	88,6
Hayır, etkilemiyor.	13	6,4
Fikrim yok.	10	5,0
Toplam	202	100
Hastalığın Aile İçi Rollere Etkisi		
Evet, etkiliyor.	149	73,8
Hayır, etkilemiyor.	36	17,8
Fikrim yok.	17	8,4
Toplam	202	100
Tedavi Süresi		
< 1	30	14,9
1-3 yıl	51	25,2
4-6 yıl	46	22,8
7>	75	37,1
Toplam	202	100
Diyalize Girme Sayısı		
Haftada bir gün	2	1,0
Haftada iki gün	17	8,4
Haftada üç gün	178	88,1
Haftada dört gün	5	2,5
Toplam	202	100

Çizelge 3.2. (Devam) Hemodiyaliz hastalarının hastalık sürecine ilişkin bilgileri

Hastalık Sürecine İlişkin Bilgiler	Sayı	%
Hastalık Hakkında Bilgi Durumu		
Evet var	177	87,6
Hayır yok	25	12,4
Toplam	202	100
Diyaliz Seanslarında Boş Zamanı Değerlendirme Durumu		
Uyuyarak	151	27,0
Diğer hastalarla konuşarak	232	41,5
Televizyon izleyerek	132	23,6
Kitap, gazete okuyarak	18	3,2
Müzik dinleyerek	20	3,6
Diğer	6	1,1
Toplam	559	100

3.3. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerine yapılan istatistik analiz sonucu sosyotropik kişilik özellikleri “ ayrılık kaygısı”, “ başkalarını memnun etme” ve “ onaylanmama kaygısı” olmak üzere üç faktör altında; otonomik kişilik özellikleri ise “kişisel başarı”, “özgürlük” ve “yalnızlıktan hoşlanma” olmak üzere üç faktör altında toplanmış olup her bir faktöre ilişkin veriler tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ve cinsiyet değişkenlerine göre irdelenmiş ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile t-testi sonuçlarına yer verilmiştir.

3.3.1. Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik kişilik özellikleri

Sosyotropi, insanlara bağımlı kişilik özelliğini ifade etmekte olup bu kişilerin sosyal aidiyet ihtiyacı daha yüksektir. Bu bölümde bir ölçek dahilinde incelenen hemodiyaliz hastalarının sosyotropik kişilik özellikleri yapılan istatistik analizi

sonucunda “ayrılık kaygısı”, “başkalarını memnun etme” ve “onaylanmama kaygısı” olmak üzere üç faktör altında toplanmış ve her bir faktöre ilişkin dağılımlar tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu değişkenleri arasındaki ilişkinin yönünün belirlenmesi amacı ile tek yönlü varyans analizi (ANOVA), cinsiyet değişkenine göre t-testi sonuçlarına yer verilmiştir.

3.3.1.1. Hastaların ayrılık kaygısı alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların “ayrılık kaygısı” alt ölçeğine ilişkin bulgular tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak Çizelge 3.3’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.3’te izlenebileceği gibi istatistik sonuçları, araştırma kapsamına alınan hastaların ayrılık kaygılarının tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre önemli bir etkisinin olmadığını göstermiştir ($p>0.05$). Ancak değişkenler ortalama puanlar dikkate alınarak incelendiğinde hastalık süresi 1 seneden az olanların, 30-39 yaş grubunun, hiç evlenmemiş olanların, dört kişilik ailede yaşayanların, üniversite mezunlarının, sosyal durumlarının etkilendiğini ifade eden hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu; bu sonuca göre de daha fazla ayrılık kaygısı yaşadıkları saptanmıştır. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın ve erkeklerin ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Kadın: $\bar{x}=52,93$, erkek: $\bar{x}=52,50$).

Çizelge 3.3. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre ayrılık kaygısına ilişkin istatistik analiz sonuçları

Ayrılık Kaygısı	Tedavi süresi	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	54,96	13,87	F: 0,986
	1-3 yıl	51	51,27	13,40	
	4-6 yıl	46	50,86	14,86	
	7 >	75	54,01	12,56	
	Toplam	202	52,74	13,51	
	Yaş				
	20-29	21	50,47	12,65	F: 1,203
	30-39	22	57,18	10,97	
	40-49	33	53,81	13,22	
	50-59	50	53,24	13,52	
	60-69	37	52,18	14,79	
	70-79	31	52,29	13,23	
	80-89	8	43,37	16,92	
	Toplam	202	52,74	13,51	
	Medeni Durum				
Hiç evlenmemiş	29	55,96	13,62	F: 1,147	
Evli	120	52,62	12,94		
Dul	53	51,26	14,65		
Toplam	202	52,74	13,51		
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	50,53	13,07	F: 1,074	
İki	51	51,01	14,97		
Üç	43	51,13	14,02		
Dört	35	55,80	13,38		
Beş ve yukarısı	58	54,18	11,84		
Toplam	202	52,74	13,51		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	49,93	15,14	F: 2,227	
Okur-yazar	23	47,34	15,55		
İlkokul mezunu	84	55,15	11,63		
Ortaokul mezunu	21	53,09	11,76		
Lise mezunu	18	52,61	14,86		
Üniversite mezunu	7	60,57	10,61		
Toplam	202	52,74	13,51		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	53,31	13,41	F: 2,760	
Etkilemiyor	13	52,30	12,78		
Fikrim Yok	10	43,10	13,91		
Toplam	202	52,74	13,51		
Cinsiyet					
Kadın	115	52,93	14,20	t: 0,221	
Erkek	87	52,50	12,63		

3.3.1.2. Hastaların başkalarını memnun etme alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların “başkalarını memnun etme” alt ölçeğine ilişkin bulgular tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak Çizelge 3.4’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.4. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların başkalarını memnun etme alt ölçeğinin tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı ile cinsiyet değişkenlerine göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumunun ve sosyal yaşantıya etki durumunun başkalarını memnun etme alt ölçeği üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir ($p<0.05$). Üniversite mezunu olan hemodiyaliz hastalarının ortalama puanlarının eğitim düzeyi farklı olan diğer hastalardan yüksek olduğu belirlenmiş olup bu durum başarısız olma ve saygınlığını yitirme kaygısı taşımalarından kaynaklanabilir. Sosyal durumunun etkisine bakıldığında ise farklılığın hastalığın sosyal yaşantılarını etkilediği ifade edenler ile fikrim yok yanıtını verenlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Çizelge 3.4. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre başkalarını memnun etmeye ilişkin istatistik analiz sonuçları

Başkalarını Memnun Etme	Tedavi süresi	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	18,80	5,12	F: 1,841
	1-3 yıl	51	17,41	5,58	
	4-6 yıl	46	16,00	5,09	
	7 >	75	17,52	5,01	
	Toplam	202	17,33	5,23	
	Yaş				
	20-29	21	16,38	5,74	F: 1,098
	30-39	22	18,00	5,18	
	40-49	33	18,66	5,39	
50-59	50	16,94	5,14		
60-69	37	17,56	4,68		
70-79	31	17,29	5,35		
80-89	8	14,12	5,59		
Toplam	202	17,33	5,23		
Medeni Durum					
Hiç evlenmemiş	29	17,62	5,62	F: 1,637	
Evli	120	17,75	5,03		
Dul	53	16,22	5,37		
Toplam	202	17,33	5,23		

Çizelge 3.4.(Devam) Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre başkalarını memnun etmeye ilişkin istatistik analiz sonuçları

Başkalarını Memnun Etme	Ailedeki Birey Sayısı	N	$\bar{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	Tek	15	14,40	4,88	F: 2,031
	İki	51	16,56	5,28	
	Üç	43	17,76	5,37	
	Dört	35	18,34	5,14	
	Beş ve Yukarısı	58	17,84	5,02	
	Toplam	202	17,33	5,23	
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	16,46	4,93	F: 2,651*	
Okur-yazar	23	15,39	5,64		
İlkokul mezunu	84	18,02	5,21		
Ortaokul mezunu	21	16,95	4,21		
Lise mezunu	18	17,44	5,56		
Üniversite mezunu	7	22,42	4,79		
Toplam	202	17,33	5,23		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	17,62	5,27	F: 4,734*	
Etkilemiyor	13	17,07	3,90		
Fikrim Yok	10	12,50	3,50		
Toplam	202	17,33	5,23		
Cinsiyet					
Kadın	115	17,62	5,25	t: 0,904	
Erkek	87	16,95	5,20		

*p<0.05

3.3.1.3. Hastaların onaylanmama kaygısı alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların “onaylanmama kaygısı” alt ölçeğine ilişkin bulgular tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak Çizelge 3.5’de gösterilmiştir.

Açıklayıcı değişkenlere göre araştırma kapsamına alınan hastaların onaylanmama kaygısı alt ölçeğinin tedavi süresi, ailedeki birey sayısı ve cinsiyet değişkenlerine göre önemli bir etkisinin olmadığı ($p>0.05$); yaş, medeni durum, eğitim durumu ve sosyal yaşantıya etki durumu üzerinde önemli bir etkisinin olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yaş değişkeni dikkate alındığında, 80-89 yaş aralığındaki hastaların ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre belirgin derecede düşük olduğu saptanmış olup bu durum bu yaş grubunun onaylanmaya ihtiyaç duymamasından kaynaklanabilir. Çizelge medeni durum değişkenine göre irdelendiğinde evli olan hemodiyaliz hastalarının onaylanmama kaygısına ilişkin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim durumu değerlendirildiğinde ise üniversite mezunu olan hemodiyaliz hastalarının onaylanmama kaygısına ilişkin ortalama puanlarının diğerlerinden daha fazla olduğu görülmüş olup eğitim düzeyi yükseldikçe onaylanma ihtiyacının arttığı söylenebilir. Hastalıklarının sosyal yaşantılarını etkilemediğini ifade edenlerin daha fazla onaylanmama ve sosyal kabul görmeme korkusu yaşadıkları görülmektedir. Bu durum hastaların sosyal durumlarla başa çıkmada yetersiz kalma korkularından ve sosyal değerlendirmeye ilişkin koşullu inanışlarından kaynaklanabilir.

Beck ve arkadaşlarının (1987) yapmış olduğu araştırmalar sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin onaylanmadığında, kabul görmediklerinde, reddedildiklerinde, karşıdaki bireyi memnun edemediklerini düşündüklerinde bu bireylerin depresyona yatkın olduklarını göstermiş ve bu durumların depresyonu tetiklediğini ortaya koymuşlardır (Akt: Doğan, 2010).

Kabakçı'ya (2001) göre sosyotropi, bireyin diğer kişiler ile pozitif etkileşim gösterebilme özelliğidir. Yüksek sosyotropi özellikleri gösteren bireylerde diğer insanların onayını almak çok önemlidir. Böylelikle kendilerini daha önemli hissedecekleri ve sevildiklerinin farkına daha iyi varabilecekleri düşünülmektedir

Çizelge 3.5. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre onaylanmama kaygısına ilişkin istatistik analiz sonuçları

Onaylanmama Kaygısı	Tedavi süresi	N	$\bar{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz	
	< 1	30	20,53	5,00	F: 1,958	
	1-3 yıl	51	21,31	6,67		
	4-6 yıl	46	18,91	6,13		
	7 >	75	21,50	5,95		
	Toplam	202	20,72	6,10		
	Yaş					F: 2,449*
	20-29	21	20,90	5,41		
	30-39	22	22,04	6,41		
	40-49	33	21,87	5,94		
	50-59	50	20,86	6,26		
	60-69	37	21,02	5,55		
	70-79	31	19,67	6,25		
	80-89	8	13,62	4,92		
	Toplam	202	20,72	6,10		
	Medeni Durum					F: 5,658*
	Hiç evlenmemiş	29	20,93	5,93		
	Evli	120	21,70	5,97		
	Dul	53	18,39	5,94		
	Toplam	202	20,72	6,10		
	Ailedeki Birey Sayısı					F: 2,319
	Tek	15	18,20	5,42		
	İki	51	20,11	6,63		
	Üç	43	21,53	6,32		
	Dört	35	22,88	5,35		
	Beş ve yukarısı	58	20,00	5,74		
	Toplam	202	20,72	6,10		
	Eğitim Durumu					F: 4,379*
	Okur-yazar değil	49	18,00	5,50		
	Okur-yazar	23	19,04	5,91		
	İlkokul mezunu	84	22,40	6,18		
	Ortaokul mezunu	21	21,85	5,59		
	Lise mezunu	18	20,05	6,01		
	Üniversite mezunu	7	23,42	3,95		
	Toplam	202	20,72	6,10		
	Sosyal Yaşantıya Etki durumu					F: 8,200*
	Etkiliyor	179	20,94	5,84		
	Etkilemiyor	13	23,00	7,10		
	Fikrim Yok	10	13,70	4,96		
	Toplam	202	20,72	6,10		
	Cinsiyet					t: 1,333
	Kadın	115	20,22	5,84		
Erkek	87	21,37	6,40			

*p<0.05

3.3.2. Hemodiyaliz hastalarının otonomik kişilik özellikleri

Otonomi, insanlardan özerk kişilik özelliğini ifade etmekte olup bu kişiler çevreyi kontrol etmeye, başarılı ve bağımsız olmaya eğilimlidirler. Bu bölümde bir ölçek dahilinde incelenen hemodiyaliz hastalarının otonomik kişilik özellikleri yapılan istatistik analizi sonucunda “özgürlük”, “kişisel başarı” ve “yalnızlıktan hoşlanma” olmak üzere üç faktör altında toplanmıştır. Her bir faktöre ilişkin dağılımlar tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki ve cinsiyet durumu değişkenlerine göre irdelenmiş, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve t-testi sonuçlarına yer verilmiştir.

3.3.2.1. Hastaların özgürlük alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği

Bu bölümde, hastaların “özgürlük” alt ölçeğine ilişkin yanıtları tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak Çizelge 3.6’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.6’dan da izlenebileceği gibi hastaların özgürlük alt ölçeğine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde tedavi süresinin, yaşın, medeni durumun, eğitim ve sosyal yaşantıya etki durumlarının istatistiksel açıdan etkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yedi yıl ve üzeri süredir tedavi gören hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış olup bu durum, hastaların hastalık sürecini daha fazla kontrol etmelerinden ve buna bağlı olarak da kendi aktivitelerini yönlendirmelerinden kaynaklanabilir. 80-89 yaş aralığındaki hemodiyaliz hastalarının ortalama puanlarının diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum bu yaş grubundaki hastaların başkalarına daha bağımlı oldukları şeklinde yorumlanabilir. Tabloya göre hiç evlenmemiş olmak hastaların daha bağımsız davranışlara yatkın olduklarını göstermektedir. Eğitim durumu dikkate alındığında farklılığın okur-yazar olmayanlardan kaynaklandığı bulunmuş olup bu durum okur-yazar olmayanların kendi kararlarını verme yeteneklerinde ve kendi aktivitelerini

yönlendirmelerinde başkalarına bağımlı olduklarını göstermektedir. Hastalıklarının sosyal yaşantılarını etkilemediğini ifade edenlerinin ortalama puanlarının diğer seçeneklerden yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.6. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre özgürlük alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Özgürlük	Tedavi süresi	N	$\bar{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	35,40	9,79	F: 3,024*
	1-3 yıl	51	33,29	9,54	
	4-6 yıl	46	30,65	11,31	
	7 >	75	36,09	9,83	
	Toplam	202	34,04	10,26	
	Yaş				
	20-29	21	34,00	8,04	F: 3,058*
	30-39	22	38,36	8,64	
	40-49	33	35,00	9,73	
	50-59	50	35,06	9,60	
	60-69	37	33,51	10,71	
	70-79	31	32,16	11,47	
	80-89	8	21,75	11,10	
	Toplam	202	34,04	10,26	
	Medeni Durum				
Hiç evlenmemiş	29	36,58	9,44	F: 3,578*	
Evli	120	34,76	9,86		
Dul	53	31,01	11,06		
Toplam	202	34,04	10,26		
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	33,26	11,80	F: 0,463	
İki	51	34,43	11,05		
Üç	43	33,86	11,07		
Dört	35	35,82	8,40		
Beş ve yukarısı	58	32,96	9,70		
Toplam	202	34,04	10,26		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	28,26	10,35	F: 6,812*	
Okur-yazar	23	30,04	10,15		
İlkokul mezunu	84	36,85	8,99		
Ortaokul mezunu	21	36,71	9,23		
Lise mezunu	18	38,16	11,11		
Üniversite mezunu	7	35,28	4,19		
Toplam	202	34,04	10,26		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	34,58	9,99	F: 11,189*	
Etkilemiyor	13	37,38	7,55		
Fikrim Yok	10	20,10	7,97		
Toplam	202	34,04	10,26		
Cinsiyet					
Kadın	115	33,03	10,10	t: 1,614	
Erkek	87	35,37	10,37		

*p<0.05

3.3.2.2. Hastaların kişisel başarı alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği

“Kişisel başarı” alt ölçeği tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ve cinsiyet değişkenlerine göre ele alınmış, elde edilen bilgiler Çizelge 3.7’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.7. incelendiğinde, yaştan kişisel başarı alt ölçeği üzerinde belirleyici bir rol oynadığı, ortalama puanlar dikkate alındığında 30-39 yaş arasındaki hemodiyaliz hastalarının başarılı olmaktan daha fazla mutluluk duydukları görülmüştür ($\bar{x}=28,72$). İstatistik analizi sonucunda, gruplar arasındaki farklılığın 80-89 yaş grubundaki hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumu değişkeninin istatistiksel anlamda etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça başarı eğiliminin arttığı görülmüş olup farklılığın okur-yazar olmayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Kişisel başarı alt ölçeği üzerinde sosyal yaşantıya etki değişkeninin istatistiksel açıdan etkili olduğu görülmüş olup hastalığın sosyal yaşantılarını etkilemediğini ifade edenlerin ortalama puanları daha yüksektir ($p<0.05$).

Çizelge 3.7. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre kişisel başarı alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Kişisel Başarı	Tedavi süresi	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	26,03	7,47	F: 0,498
	1-3 yıl	51	25,29	6,95	
	4-6 yıl	46	24,13	7,72	
	7 >	75	24,70	6,77	
	Toplam	202	24,92	7,12	
	Yaş				
	20-29	21	23,90	6,64	F: 5,261*
	30-39	22	28,72	5,59	
	40-49	33	27,27	6,36	
50-59	50	25,52	7,48		
60-69	37	24,89	6,14		
70-79	31	21,58	6,87		
80-89	8	16,75	7,72		
Toplam	202	24,92	7,12		
Medeni Durum					
Hiç evlenmemiş	29	26,82	7,96	F: 2,881	
Evli	120	25,23	6,73		
Dul	53	23,15	7,24		
Toplam	202	24,92	7,12		

Çizelge 3.7. (Devam) Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre kişisel başarı alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Kişisel Başarı	Ailedeki Birey Sayısı	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz	
	Tek	15	25,93	7,43	F: 1,120	
	İki	51	24,41	6,40		
	Üç	43	24,83	6,71		
	Dört	35	26,94	6,86		
	Beş ve Yukarısı	58	23,94	7,99		
	Toplam	202	24,92	7,12		
	Eğitim Durumu					F: 6,184*
	Okur-yazar değil	49	20,95	6,89		
	Okur-yazar	23	22,65	8,10		
	İlkokul mezunu	84	26,46	6,20		
	Ortaokul mezunu	21	27,57	5,27		
	Lise mezunu	18	27,05	7,69		
	Üniversite mezunu	7	28,14	7,28		
	Toplam	202	24,92	7,12		
	Sosyal Yaşantıya Etki durumu					F: 16,423*
	Etkiliyor	179	25,38	6,80		
	Etkilemiyor	13	27,38	5,76		
	Fikrim Yok	10	13,40	3,62		
	Toplam	202	24,92	7,12		
	Cinsiyet					t: 1,742
	Kadın	115	24,16	7,00		
Erkek	87	25,91	7,19			

*p<0.05

3.3.2.3. Hastaların yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeğine ilişkin kişilik özelliği

Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak “yalnızlıktan hoşlanma” alt ölçeği incelenmiş ve elde edilen bulgular Çizelge 3.8’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.8’den de izlenebileceği gibi yaş, eğitim durumu ve sosyal yaşantıya etki durumu değişkenlerinin “yalnızlıktan hoşlanma” alt ölçeğine yönelik değerlendirmeler üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir (p<0.05). 30-39 yaş grubundaki hastaların ortalama puanlarının diğer gruptakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir ($\bar{x}$ =33,59). Bu durum yalnız kalmanın psikolojik olarak kendilerini iyi hissettiklerini düşünmeleri ile açıklanabilir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey testinin sonuçlarına göre, 70-79 yaş grubu ile 80-89 yaş grubunun, 30-39 ile 40-49 yaş grubundaki hastalara göre yalnızlıktan hoşlanmadıklarını göstermiştir. Eğitim durumu değişkeni dikkate alındığında ilkokul ve ortaokul mezunu hastaların ortalama puanlarının birbirlerine

yakın ve diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (ilkokul $\bar{x}=32,13$, ortaokul $\bar{x}=32,80$). Yapılan istatistik analizi hastalığın sosyal yaşantılarını etkilemediğini ifade edenlerin yalnızlıktan daha fazla hoşlandığını ortaya koymuştur ($p<0.05$). Bu durum hastaların sosyal iletişimlerinin zayıf olmasından kaynaklanabilir.

Çizelge 3.8. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Yalnızlıktan Hoşlanma	Tedavi süresi	N	$\bar{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	31,36	8,38	F: 1,553
	1-3 yıl	51	30,23	8,85	
	4-6 yıl	46	27,43	8,82	
	7 >	75	29,93	8,12	
	Toplam	202	29,65	8,54	
	Yaş				
	20-29	21	29,71	6,70	F: 3,841*
	30-39	22	33,59	7,98	
	40-49	33	30,63	7,20	
	50-59	50	30,54	9,03	
	60-69	37	29,86	7,92	
	70-79	31	26,80	9,36	
	80-89	8	19,12	6,97	
	Toplam	202	29,65	8,54	
	Medeni Durum				
	Hiç evlenmemiş	29	26,82	7,96	F: 2,881
	Evli	120	25,23	6,73	
	Dul	53	23,15	7,24	
	Toplam	202	24,92	7,12	
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	28,26	7,21	F: 0,897	
İki	51	29,50	8,99		
Üç	43	30,39	9,45		
Dört	35	31,54	7,63		
Beş ve yukarısı	58	28,44	8,28		
Toplam	202	29,65	8,54		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	25,20	8,11	F: 6,165*	
Okur-yazar	23	26,17	8,86		
İlkokul mezunu	84	32,13	8,49		
Ortaokul mezunu	21	32,80	6,56		
Lise mezunu	18	30,61	7,15		
Üniversite mezunu	7	30,57	3,69		
Toplam	202	29,65	8,54		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	29,85	8,43	F: 9,021*	
Etkilemiyor	13	34,30	6,01		
Fikrim Yok	10	20,00	6,44		
Toplam	202	29,65	8,54		
Cinsiyet					
Kadın	115	28,78	8,04	t: 1,672	
Erkek	87	30,80	9,09		

* $p<0.05$

3.4. Hemodiyaliz hastalarının bağlanma stilleri

Bu bölümde bir ölçek dahilinde incelenen hemodiyaliz hastalarının bağlanma stillerine ilişkin yapılan istatistik analizi sonucunda “güvenli bağlanma”, “korkulu bağlanma”, “kaçınan bağlanma” ve “saplantılı bağlanma” olmak üzere dört faktör altında toplanmış ve her bir faktöre ilişkin dağılımlar tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu değişkenleri arasındaki ilişkinin yönünün belirlenmesi amacı ile tek yönlü varyans analizi (ANOVA), cinsiyet değişkenine göre t-testi sonuçlarına yer verilmiştir.

3.4.1. Hastaların güvenli bağlanma stillerine ilişkin özellikleri

Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak “güvenli bağlanma” alt ölçeği incelenmiş ve elde edilen bulgular Çizelge 3.9’da gösterilmiştir.

Çizelge 3.9’dan da izlenebileceği gibi hastaların güvenli bağlanma alt ölçeğine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde tedavi süresinin, medeni durumun ve eğitim durumunun istatistiksel açıdan etkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bir yıldan az süredir tedavi gören hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalık süresi arttıkça; ilerleyen yaş ile beraber fiziksel yetersizliklerin, yorgunluğun meydana gelmesi, sosyal destek gereksiniminin artması, hastalık komplikasyonları ile baş edememe ve kronik bir hastalığa sahip olmanın verdiği olumsuz duygularla sürekli yüz yüze gelme gibi nedenler daha az süre hemodiyaliz tedavisi görenlerin daha güvenli bağlandığı sonucunu düşündürülebilir. Medeni durum değişkeni dikkate alındığında farklılığın “hiç evlenmemiş” hastalardan kaynakladığı bulunmuştur. Bu sonuç hiç evlenmemiş hastaların aile geçmişleriyle ilgili olabilir. Eğitim durumu değişkenine göre ise üniversite mezunu olanların ortalama puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($\bar{x}=28.42$). Bu durum, grubun ihtiyaç duyduklarında çevrelerinden destek

alma konusunda daha rahat olmalarından ve kendilerine yönelik olumlu algılarının daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Çizelge 3.9. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre güvenli bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Güvenli Bağlanma	Tedavi süresi	N	$\bar{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	27,10	7,8	F: 2,955*
	1-3 yıl	51	22,98	7,97	
	4-6 yıl	46	22,32	7,82	
	7 >	75	24,49	6,57	
	Toplam	202	24,00	7,53	
	Yaş				
	20-29	21	24,52	5,85	F: 0,764
	30-39	22	23,40	7,11	
	40-49	33	25,15	7,64	
	50-59	50	25,20	7,92	
	60-69	37	23,18	7,36	
	70-79	31	22,32	7,74	
	80-89	8	22,37	9,88	
	Toplam	202	24,00	7,53	
	Medeni Durum				
	Hiç evlenmemiş	29	26,96	7,38	F: 3,263*
Evli	120	23,91	7,14		
Dul	53	22,58	8,11		
Toplam	202	24,00	7,53		
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	23,20	7,93	F: 0,363	
İki	51	24,11	8,30		
Üç	43	23,27	7,33		
Dört	35	25,20	6,00		
Beş ve yukarısı	58	23,93	7,83		
Toplam	202	24,00	7,53		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	22,24	6,87	F: 2,704*	
Okur-yazar	23	20,95	7,60		
İlkokul mezunu	84	25,61	7,34		
Ortaokul mezunu	21	23,23	7,70		
Lise mezunu	18	24,33	8,54		
Üniversite mezunu	7	28,42	6,07		
Toplam	202	24,00	7,53		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	24,20	7,48	F: 2,810	
Etkilemiyor	13	25,38	7,51		
Fikrim Yok	10	18,70	7,04		
Toplam	202	24,00	7,53		
Cinsiyet					
Kadın	115	23,46	6,49	t: 1,163	
Erkek	87	24,71	8,69		

*p<0.05

3.4.1. Hastaların korkulu bağlanma stillerine ilişkin özellikleri

“Korkulu bağlanma” alt ölçeği tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ve cinsiyet değişkenlerine göre ele alınmış, elde edilen bilgiler Çizelge 3.10’da gösterilmiştir.

Çizelge 3.10’dan da izlenebileceği gibi hastaların korkulu bağlanma alt ölçeğine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde eğitim ve sosyal yaşantıya etki durumlarının istatistiksel açıdan etkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Eğitim durumu değişkeni dikkate alındığında üniversite mezunu hastaların ortalama puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Korkulu bağlanma alt ölçeği üzerinde sosyal yaşantıya etki değişkeninin istatistiksel açıdan etkili olduğu görülmüş olup hastalığın sosyal yaşantılarını etkilemediğini ifade edenlerin ortalama puanları daha yüksektir ($p<0.05$).

Çizelge 3.10. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre korkulu bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Korkulu Bağlanma	Tedavi süresi	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	38,33	10,23	F: 0,596
	1-3 yıl	51	36,84	12,35	
	4-6 yıl	46	35,02	11,90	
	7 >	75	37,28	10,89	
	Toplam	202	36,81	11,38	
	Yaş				
	20-29	21	37,90	9,89	F: 1,067
	30-39	22	39,81	11,16	
	40-49	33	36,18	11,40	
50-59	50	37,86	11,36		
60-69	37	36,48	11,81		
70-79	31	35,25	10,93		
80-89	8	29,25	14,84		
Toplam	202	36,81	11,38		
Medeni Durum					
Hiç evlenmemiş	29	38,06	10,20	F: 1,277	
Evli	120	37,44	11,08		
Dul	53	34,69	12,56		
Toplam	202	36,81	11,38		
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	37,26	11,44	F: 0,486	
İki	51	36,01	11,82		
Üç	43	36,62	12,01		
Dört	35	39,14	10,44		
Beş ve Yukarısı	58	36,12	11,24		
Toplam	202	36,81	11,38		

Çizelge 3.10. (Devam) Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre korkulu bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Korkulu Bağlanma	Eğitim Durumu	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	Okur-yazar değil	49	33,57	9,71	F: 2,700*
	Okur-yazar	23	32,04	11,86	
	İlkokul mezunu	84	39,23	11,80	
	Ortaokul mezunu	21	38,09	9,88	
	Lise mezunu	18	37,38	12,93	
	Üniversite mezunu	7	40,71	8,03	
	Toplam	202	36,81	11,38	
	Sosyal Yaşantıya Etki durumu				
	Etkiliyor	179	36,80	11,32	F: 3,004*
Etkilemiyor	13	41,92	9,07		
Fikrim Yok	10	30,30	12,84		
Toplam	202	36,81	11,38		
Cinsiyet					
Kadın	115	36,52	11,06	t: 0,416	
Erkek	87	37,19	11,85		

*p<0.05

3.4.3. Hastaların kaçınan bağlanma stillerine ilişkin özellikleri

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların “kaçınan bağlanma” alt ölçeğine ilişkin bulgular tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak Çizelge 3.11’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.11’den izlenebileceği gibi istatistik sonuçları, araştırma kapsamına alınan hastaların kaçınan bağlanma stili üzerinde tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre önemli bir etkisinin olmadığını göstermiştir (p>0.05). Ancak değişkenler ortalama puanlar dikkate alınarak incelendiğinde hastalık süresi yedi yıl ve üzeri olanların, 30-39 yaş grubunun, hiç evlenmemiş olanların, dört kişilik ailede yaşayanların, üniversite mezunlarının, sosyal durumlarının etkilenmediğini ifade eden hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüş olup bu grupların daha fazla kaçınan bağlanma stiline sahip oldukları belirlenmiştir. Cinsiyete göre

değerlendirildiğinde ise kadın ve erkeklerin ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Kadın: $\bar{x}$ =31,24, erkek: $\bar{x}$ =31,91).

Çizelge 3.11. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre kaçınan bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Kaçınan Bağlanma	Tedavi süresi	N	$\overline{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	31,70	10,83	F: 0,822
	1-3 yıl	51	30,70	11,61	
	4-6 yıl	46	30,17	9,68	
	7 >	75	32,86	9,03	
	Toplam	202	31,53	10,13	
	Yaş				
	20-29	21	30,57	8,10	F: 0,744
	30-39	22	33,72	9,24	
	40-49	33	30,84	9,64	
	50-59	50	33,30	11,40	
	60-69	37	31,05	10,08	
	70-79	31	29,83	10,42	
	80-89	8	28,62	10,80	
	Toplam	202	31,53	10,13	
	Medeni Durum				
	Hiç evlenmemiş	29	33,03	9,23	F: 1,449
Evli	120	32,03	10,46		
Dul	53	29,58	9,75		
Toplam	202	31,53	10,13		
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	28,73	9,87	F: 1,481	
İki	51	31,43	10,26		
Üç	43	32,00	10,06		
Dört	35	34,71	9,93		
Beş ve yukarısı	58	30,08	10,09		
Toplam	202	31,53	10,13		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	28,30	9,30	F: 2,216	
Okur-yazar	23	29,47	11,62		
İlkokul mezunu	84	33,47	10,49		
Ortaokul mezunu	21	32,23	8,08		
Lise mezunu	18	31,16	9,88		
Üniversite mezunu	7	36,42	7,18		
Toplam	202	31,53	10,13		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	31,52	9,89	F: 2,462	
Etkilemiyor	13	35,69	10,22		
Fikrim Yok	10	26,30	12,82		
Toplam	202	31,53	10,13		
Cinsiyet					
Kadın	115	31,24	9,16	t: 0,468	
Erkek	87	31,91	11,34		

3.4.4. Hastaların saplantılı bağlanma stillerine ilişkin özellikleri

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların “saplantılı bağlanma” alt ölçeğine ilişkin bulgular tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenleri dikkate alınarak Çizelge 3.12’de gösterilmiştir.

Açıklayıcı değişkenlere göre araştırma kapsamına alınan hastaların saplantılı bağlanma alt ölçeğinin tedavi süresi, medeni durum, ailedeki birey sayısı ve cinsiyet değişkenlerine göre önemli bir etkisinin olmadığı ($p>0.05$); yaş, eğitim durumu ve sosyal yaşantıya etki durumu üzerinde önemli bir etkisinin olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yaş değişkeni dikkate alındığında, 50-59 yaş aralığındaki hastaların ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, orta yaş sürecinin son evresi olarak kabul edilen, dinamikliğinve üretkenliğin azaldığı yaşlılık evresine geçiş dönemini oluşturan bu yaş grubunun hastalıkları nedeni ile çevreleri tarafından kabul edilmeyeceklerine, sevilmeye değer bulunmadıklarına dair daha fazla kaygı taşımalarından kaynaklanabilir. Eğitim durumu değişkenine bakıldığında üniversite mezunu hastaların ortalama puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyal yaşantıya etki değişkeninin istatistiksel açıdan önemli olduğu görülmüş olup hastalığın sosyal yaşantılarını etkilemediğini ifade edenlerin ortalama puanları daha yüksektir ($p<0.05$). Bu durum saplantılı bağlanma stiline sahip olanların kendileri ile ilgili bakış açılarının negatif, başkaları ile ilgili bakış açılarının ise pozitif olmasından kaynaklanabilir.

Çizelge 3.12. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerine göre saplantılı bağlanma alt ölçeğine ilişkin istatistik analiz sonuçları

Saplantılı Bağlanma	Tedavi süresi	N	$\bar{X}$	Sd	İstatistiksel Analiz
	< 1	30	17,03	4,81	F: 0,829
	1-3 yıl	51	17,90	5,97	
	4-6 yıl	46	16,28	5,59	
	7 >	75	17,33	4,32	
	Toplam	202	17,19	5,14	
	Yaş				
	20-29	21	18,28	4,47	F: 2,536*
	30-39	22	17,31	5,23	
	40-49	33	17,90	4,90	
	50-59	50	18,32	4,72	
	60-69	37	16,78	5,34	
	70-79	31	15,51	5,17	
	80-89	8	12,37	6,11	
	Toplam	202	17,19	5,14	
	Medeni Durum				
	Hiç evlenmemiş	29	18,62	5,02	F: 2,132
Evli	120	17,28	4,95		
Dul	53	16,20	5,49		
Toplam	202	17,19	5,14		
Ailedeki Birey Sayısı					
Tek	15	17,53	5,60	F: 1,055	
İki	51	16,72	5,22		
Üç	43	17,67	5,50		
Dört	35	18,42	4,82		
Beş ve yukarısı	58	16,41	4,84		
Toplam	202	17,19	5,14		
Eğitim Durumu					
Okur-yazar değil	49	14,97	5,01	F: 3,729*	
Okur-yazar	23	15,86	5,71		
İlkokul mezunu	84	18,35	4,73		
Ortaokul mezunu	21	17,61	5,10		
Lise mezunu	18	17,88	5,38		
Üniversite mezunu	7	20,00	3,10		
Toplam	202	17,19	5,14		
Sosyal Yaşantıya Etki durumu					
Etkiliyor	179	17,29	5,02	F: 7,179*	
Etkilemiyor	13	19,76	4,63		
Fikrim Yok	10	12,00	4,71		
Toplam	202	17,19	5,14		
Cinsiyet					
Kadın	115	16,80	5,05	t: 1,251	
Erkek	87	17,71	5,24		

*p<0.05

Bağlanma stillerine ilişkin ortalama puanlar madde sayıları üzerinden dikkate alınarak hemodiyaliz hastalarının en fazla sahip olduğu bağlanma stili Çizelge 3.13’de verilmiştir.

Çizelge 3.13’de görüldüğü gibi hemodiyaliz hastalarının bağlanma stilleri madde sayıları üzerinden hesaplandığında en fazla “saplantılı bağlanma” stiline sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.13. Hemodiyaliz Hastalarının Bağlanma Stilleri Puan Ortalamaları (n=202)

Bağlanma Stilleri	$\bar{X}$	Sd
Korkulu Bağlanma	4,091	1,264
Güvenli Bağlanma	4,00	1,26
Kaçınan Bağlanma	3,94	1,27
Saplantılı Bağlanma	4,30	1,29

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri alt ölçekleri arasındaki pearson korelasyon katsayıları Çizelge 3.14.’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.14’den de izlenebileceği gibi, araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, saplantılı bağlanma alt ölçeği ile ayrılık kaygısı ve kaçınan bağlanma alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0.05$), diğer tüm alt ölçekler arasındaki ilişkinin ise orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistik olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 3.14. Sosyotropik-Otonomik Kişilik ve Bağlanma Stilleri Alt Ölçekleri Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Ayrılık Kaygısı (1)	1	0,638*	0,526*	0,687*	0,566*	0,514*	0,404*	0,414*	0,518*	0,533
Başkalarını Memnun Etme (2)	0,638*	1	0,569*	0,448*	0,524*	0,566*	0,454*	0,469*	0,413*	0,416*
Onaylanmama Kaygısı (3)	0,526*	0,569*	1	0,551*	0,494*	0,732*	0,441*	0,516*	0,518*	0,517*
Özgürlük (4)	0,687*	0,448*	0,551*	1	0,706*	0,663*	0,482*	0,398*	0,508*	0,600*
Kişisel Başarı (5)	0,566*	0,524*	0,494*	0,706*	1	0,681*	0,488*	0,367*	0,410*	0,568*
Yalnızlıktan Hoşlanma (6)	0,514*	0,566*	0,732*	0,663*	0,681*	1	0,527*	0,531*	0,499	0,556*
Korkulu Bağlanma (7)	0,404*	0,454*	0,441*	0,482*	0,488*	0,527*	1	0,561*	0,646*	0,619*
Güvenli Bağlanma (8)	0,414*	0,469*	0,516*	0,398*	0,367*	0,531*	0,561*	1	0,617*	0,597*
Kaçınan Bağlanma (9)	0,518*	0,413*	0,518*	0,508*	0,410*	0,499*	0,646*	0,617*	1	0,598
Saplantılı Bağlanma (10)	0,533	0,416*	0,517*	0,600*	0,568*	0,556	0,619*	0,597*	0,598	1

*p<0.05

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropi-otonomi ölçeği ile bağlanma stillerinden aldıkları puanlar Çizelge 3.15’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.15 incelendiğinde, sosyotropi puan ortalamaları $90,81 \pm 21,47$ olarak saptanmıştır. Sosyotropi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının “ayrılık kaygısı” boyutunda $52,74 \pm 13,52$, “başkalarını memnun etme” boyutunda $17,33 \pm 5,23$, “onaylanmama” boyutunda $20,72 \pm 6,10$ olarak belirlenmiştir. Bu puan ortalamaları potansiyel dağılımlarına göre incelendiğinde, hastaların yüksek düzeyde sosyotropik kişilik özellikleri gösterdiği düşünülmektedir. Bu sonuç, hastaların insanlarla ilişkiye önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların otonomi puan ortalamalarının $88,62 \pm 23,06$ olduğu görülmüştür. Otonomi alt ölçeklerinin puan ortalamalarının ise “özgürlük” boyutunda $34,04 \pm 10,26$, “kişisel başarı” boyutunda $24,92 \pm 7,12$, “yalnızlıktan hoşlanma” boyutunda $29,65 \pm 8,55$ olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.14). Elde edilen bu puan ortalamaları, potansiyel dağılımlarına göre, hastaların yüksek düzeyde otonomik kişilik özelliklerine işaret etmektedir. Bu sonuç hastaların çevreyi kontrol eden, başarılı ve bağımsız olmaya eğilimli kişilik özelliğine sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların bağlanma stilleri puan ortalamalarının $109,54 \pm 28,92$ olarak saptanmıştır. Bağlanma stilleri alt ölçeklerinin puan ortalamalarının “korkulu bağlanma” boyutunda $36,82 \pm 11,38$, “güvenli bağlanma” boyutunda $24,00 \pm 7,53$, “kaçınan bağlanma” boyutunda $31,53 \pm 10,14$ ve “saplantılı bağlanma” boyutunda $17,19 \pm 5,14$ olarak bulunmuştur. Bu puan ortalamaları potansiyel dağılımlarına göre incelendiğinde, hastaların bağlanma düzeylerinin orta olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çizelge 3.15. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropi-Otonomi ile Bağlanma Stilleri Puanlarının Dağılımı (n=202)

	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	Sd
SOSYOTROPİ-OTONOMİ ÖLÇEĞİ				
<i>SOSYOTROPİ</i>				
Ayrılık Kaygısı	17,00	80,00	52,74	13,52
Başkalarını Memnun Etme	6,00	30,00	17,33	5,23
Onaylanmama Kaygısı	8,00	38,00	20,72	6,10
Sosyotropi Genel	35,00	140,00	90,81	21,47
<i>OTONOMİ</i>				
Özgürlük	11,00	55,00	34,04	10,26
Kişisel Başarı	9,00	40,00	24,92	7,12
Yalnızlıktan Hoşlanma	11,00	54,00	29,65	8,55
Otonomi Genel	32,00	146,00	88,62	23,06
BAĞLANMA STİLLERİ				
Korkulu Bağlanma	11,00	63,00	36,82	11,38
Güvenli Bağlanma	6,00	42,00	24,00	7,53
Kaçınan Bağlanma	8,00	56,00	31,53	10,14
Saplantılı Bağlanma	4,00	28,00	17,19	5,14
Bağlanma Stilleri Genel	37,00	182,00	109,54	28,92

4. TARTIŞMA

Kronik hastalıkların ortak özelliği bireyin öz denetim becerisinde düşüş yaşaması, sosyal ilişkilerinin bozulması, ekonomik düzeylerinde azalmanın görülmesidir. Bu durum hastanın zaman içinde bağımlı yaşamasına ve sosyal destek ihtiyacının artmasına neden olmaktadır. Bu açıdan incelendiğinde hastanın sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin hastanın tedavi sürecine olan etkisi önemlidir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde dünyada ve Türkiye’de hemodiyaliz hastaları ile ilgili pek çok araştırma yapıldığı görülmüş olup bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunlukla hastaların depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri, psiko-sosyal ve ekonomik durumları ile tıbbi sorunları, kişilerarası iletişim düzeyleri, sosyal destek kaynakları ile hastalığa uyumlarını belirlemeye yönelik konulara yoğunlaştığı saptanmıştır. Ancak yapılan incelemelerde sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin birlikte ele alındığı çok az çalışmaya rastlanılmıştır. Bu bölümde yerli ve yabancı literatür, derinlemesine incelenmiş ve konu ile bağlantılı olduğu düşünülen çalışma sonuçları, hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerine ilişkin elde edilen bulgular ile karşılaştırılarak yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Çalışma sonuçları, sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri alt başlıkları altında incelenmiştir.

Sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini konu alan araştırmalar

Hemodiyaliz hastalarının kişilik özellikleri dikkate alındığında yaş, eğitim durumu ile sosyal yaşantıya etki durumu değişkenlerinin sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin her ikisi üzerinde etkisi saptanırken tedavi süresi ve medeni durum değişkenlerinin sadece otonomik kişilik özellikleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Cinsiyet ve ailedeki birey sayısı değişkenlerinin ise iki kişilik tipinde de etkili olmadığı belirlenmiştir.

Bilişsel kuramın temsilcilerinden olan Beck ve arkadaşlarının (1983) sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirdikleri ölçek

birçok araştırmada kullanılmıştır. Beck ve arkadaşları (1987) sosyotropi-otonomi ölçeğini kullandıkları araştırmalarında sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin özel ve iş yaşamlarında isteksizlik, mutsuzluk, tatminsizlik, anlamsızlık, yaşadıklarını saptamışlardır. Beck'in yaptığı çalışma, batılı ülkelerdeki insan prototipini ortaya koyarken ülkemizde yapılan çalışma doğulu insan prototipini ortaya koymuştur. Batılı toplumlarda bireyin kendi kararlarını alabilme, özerk olabilme gibi otonomik özellikleri desteklenip pekiştirilirken doğulu toplumlarda durum farklıdır. Sosyotropik kişilik özellikleri desteklenmekte, bağımsız hareket etme konusunda özellikle kadınlarda toplumun zaman zaman baskısı gözlenmektedir. Yapılan araştırma sonucunda da kadınların erkeklere göre daha sosyotropik özelliklere sahip olduğu sonucuna varmışlardır (Doğan, 2010). Türkiye kültüründe ailelerin, kız çocuklara erkeklere oranla daha fazla koruyucu davranmaları ve tutumun, erkeklerin daha özerk ve özgüveni yüksek, kızların ise erkeklere oranla daha bağımlı ve özgüveni düşük olarak yetişmeleri sonucunu doğurduğu söylenebilir (Saymaz, 2003). McBride ve arkadaşları (2004) kadınların erkeklere göre daha sosyotropik, erkeklerin ise kadınlara kıyasla daha otonomik kişilik özelliklerine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bulgular kısmında da gösterildiği gibi sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri üzerinde cinsiyetin etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu durum çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile paralellik göstermese de çalışılan hasta grubunun sosyal, kültürel ve ekonomik özelliklerinden kaynaklanabilir. Kaya ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da kız ve erkek öğrencilerin sosyotropi-otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hammen (1985) üniversite öğrencilerinden oluşan sosyotropik grupta, depresyon ile kişilerarası yaşanan olaylar arasındaki ilişkinin, başarı alanında yaşanan olaylar arasındaki ilişkiden daha kuvvetli olduğunu saptamıştır. Benzer ilişki otonomik grupta yer alan öğrenciler arasında anlamlı bulunmamıştır (Akt.: Sato, Mccann, 1998).

Robins ve Block (1989) sosyotropik kişilik özelliklerinin depresyon düzeyi ile ilintili olduğunu ve depresyon ile olumsuz sosyal olaylar arasında değişken olduğunu

bildirmişlerdir. Soyotropinin aynı zamanda, otonomi ile ilintili olduğu düşünülen olumsuz olaylarla da ortak etkileşim gösterdiği bulunmuştur.

Segal ve arkadaşları (1992) sosyotropik ve otonomik kişilerin depresyon açısından en ağır durumda oldukları dönemlerin kişilerarası ilişkilerle bağlantılı olduğunu (sosyotropik yaşam olayları) belirlemişlerdir. Ancak, bu bağlantının, otonomik denekler için de geçerli olması, yaşam olayı türü ve kişilik yapısının eşleşmesi varsayımına ters düşmektedir. Sosyotropik kişilik özellikleri gösteren hastalar için sosyotropik olayların, otonomik özellikler gösteren hastalar için ise kişilik özellikleri ile eşleşmeyen yaşam olaylarının da depresyon için tetikleyici olabileceği bulunmuştur (Akt.:Kabakçı, 2001).

Ünlüoğlu, Özden ve İnce (1997) diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimlerine ilişkin yaptıkları araştırma sonucunda, hastaların %72,0'ı kişilerarası iletişim güçlüğü yaşadığını, %78,0'ı işlevselliğinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalara bunların nedenleri sorulduğunda; iletişim güçlüğü yaşayanların daha öfkeli ve alıngan (% 65,0, % 53,0) olmalarını, işlevsellik ile ilgili sıkıntı yaşayanların fiziksel durumlarının engel olmasını ve bıkkınlık hissini (% 75,0, % 30,0) neden olarak gösterdikleri bulunmuştur. Hastaların ekiple yaşadıkları iletişim güçlüğü incelendiğinde, en az doktorlarla ve en çok sosyal hizmet uzmanlarıyla ve diyetisyenlerle iletişimsizlik yaşadıkları bulunmuştur. Bu sonuç özellikle hassas gruplarla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının iletişim becerileri konusunda desteklenmeleri gerekliliğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda bu durum, toplumda sosyal hizmet uzmanının görevinin yeteri kadar bilinmediği sonucunu düşündürülebilir. Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının boş zamanlarını çoğunlukla diğer hastalarla konuşarak geçirdikleri saptanmıştır. 30-59 yaş grubu ise diğer yaşlara göre yalnız kalmaktan daha fazla hoşlanmaktadır. Bu bağlamda hastaların temelde iletişim içinde olmayı arzu ettiklerini ancak onaylanmama ve kabul görmeme kaygısı nedeni ile yalnız kalmayı tercih ettiklerini düşündürülebilir. Yalnızlıktan hoşlanan bireylerin otonomik özelliğe sahip oldukları sonucuna varılabilir.

Kabakçı (2001), “Üniversite Öğrencilerinde Sosyotropik/Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler” konulu çalışmasında cinsiyet faktörünün sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri üzerinde temel bir etkisi bulunmadığını savunurken, sosyotropik özelliklerin cinsiyet farklılığı gösterebileceği ve kadınların sosyotropik özellikler geliştirmeye daha eğilimli olabileceğini bildirmiştir. Kabakçı (2001) özgür kişilik özelliği yüksek olan bireylerin çevrelerinde olup biteni kontrol etmekten, başarılı olmaktan, hedeflerine ulaşmaktan ve aktivitelerini yönetmekten mutluluk duyduklarını belirtmiştir. Babadağ (2001) ise otonomiye, insanın özgür düşünüp karar verme, kararını eyleme geçirme, özgür, bağımsız davranma gücü ve yetkisi olarak tanımlamakta, kararlarını uygulamaya geçirmede özgürlüğe sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bulgularda anıldığı gibi tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu değişkenlerinin özgür kişilik üzerinde etkisi bulunmaktadır.

Barutçu ve Öktem (2003)’in çalışmasında sosyotropik kişilik özelliğini ifade eden çalışanların grup çalışmalarına daha yatkın olduğu, buna karşılık otonomik kişilik özelliğine sahip çalışanların ise bireysel ve bağımsız işlerde çalışmaya daha yatkın oldukları ifade edilmiştir. (Serinkan ve Barutçu, 2006).

Bulgulardan anlaşılaacağı gibi puan ortalamaları incelendiğinde hastaların yüksek düzeyde sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri gösterdiği bulunmuştur. Atalay ve arkadaşları (2005) “Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin sosyotropi-otonomi düzeyleri” ile ilgili çalışmalarında öğrencilerin sosyotropi puan ortalamasının 9.6 ± 15.6 , sosyotropinin alt boyutlarının puan ortalamalarının “onaylanmama kaygısında” 20.5 ± 6.8 , “ayrılık kaygısında” 33.9 ± 7.1 , “başkalarını memnun etmede” 14.7 ± 4.6 ; otonomi puan ortalamasının 78.4 ± 14.4 , otonominin alt boyutlarının puan ortalamalarının “kişisel başarıda” 33.4 ± 6.8 , “özgürlükte” 31.0 ± 6.3 , “yalnızlıktan hoşlanmada” 13.7 ± 4.4 olduğunu saptamışlardır. Sosyotropik kişilik özellikleri gösteren hastalar için sosyotropik olayların, otonomik özellikler gösteren hastalar için ise kişilik özellikleri ile eşleşmeyen yaşam olaylarının da depresyon için tetikleyici olabileceğine dair araştırma bulguları da bulunmaktadır.

Kaya ve arkadaşları (2006) “Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi” üzerine yaptıkları araştırmada, cinsiyet, yaş, aile tipi, mezun oldukları lise türü, çalışma durumu değişkeleri ile sosyotropi-otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını saptamışlardır. Çalışmalarında, öğrencilerin yaşadıkları yer dikkate alındığında, akrabasının yanında ve yurttan kalan öğrencilerin evde arkadaşı ile birlikte kalanlardan daha yüksek sosyotropik kişilik özelliğine sahip olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca, evde yalnız kalanların, ailesinin yanında kalanlardan daha fazla otonom olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin kaldıkları yer, ailelerinin yapısı ve kendisi ile ilgili kararları verme durumları ile sosyotropik - otonomik kişilik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bulgular kısmında da görüleceği gibi hastalığın aile içi rolleri etkilediğini ifade edenler çoğunlukta olup yaş, eğitim durumu ve sosyal yaşantıya etki durumu değişkenlerinin otonomik kişilik özelliklerinden biri olan yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeği üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Yüncü, Aydın ve Zeyrek (2006) madde kullanım sorunu olan yirmi ergenin bağlanma özellikleri ile sosyotropik-otonomik özelliklerinin ilişkisini araştırdıkları çalışmada, madde kullanım sorunu olan ergenlerin anneye bağlanma özellikleri ile onaylanmama kaygısı ve yalnızlıktan hoşlanma arasında ters yönde bir ilişkilerinin olduğunu saptamışlardır. Babaya bağlanma ile sosyotropi ve otonomi alanında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bulgular kısmında da görüleceği gibi hastalık aile içi rolleri etkilemektedir. Aile içinde yaşanan sorunlarla başa çıkabilmede en etkili yol yine ailenin kendi gücüne, üyelerine ve fonksiyonlarına güvenmesi ve inanmasıdır. Aile içinde ortaya çıkan krizlerin ve çatışmaların nedenlerini daha iyi anlamak ve sorunları çözmelerine yardım edebilmek için aile fonksiyonlarını iyi tanımak gerekmektedir (Doğan, 2010).

Bakhshani (2007) “Klinik depresyon hastalarında sosyal desteğin uyumlaştırıcı etkisi ve kişilik özelliklerinin rolü”nü incelemek amacıyla unipolar majör depresyon DSM-IV tanısı almış ayaktan 92 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, yüksek derecede sosyotropik özellikler gösteren hastalarda olumsuz yaşam olaylarını ve

sosyal desteği önemli belirleyiciler olarak saptamıştır. Yüksek otonomik özellik gösteren hastalarda ise sosyal destek anlamlı bir değişken olarak bulunmamıştır. Bulgularda da görüleceği gibi sosyal yaşantıya etki etme durumunun başkalarını memnun etme ve onaylanmama kaygısı üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı, sosyal yaşantılarının etkilendiğini ifade edenlerin ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Diyaliz hastaları için kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisinde karşı karşıya kalınan pek çok kısıtlamanın, fiziksel yıpranmanın dışında psikolojik açıdan da bazı sıkıntılara yol açabileceği düşünülmektedir. Başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların ve depresif duygulanımın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir. Baydoğan ve Dağ (2008) hemodiyaliz hastalarının depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük, sosyotropi-otonomi kişilik değişkenlerinin depresif belirti düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığına yönelik çalışmalarında sosyotropi ve depresyon arasında orta düzeyde bir ilişki saptarken otonomi ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur. Çalışmada kavramsal olarak birbirine zıt özellikler olan sosyotropi ve otonomi kendi aralarında pozitif ilişkili göstermiştir. Çalışmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, depresif belirtilerdeki artış ve sonuçta depresyonun hemodiyaliz tedavisinin gidişini ve hastanın bu tedaviye uyumunu etkileyebileceği kabul edilmekte, hemodiyaliz hastalarında bazı kişilik özelliklerine sahip olmanın depresif belirti düzeyini artırabileceği düşünülmektedir. Öte yandan Çetin (2008), yaşlılarda sosyotropi-otonomi kişilik özelliği ile depresyon ile ilişkisini araştırdığı çalışmasında, depresyon ile sosyotropi-otonomi kişilik özelliği arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Otacıoğlu (2008) “Müzik Öğretmenlerinin Sosyotropik ve Otonomik Kişilik Özellikleri İle Depresyon Düzeyleri Üzerine İlişkisel Bir Araştırma” konulu çalışmasında, öğretmenlerin cinsiyetlerine göre sosyotropi-otonomi ölçek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamış olup erkek öğretmenlerin genel ölçek değerlerinin, kadınlarla kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yaş, medeni durum, mesleki kıdem, alınan takdir, çalışma saatlerinden memnuniyet ve iyi bir eğitmen olduğuna olan inanç durumları açısından

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucunda öğretmenlerin depresif belirti düzeyleri arttıkça, sosyotropi-otonomi kişilik düzeylerinde de artış olduğu, sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin etkilendiği görülmektedir. Beck, depresyonda yatkınlıkla ilgili olabilecek iki kişilik boyutu bildirmiştir; sosyotropi ve otonomi (Kabakçı, 2001). Olumsuz yaşam olaylarında depresyon faktörünün risk taşıdığını ve özellikle sosyotropik kişiliğin buna daha yatkın olduğunu belirtmektedir. Bulgulara bakıldığında üniversite mezunu olan hemodiyaliz hastalarının onaylanmama kaygısı ve başkalarını memnun etme ortalama puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ceylan ve ark. (2010) serbest zamanı değerlendirmek amacıyla uçurtma ve rüzgar sörfü yapan farklı iki grupta yer alan bireylerin, bazı kişilik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında 120 bireyin atılganlık, tükenmişlik, depresyon, öfke, sosyotropi ve otonomi düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırma sonucunda, uçurtma sörfü ve rüzgar sörfü yapan bireylerin atılganlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ancak sosyotropi- otonomi düzeyleri arasında herhangi bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda her iki gruptaki katılımcıların kendi etkinliklerini yönlendirmekten, hedeflerine ulaşmaktan, çevrelerinde olup bitenleri kontrol etmekten ve başarılı olmaktan mutluluk duydukları, özgür düşünüp karar verme, kararlarını uygulamaya geçirmede özgürlüğe sahip olmayı sevdiklerini göstermektedir. Atılganlık, sosyotropi ve otonomi değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde sadece sosyotropi ile otonomi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer değişkenler arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Bulgulardan da izlenebileceği gibi hastaların boş zamanlarında diğer hastalarla iletişim içinde olmayı tercih ettikleri bulunmuştur. Bu durum bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığa olumlu etkilerinin yanında, bireyin kendine olan güven ve saygısının arttırmasına, kişisel beceri ve sosyal davranışları üzerinde olumlu değişiklikler oluşmasına neden olabilir.

Doğan (2010) “Evli Bireylerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ile Evliliklerinde Çatışma Yaşama Durumları Arasındaki İlişki” durumunu incelemek amacı ile 327 evli birey üzerinde yürüttüğü çalışmada sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleriyle evli bireylerin evliliklerinde çatışma yaşama durumları arasında

anlamalı bir ilişkinin olduğunu, sosyotropik kişilik özelliklerine sahip eşlerin, otonomik kişilik özelliklerine sahip eşlere göre daha sık çatışma yaşadığını saptamıştır ($p<0.05$). Araştırma sonuçlarında sosyotropik kişilik özelliklerine sahip bireylerin çatışma sıklık puanı daha yüksek bulunmuştur. Sosyotropik kişilik özelliklerinden biri olan başkalarını memnun etme, ayrılık kaygısı ile bireylerin evliliklerinde çatışma yaşama durumları arasında düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır. Araştırmada onaylanmama kaygısı yaşayan bireylerin evlilikte çatışma yaşadığı sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda araştırmada otonomik kişilik özelliklerinden biri olan yalnızlıktan hoşlanma, özgürlüklerini yaşamaları ve kişisel başarı ile bireylerin evliliklerinde çatışma yaşama durumları arasında düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Bulgularda da gösterildiği gibi evli olan hemodiyaliz hastalarının onaylanmama kaygısı ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hiç evlenmemiş olanların evli olanlara oranla özgür kişilik özelliğinin daha belirgin olduğu saptanmıştır.

Malak ve Üstün (2011) “ Hemşirelerin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” üzerine yaptıkları çalışmada, hemşirelerin tükenmişlik alt boyutu duygusal tükenme puan ortalaması ile sosyotropi ve otonomi kişilik özellikleri arasında, duyarsızlaşma puan ortalaması ile otonomi puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Karagözoğlu ve arkadaşları (2013) huzurevinde kalan yaşlı bireylerin benlik saygısı, otonomi düzeyleri ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile 80 yaşlı birey üzerinde yaptıkları araştırmalarında, yaşlıların benlik saygısı düzeyi düştükçe otonomi düzeyinin de düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Bulgularda da görüldüğü gibi yaşlı hastaların otonomik kişilik özellikleri alt ölçeklerine ait ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Özellikle 70-89 yaş aralığındaki hastaların yalnız kalmaktan hoşlanmadıkları saptanmıştır.

Öktem ve ark. (2013) “ Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonuna Etkisi” konulu araştırmalarında, kadınların erkeklere göre motivasyonlarının daha yüksek olduğu, çalışanların yöneticilerine göre, 19 ve

daha genç yaştaki çalışanların, ilköğretim mezunlarının ve idari birimlerde çalışanların daha sosyotropik kişilik özellikleri gösterdikleri, lisans mezunlarının daha otonomik kişilik özellikleri gösterdikleri ve motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bulgularda da görüldüğü gibi yaş ve eğitim durumu sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri üzerinde etkili olup, üniversite mezunu ile 30-39 yaş aralığındaki hastaların daha otonom oldukları bulunmuştur.

Tokmak ve ark. (2013) “Turizm Ve Otelcilik Öğrencilerinin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliklerinin İletişim Becerilerine Etkisi” üzerine yaptıkları çalışmada, bayan öğrencilerin daha çok sosyotropik kişilik özellikleri gösterdiği, erkek öğrencilerin ise daha otonomik kişilik özellikleri gösterdiğini, eğitim düzeyi arttıkça otonomik kişilik özelliklerinin görüldüğünü saptamışlardır. Sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin iletişim becerileri üzerindeki etkisi incelendiğinde ise, ayrılık kaygısı ile başkalarını memnun etme ve kişisel başarı alt ölçeklerinin iletişim becerilerini anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini bulmuşlardır. Bulgularda da eğitim düzeyi arttıkça başarı eğiliminin arttığı görülmüş olup farklılığın okur-yazar olmayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. Hastalığın sosyal yaşantıya etkilemesinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bağlanma stillerini konu alan araştırmalar

Hemodiyaliz hastalarının bağlanma stilleri dikkate alındığında eğitim durumu ile sosyal yaşantıya etki durumu değişkenlerinin korkulu bağlanma üzerinde; tedavi süresi, medeni durum ve eğitim durumunun güvenli bağlanma üzerinde; yaş, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumunun ise saplantılı bağlanma üzerinde etkili olduğu saptanmış olup incelenen değişkenlerin kaçınan bağlanma üzerinde etkisi bulunmamıştır.

Hazan ve Shaver (1990) kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin, iş yaşamlarının hem aile/eş yaşamlarını hem de sağlıklarını olumsuz biçimde etkilediğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte, yalnız çalışmayı en fazla oranda tercih eden grup, kaçınan bağlanma stiline sahip bireyler olmuş ve bu bireyler, iş yaşamlarının ailelerine (sosyal yaşama) ayıracak zaman bırakmadığını ve tatile

gitmenin de kendilerine zevk vermediğini belirtmişlerdir. Ayrıca, kaçınan bağlanma stiline sahip bireylerin, güvenli ve kaygılı bağlanma stiline sahip bireylerle karşılaştırıldıklarında, çalışma hayatında olmadıklarında (işsiz olduklarında) kendilerini en fazla oranda gergin/sinirli hisseden grup olduğu gözlenmiştir. Bu stile sahip bireylerin, işleriyle aşırı derecede ilgileniyor olmaları performans düzeylerinin artmasına yol açmakla birlikte aile yaşamlarını olumsuz bir biçimde etkilemektedir (Akt: Bal, 2007). Bulgulardan sosyal yaşantıyı etkileme durumunun korkulu ve saplantılı bağlanma stilleri üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı ve bu farkın etkilenmediğini ifade edenlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Feeney ve Noller (1990) yetişkin romantik ilişkilerin bir göstergesi olarak bağlanma stillerini konu aldığı ve 374 lisans öğrencisi üzerinde yürüttüğü araştırmada, bağlanma stilleri ile özsaygı arasında güçlü bir ilişki olduğu, güvenli bağlananların diğer stillerde bağlananlara göre özsaygı düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Sümer ve Güngör (1999) “Yetişkin bağlanma stillerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma” konulu çalışmalarında, benlik modeli olumlu olan güvenli bağlanma stiline sahip katılımcıların benlik saygısı ve benlik belirginliği değişkenleriyle anlamlı korelasyonlar sergilediği ancak benlik modeli olumsuz olarak tanımlanan saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma stiline sahip katılımcıların bu iki değişkenle olumsuz yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca kayıtsız bağlanma stiline sahip katılımcıların saplantılı stile sahip katılımcılardan anlamlı düzeyde daha olumlu benlik kavramına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada Türk ve ABD’li öğrenciler arasında yapılan karşılaştırma sonucunda Amerikalı öğrencilere kıyasla Türk öğrencilerin kendilerini daha az korkulu ve kayıtsız ve daha fazla saplantılı olarak tanımlama eğiliminde oldukları; erkek öğrencilerin kızlardan daha yüksek düzeyde kayıtsız bağlandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Bartholomew ve Horowitz (1991) de yaptıkları çalışmada, erkeklerin kayıtsız bağlanma düzeylerinin kızlardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Literatürün aksine bulgulardan da

görülebileceği gibi cinsiyet değişkeninin bağlanma stilleri üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür.

Sümer ve Güngör (1999) sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerini karşılaştırdıkları çalışmalarında elde ettikleri sonuçlar şu şekildedir: onaylanmama kaygısı ve başkalarını memnun etme isteği ile güvenli bağlanma stili arasında olumsuz yönde, korkulu ve saplantılı bağlanma stilleri ile olumlu yönde anlamlı olup, kayıtsız bağlanma stili ile arasındaki korelasyonlar anlamsızdır. Bağlanma stilleri ile ayrılık kaygısı arasında güvenli bağlanma stili ile olumsuz, saplantılı bağlanma stili arasında ise olumlu korelasyon mevcuttur. Korkulu ve kayıtsız bağlanma stilleri ile ayrılık kaygısı arasındaki ilişkiler anlamlı değildir. Yalnızlıktan hoşlanma ile bütün bağlanma stilleri arasındaki ilişkiler anlamlıdır. Bulgular incelendiğinde, hemodiyaliz hastalarının yüksek düzeyde sosyotropik-otonomik kişilik özelliğine sahip oldukları ve bağlanma düzeylerinin ise orta olduğu görülmüştür. Alt boyutlar dikkate alındığında, ayrılık kaygısı yaşayanlar ile özgür kişiliğe sahip olanlar ile korkulu bağlanan hastaların ortalamaları daha yüksektir.

Işınsoy (2003) ikili ilişki biçimi ve süresi ile bağlanma stilleri arasındaki bağlantıları belirlemek amacıyla yürüttüğü araştırmada, toplumsal cinsiyetin, kadın ve erkeklerin bağlanma stilleri üzerinde anlamlı etkisi olduğunu saptamıştır. İkili ilişkilerde kadınların kaçınan ve korkulu, erkeklerin ise güvenli bağlanma stili ile bağlandıkları bulunmuştur.

Saymaz (2003) üniversite öğrencilerinin kişilerarası ilişkiler ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, erkek öğrencilerin güvenli bağlanma stilleri ile benlik ve başkaları modeli boyutlarından kızlara oranla anlamlı düzeyde yüksek puanlar elde ettiği ve kız öğrencilerin korkulu bağlanma stili boyutunda erkek öğrencilere oranla anlamlı düzeyde yüksek puanlar elde ettiği sonucuna ulaşmıştır. Yaş değişkeni açısından bağlanma stilleri sonuçlarına bakıldığında; 22 yaş ve üzerindeki öğrencilerin, güvenli bağlanma stili ve benlik modeli boyutlarından diğer gruplara oranla anlamlı düzeyde yüksek puanlar elde ettikleri belirlenmiştir. Bulgularda yaşın saplantılı bağlanma üzerinde etkili olduğu bulunmuş olup orta yaş grubunda (50-59 yaş) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Morsünbül (2005) “Ergenlikte Kimlik Statülerinin Bağlanma Stilleri, Cinsiyet ve Eğitim Düzeyi Açısından İncelenmesi” konulu araştırmasında, bağlanma stillerinin cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda sadece korkulu bağlanma stili boyutunda farklılık saptamış, kızların korkulu bağlanma stili puanları erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Güvenli, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri boyutunda farklılık saptanmamıştır. Bağlanma stillerinin lisede veya üniversitede öğrenci olmaya göre karşılaştırılması sonucunda ise korkulu ve saplantılı bağlanma stilleri boyutunda anlamlı farklılık görülmüş olup üniversite grubunun puanları lise grubundan daha yüksektir. Bulgulardan üniversite mezunu olmanın kaçınan bağlanma stili dışındaki diğer bağlanma stilleri üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı, cinsiyetin ise etkili olmadığı görülmüştür. Literatür çalışmasında cinsiyetin çoğunlukla bağlanma stilleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Onur (2006) lisede okuyan 479 öğrenci üzerinde yürüttüğü çalışmada liseli ergenlerin bağlanma stilleri cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermekte olup, güvenli bağlanma alt boyutunda erkekler lehine; korkulu bağlanma, saplantılı bağlanma, kaygılı bağlanma alt boyutlarında ise kızlar lehine anlamlı fark bulunmuştur. Yaş değişkeni incelendiğinde ise, güvenli bağlanma alt boyutunda yaş gruplarına göre anlamlı bir fark yok iken korkulu bağlanma, saplantılı bağlanma ve kayıtsız bağlanma alt boyutlarında 18 yaş ve üstü grupta anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Damarlı (2006) “Ergenlerde Toplumsal Cinsiyet Roller, Bağlanma Stilleri Ve Benlik Kavramı Arasındaki İlişkiler” konulu çalışmasında, katılımcıların bağlanma stilleri karşılaştırıldığında benlik kavramları bakımından anlamlı farklılıklar gösterdiği, güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin, korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanan bireylere göre daha olumlu benlik kavramına sahip olduğunu saptamıştır. Ayrıca araştırma bulgularında, benlik kavramı açısından bakıldığında olumlu benlik kavramına sahip ergenlerin olumsuz benlik kavramına sahip ergenlerden daha güvenli bağlandıkları, olumsuz benlik kavramına sahip bireylerin korkulu ve saplantılı bağlanma düzeylerinin olumlu benlik kavramına sahip bireylerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benlik kavramının kayıtsız bağlanma stili üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisine ise rastlanmamıştır.

İlhan ve Özdemir (2012) Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nin çeşitli bölümlerinde okuyan 406 öğrenci üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, bağlanma stillerinin kimlik statüleri üzerindeki yordayıcı güçlerinin genel anlamda beklentilerle uyumlu olduğunu saptamıştır. Cinsiyet ve yaş değişkenlerinin etkileri kontrol edildiğinde başarılı kimlik statüsü, güvenli bağlanma ve saplantılı bağlanma tarafından anlamlı ve olumlu yönde yordanırken, cinsiyetin etkisi kontrol edildiğinde sadece güvenli bağlanmanın anlamlı yordayıcı olduğu görülmüştür. Bulgularda da görüleceği gibi üniversite mezunu ile hiç evlenmemiş hemodiyaliz hastalarının güvenli bağlanma ortalama puanlarının diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yürütülen araştırmadan elde edilen bulgular, genel olarak özetlenmiş ve sonuçlara ilişkin öneriler getirilmeye çalışılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçların daha önce yapılan araştırmalarla tutarlılık gösterdiği saptanmıştır. Farklılıkların ise katılımcı profili ve sayısı ile metotdan kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin ele alındığı, hasta gruplarının çeşitlendirildiği karşılaştırmalı çalışmalar yapılarak ölçekler arasındaki ilişki farklı değişkenlerle değerlendirilmelidir.

Yapılan literatür taramasında sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerine ilişkin araştırma sayısı sınırlı olmakla birlikte sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır. Bu araştırmada, hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri üzerindeki etkisi ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasını kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastaların yaş aralığı 20-89 arasında değişmekte olup, 50-59 yaş aralığındaki hastalar çoğunluktadır. Hastaların yarısından fazlası evli olup yarısına yakını ilköğretim mezunudur. Meslek durumlarına bakıldığında, yarıya yakınının ev hanımı olduğu görülmüştür. Ailelerinin çoğunlukla beş ve üzeri bireyden oluştuğu, ortalama aylık gelirlerinin 501-1000 TL arasında değiştiği bulunmuştur. Hastaların büyük bir kısmının gelir getiren bir işi bulunmadığı, çoğunluğunun ise sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

Hastaların büyük bir çoğunluğu hastalıklarının sosyal yaşantılarını ve aile içi rollerini etkilediğini ifade etmiştir. Yedi yıl ve üzeri süre tedavi gören ve haftada üç gün diyalize giren hastalar çoğunluğu oluşturmaktadır. Hastaların çoğu hastalıkları

hakkında bilgi sahibidirler. Hemodiyaliz seanslarında boş zamanlarını değerlendirme durumlarına bakıldığında ise yarısına yakınının diğer hastalarla konuştuğu belirlenmiştir.

Sosyotropik kişilik özelliklerinden ayrılık kaygısı alt ölçeğine ilişkin sonuçları incelendiğinde; tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu ile cinsiyet değişkenlerinin ayrılık kaygısı üzerinde önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür ($p<0.05$). Başkalarını memnun etme alt ölçeğini etkileyen değişkenler dikkate alındığında, üniversite mezunu olma ve hastalığın sosyal yaşantılarını etkileme durumunun başkalarını memnun etme üzerinde belirleyici bir etkisi gözlenirken, tedavi süresi, yaş, medeni durum, ailedeki birey sayısı ile cinsiyet değişkenlerinin farklılık göstermediği saptanmıştır. Evli ve üniversite mezunu olma ve hastalığın sosyal yaşantılarını etkileme durumunun onaylanmama kaygısı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Yaşın onaylanmama kaygısı üzerinde önemli bir belirleyici olduğu, 80-89 yaş aralığındaki hastaların ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu saptanmıştır

Yedi yıl ve üzeri süre tedavi görme, hiç evlenmemiş olma ve sosyal yaşantının etkilenmesi otonomik kişilik özelliklerinden özgürlük alt ölçeği üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında, farklılığın okur-yazar olmayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. 80-89 yaş aralığındaki hastaların ortalama puanlarının diğerlerinden daha düşük olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı alt ölçeği incelendiğinde, 30-39 yaş aralığında olan hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları eğitim düzeyi arttıkça başarı eğiliminin arttığını ve sosyal yaşantıyı etkilemediğini ifade edenlerin başarı üzerinde farklılık yarattığını göstermektedir. 30-39 yaş aralığında ve ortaokul mezunu olma ile hastalığın sosyal yaşantıyı etkilememe durumunun yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeği üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların bağlanma stilleri değerlendirildiğinde, üniversite mezunu olma ve hastalığın sosyal yaşantılarını etkilememe durumunun korkulu bağlanma alt ölçeği üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Güvenli bağlanma üzerinde bir yıldan az süredir tedavi görenin etkili olduğu belirlenmiştir. Hiç evlenmemiş ve üniversite mezunu olma güvenli bağlanma üzerinde belirleyici olan

diğer değişkenlerdir. Kaçınan bağlanma üzerinde etkili olan değişken bulunmamakla birlikte ortalama puanlar incelendiğinde, yedi yıl ve üzeri süre tedavi gören, 30-39 yaş aralığında olan, hiç evlenmemiş, dört kişilik ailede yaşayan, üniversite mezunu, sosyal yaşantı durumlarının etkilenmediğini ifade eden hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların saplantılı bağlanma alt ölçeğine yönelik değerlendirmelerinin yaşa, eğitim düzeyine ve hastalığın sosyal yaşantıyı etkileme durumuna göre değiştiiği ($p<0.05$), farklılığın 20-29 yaş aralığında, üniversite mezunu olanlar ile sosyal yaşantılarının etkilemediğini ifade edenlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasında önemli düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hemodiyaliz hastalarının sosyotropi-otonomi ölçeği ile bağlanma stillerinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, hastaların ayrılık kaygısı yaşadıkları, özgür kişilikte oldukları ve saplantılı bağlanma stiline sahip oldukları belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara ilişkin öneriler:

- Hemodiyaliz hastaları hastalıkları nedeniyle pek çok stresörle karşılaşmakta bu durum sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, hemodiyaliz hastalarının diyaliz makinasına bağımlı olmaları dışında, kendi tedavi süreçlerinde başkalarının bakımına muhtaç olduklarına dair inancı sahiptirler ve hastalıkları nedeniyle pek çok stresörle karşılaşmaktadırlar. Bu aşamada, sağlık kurumlarında görev yapan sosyal hizmet uzmanları, hemodiyaliz hastalarının sosyal işlevselliğinin geliştirilmesi, baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşanan sorunların çözümlenmesi amacıyla hasta ve hasta yakını ile psiko-sosyal çalışma yapılmalıdır.
- Hastanın daha etkili bir tedavi almasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında endişe ve kaygılarının giderilmesi için hem hastanın hem de hasta yakınının hastalık süreci ile hastanın içinde bulunduğu stresli döneme ilişkin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

- Hemodiyaliz ünitelerinde tam zamanlı çalışmak üzere sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmeli, verimli ve etkin çalışmaları için gerekli koordinasyon sağlanmalıdır.
- Sosyal hizmet bölümlerinde “tıbbi sosyal hizmet” dersi kapsamında yaygın hastalıklar odağında klinik sosyal hizmet uygulamaları ile ilgili ayrıntılı eğitim verilmeli, uygulama dersleri yoğunlaştırılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı’nda tıbbi sosyal hizmet çalışmalarını yürüten Daire Başkanlıkları tarafından; hemodiyaliz, acil, onkoloji, psikiyatri vb. öncelikli kliniklerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları alanda uzmanlaşmasına yönelik eğitim programı hazırlanmalı, klinik sosyal hizmet uygulamalarının aktif ve sistemli işleyişi sağlanmalıdır.
- Araştırmaya katılan hastalar arasında yoksulluğun belirgin bir sorun olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda hastaların ihtiyaç duyduğu kaynaklara erişimi için yerel yönetimler ile sivil toplum kuruluşları arasında daha fazla işbirliği sağlanmalıdır.
- Araştırma bulgularına göre hemodiyaliz hastalarının çoğu çalışma yaşamına katılamamaktadır. Hastaların kapasiteleri oranında istihdam edilmeleri için meslek danışmanlığı programları oluşturulabilir.
- Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz seansı sırasında zamanlarını yararlı değerlendirmeleri ve sosyal işlevselliklerini arttırmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanının koordinasyonunda sosyal aktiviteler (film gösterimi, müzik dinletisi, tiyatro gösterimi vb.) planlanmalıdır.
- Hemodiyaliz hastalarının sahip oldukları kişilik özelliklerinin tedaviye uyumu etkileyeceği düşünüldüğünde, hastaların bağlanma stillerine göre bireysel müdahale planlarının hazırlanması ve hastanın güvenli ilişkiler kurmasının sağlanması için bağlanma stillerinin belirlenmesi son derece önemlidir.
- Bağlanma-odaklı çalışma yapan meslek elemanları ve bu alanda çalışan akademisyenler için; bağlanma teorisinin kişilerarası dinamikleri nasıl açıkladığı, bazı gelişimsel dönemlerin bağlanma ilişkilerini değerlendirmede ne tür sınırlılıklar getirdiği, bu ilişkiler değerlendirilirken sosyal, çevresel, kültürel ve örgütsel bağlanmanın neler getirdiği ve bağlanma odaklı bir

Çalışma yapmanın ne tür sonuçlar doğurabileceğinin sorgulanması pratik uygulamalar için yol gösterici olacaktır.

- Hemodiyaliz merkezlerinde hasta ve hasta yakınlarına uygulanması gereken psikososyal programlarda, hastaların tedaviye uyumlarını artırmak ve genel olarak yaşam kalitelerini yükseltmek hedeflenebilir.
- Sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin farklı yöntemlerle farklı gruplar üzerinde uygulanması, kişilik özellikleri ile bağlanma stillerinin dinamiklerini açıklamak adına gelecek çalışmalar için bir alan oluşturacaktır.

ÖZET

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerini, sosyo-demografik özelliklerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri üzerindeki etkisini ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Ankara ili sınırları içinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerde hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan toplam 202 hasta (115 kadın, 87 erkek) araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma materyalinin toplanmasında anket tekniği kullanılmıştır. Anket formu, sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgileri belirlemeye yönelik “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Sosyotropi-Otonomi Ölçeği” ile Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen ve Sümer ve Güngör (1999) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “İlişki Ölçekleri Anketi” olmak üzere üç aşamadan oluşmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık sürecine ilişkin bilgilerinin mutlak ve yüzde değerlerini gösteren dağılımları yapılmıştır. Araştırmada, hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stillerine ilişkin her bir alt faktör üzerinde cinsiyet durumuna göre t-testi; tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ailedeki birey sayısı, sosyal yaşantıya etki durumuna göre tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin saptanabilmesi için pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca ölçekler aritmetik ortalama ve standart sapma, minimum, maksimum ve medyan değerler olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve bağlanma stilleri alt ölçekleri üzerinde tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal yaşantıya etki durumu değişkenlerinin etkili olduğu saptanmıştır. Saplantılı bağlanma, ayrılık kaygısı ve kaçınan bağlanma alt ölçekleri haricinde hastaların sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: Bağlanma Stilleri, Hemodiyaliz, Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliği, Tıbbi Sosyal Hizmet.

ABSTRACT

Investigating the relationship between sociotropic-autonomic personality traits and attachment styles of hemodialysis patients

This research was planned and conducted to investigate the socio-demographic characteristics of hemodialysis patients, its effects on sociotropic-autonomic personality traits and attachment styles, and the relationship between sociotropic-autonomic personality traits and attachment styles. A total sample of 202 hemodialysis patients (115 female, 87 male) with chronic renal failure were selected by a simple random sampling method from the hospitals in Ankara attached to the Public Hospitals Authority Turkey

In gathering the research materials were used to questionnaire technique. The questionnaire was composed of three phases. "Socio-Demographic Information Form" were used to determine the information about socio-demographic characteristics and disease process of patients. Sociotropy-autonomy traits were measured using a Likert scale developed by Beck and et.al. (1983) and adapted to Turkish by Şahin and et.al.(1993). Attachment styles were measured using "Relationship Scale Survey" developed by Griffin ve Bartholomew (1994) and adapted to Turkish by Sümer ve Güngör (1999).

The frequencies and descriptive statistics were computed for indicating the socio-demographic characteristics and the disease process of the patients. The t-test analysis was performed for each subscales of sociotropy-autonomy traits and attachment styles determining the differences by gender and one way variance analysis (ANOVA) was applied by duration of treatment, age, marital status, education level, number of family members, and impact on social life. Pearson Correlation was calculated to find out the relationship between sociotropic-autonomic personality traits and attachment styles of hemodialysis patients. Besides, all scales were evaluated as mean scores, standard deviation, and minimum, maximum and median value.

It was found that duration of treatment, age, marital status, education level, impact on social life had a significant relationship with each sub-scales of sociotropic-autonomic personality traits and attachment styles. There was a statistically important, positive and medium correlation between sociotropic-autonomic personality traits and attachment styles of

hemodialysis patients ($p < 0.05$) except for preoccupied attachment, concern about separation and dismissing attachment sub-scales.

Key Words: Attachment Styles, Hemodialysis, Sociotropic-Autonomic Personality Traits, Medical Social Work.

KAYNAKLAR

AINSWORTH, M., BLEHAR, M., WATERS, E., WALL, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

AKBAĞ, M. ve İMAMOĞLU, S.E. (2010). Cinsiyet ve bağlanma stillerinin utanç, suçluluk ve yalnızlık duygularını yordama gücünün araştırılması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 10(2): 651-682.

AKIN, M. (2012). Günümüzde Kullanılan Nihai Tüketicinin Satın alma Davranış Modelleri. *Pazarlama Dünyası Dergisi*, Sayı:68.

AKPOLAT, T., UTAŞ, C. (1997). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Matbaası. Kayseri.

AKPOLAT, T., UTAŞ, C. (2001). Böbrek yetmezliği: Genel Bilgiler. Akpolat T, Utaş C, ed. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri: Anadolu Yayıncılık.1-10.

ALFORD, B.A., GERRITY, D.M. (2003). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 59:1069-1075.

ARAPASLAN, B., SOYKAN, A., SOYKAN, C., KUMBASAR, H. (2004). Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: a preliminary study. *Transplantation Proceedings*, 36: 1419-1421.

ARIKAN, E, CAN, G. (2009). Hemodiyaliz Hastalarının Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Sorunları ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi.

ARGON, G.(2002). Kronik Hastalıklara Uyum, Kronik Hastalıklarda Bakım. İnter Tıbbi Yayıncılık. İzmir.

ARSLANTAŞ, H., ERGİN F. (2011). 50–65 Yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 14: 135-44.

ATALAY, E., KARADAĞ, A., GÖÇMEN, Z. (2005). Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sosyotropi-Otonomi Düzeyleri. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Ordu. Türkiye; Kongre Özet Kitabı: 30.

BABADAĞ, K. (2001). Meslekleşme ve Kadın. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya. Kongre Kitabı: 35-39.

BAHAR, A., SAVAŞ, A., YILDIZGÖRDÜ, E., BARLIOĞLU, H. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:287-292.

BAKSHSHANI, N. M. (2007). Role of Personality Styles (Sociotropy/Autonomy) and Moderating Effects of Social Support in Clinically Depressed Patients. *Journal of Medical Sciences*, 7: 106-110.

BAL, H. (2007). Bağlanma Stilleri, Cinsiyet Roller ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin.

BALDREE, K.S., MURHPY, S.P., POWERS, M.J. (1982). Stress Identification and Coping Patterns in Patients on Hemodialysis. *Nursing Research*, 31(2):107-112.

BALOĞLU, B. (2006). Sağlık ve Hastalık. Der Yayınevi, İstanbul.

BANDURA, A. (2001). A Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

BARKER, R.L. (1999). *The social work dictionary*. (Dördüncü Baskı). Washington DC: Nasw Press.

BARTHOLOMEW, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7: 147-178.

BARTHOLOMEW, K. and HOROWITZ, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-241.

BAYDOĞAN, M., DAĞ, İ. (2008). Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):19-28.

BECK, A.T., EPSTEIN, N., HARRISON, R.P., EMERY, J. (1983). Development of the Sociotropy–Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Philadelphia: University of Pennsylvania.

BECK, A.T. (1987) Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1 (1): 5-37.

BIELING, P.J., BECK, A.T., BROWN, G.K. (2000). The sociotropy–autonomy scale: Structure and implications, *Cognitive Therapy and Research*, 24(6): 763–780.

BOROĞLU YATANGAÇ, F. (2010). Kişilik Özelliklerine Bağlı Olarak Hemşirelik Ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Çalışacağı Uzmanlık Alanlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Adana.

BOWLBY, J. (1973). Attachment and Loss: Vol. 2 Separation, Anxiety, and Anger. Basic Books. 345-380:New York.

BOWLBY, J (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.

BRETHERTON I. (1992) The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28: 759-775.

BRICKMAN, A.L., YOUNT, S.E., BLANEY, N.T., ROTHBERG, S., DE-NOUR, A.K. (1996). Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 18: 36-43.

CAMPOS, J.J., BARRETT, K.C., LAMB, M.E., GOLDSMITH, H.H. ve STENBERG, C. (1984). *Handbook Of Child Psychology*. John Wiley & Sons.

CAN, Y. (2007). A Ve B Tipi Kişilikler Bakımından Mobbing-Kişilik İlişkisinin İncelenmesi Ve Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kocaeli.

CEBECİ, O. (2004). *Psikanalitik Edebiyat Kuramı*. İthaki Yayınları. 1. Baskı. İstanbul.

CEYLAN, M., TEKİN, A., ÖZDAĞ, S., CEYLAN, Ö. (2010). Uçurtma ve Rüzgar Sörfü Yapan Bireylerin Bazı Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Kickboks Federasyonu Spor Bilimleri Dergisi*, Volume: 2, Sayı:2. ISSN: 1309-1336.

CİMİLLİ, C. (1994). Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3 (3), 88-82.

CİRHİNLİOĞLU, Z. (2010). *Sağlık Sosyolojisi*. Nobel Yayınevi.

CLARK, D.A., OATES, T. (1995), Daily hassles, major and minor life events, and their interaction with sociotropy and autonomy. *Behavior research and therapy*, 33(7); 819-823

COMBS, C. (2006). What Personality Test Scores Reveal About an Individual's Performance Level And Job Fit. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. State University of New York. New York.

CRAVEN, J.L., RODIN, G.M., JONHSON, L. (1989). The diagnosis of major depressin in renal dialysis patients. *Psychosom Med*, 49: 482-492.

CÜCELOĞLU, D. (1991). İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi. 2. Basım. İstanbul.

CÜCELOĞLU, D. (2007). İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi. 16. Basımı. İstanbul.

ÇALIŞIR, M. (2009). Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:24-255.

ÇELİK, Ş. (2004). Bağlanma Yönelimli Psikoeğitim Grup Programının Saplantılı Bağlanma Biçimine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Biçimleri Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

ÇELİK, H., ACAR, T. (2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1): 23-27.

ÇETİN, A. (2008). Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ile Depresyon. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

ÇETİN, N.B. ve BECEREN, E. (2007). Lider Kişilik: Gandhi. Süleyman Demirel Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:5: 110–132.

ÇETİNKAYA, S., NUR, N., AYAZ, A., ÖZDEMİR, D. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları, 45(3):78- 84.

DADALI, Z. (2009). Hemodiyaliz Ve Prediyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi. İstanbul.

DAL, V. (2009). Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.

DAMARLI, Ö. (2006). Ergenlerde Toplumsal Cinsiyet Roller, Bağlanma Stilleri ve Benlik-Kavram Arasındaki İlişkiler, Yüksek Lisan Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji(Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı. Ankara.

DAUGIRDAS, J.T., BLAKE, P.G. (2003). Ing TS. Diyaliz El Kitabı. Bozfakıoğlu S (Çeviren). 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi.

Davranış Bilimleri Enstitüsü. Kişilik Testleri.Erişim:(http://www.dbe.com.tr/trTR/Content/Yetiskin_ve_Aile/Uygulanan_Psikolojik_Testler_ve_Envanterler/Kisilik_Testleri.aspx). Erişim Tarihi: 13.11.2013

DEDE, B. (2009). Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerinde Etkileri: Bankalar Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Trabzon.

DEMİRCİ, M.K., ÖZLER, D.E., GİRGİN, B. (2007). “Beş Faktör Kişilik Modelinin İşyerinde Duygusal Tacize (Mobbing) Etkileri–Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama”. Journal of Azerbaijani Studies, Vol. 10, 13-39.

DENİZ, A. (2007). Kişilik Özellikleri İle Algılanan Risk Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Erzurum.

DE-NOUR, A.K. (1982). Social Adjustment of Chronic Hemodialysis patients. *American Journal of psychiatry*, 139 1 p 99-97.

DEUTSCH, M., KAUSS, R.M. (1972). Les Theories en Psychologie Sociale, Mouton, Paris, s.155-169 Çeviren Onur, B., Psikoseksüel Gelişim Evreleri.

DEVELİOĞLU, K., TEKİN, Ö.A. (2013). Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ve Yabancılaşma Arasındaki İlişki: Beş Yıldızlı Otel Çalışanları Üzerine Bir Uygulama. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. C.18, S.2, s.15-30.

DİKMEN, Ç. (1999). Organizasyonel Öğrenme ve Öğrenen Organizasyonlar. *İ.Ü.İşletme Fakültesi Yönetim Dergisi*. Yıl:10, Sayı 34, s.56-57.

DOĞAN, H. (2010). Evli Bireylerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleriyle Evliliklerinde Çatışma Yaşama Durumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana.

DUYAN, V. (1996). Sağlıkta psikososyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet). Ankara: 72TDF0 Ltd.

DUYAN, V. (1997). Sosyal grup çalışması uygulamasının ortopedi hastalarının kişisel ve sosyal uyum düzeylerine etkisi. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.

DUYAN, V. (2003). Hastaların karşılaştıkları sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*. 25 (4), 39-43.

DUYAN, V., SAYAR, Ö.Ö., ÖZBULUT, M. (2008). Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak. Öncü Basımevi. 1. Baskı. Ankara.

ERDEM, Y. ARICI, M. (1998). Kronik Böbrek Yetmezliği. İç Hastalıkları El Kitabı. Editör. Abdurrahman Kadayıfçı . Ankara.

EROĞLU, F. (1996). Davranış Bilimleri. Beta Yayınları. 3.Baskı. İstanbul. s.138.

ERÖZKAN, A. (2004). Lise Öğrencilerinin Sosyal Karşılaştırma ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Muğla Üniversitesi DBE Dergisi*, Sayı 13.

FEENEY, J., & NOLLER, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58,281-291.

FEIST, J. (1990). Theoris of Personality, Holt Rinehart, and Winston, inc. Saunders Collage Pupliching, Second Edition, United State of America. s.15.

FEYZİOĞLU, S.E. (2008). Bağlanma Stilleri, Problem Çözme Becerileri Ve Hükümlülük Özellikleri Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Disiplinlerarası Adli Tıp Anabilim Dalı. Ankara.

FRIEDLANDER, W. (1963). Concepts and methods of Social Work. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

GANDER, M.J. ve GARDINER, H.W. (1995). Çocuk Ve Ergen Gelişimi, (Yay. Haz.: Bekir Onur). Ankara: İmge Kitapevi.

GEÇTAN, E. (1990). Psikanaliz ve Sonrası. 4.Basım. Remzi Kitabevi. İstanbul.

GEÇTAN, E. (1993). Psikanaliz ve Sonrası. (7.baskı), İstanbul: Remzi Kitabevi

GEÇTAN, E. (2000). Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar (15). Remzi Kitabevi. İstanbul.

GEÇTAN, E. (2004). Psikanaliz ve sonrası. İstanbul: Metis Yayınları.

GİRGİN, B. (2007). “Beş Faktör Kişilik Modelinin İş Yerinde Duygusal Taciz’e (Mobbing) Etkileri. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Kütahya.

GOLDSMITH, H. H. (1983). “Genetic Influences on Personality from Infancy to Adulthood”, Child Development, Vol: 54, s.331-355.

GOODWORTH, C. (1988). The Secrets Of Successful Leadership And People Management. London:Heinemann Pub. Ltd.,s. 35.

GORT, A.A. (2010). “The Big Five Personality Scale: The Best Method To Evaluate Applicants”, (Basılmamış Kısmi Yüksek Lisans Projesi, College of St. Scolastica, Duluth).

GÖÇENER, D. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Güvenli Bağlanma Düzeyleri ile Kişilerarası İlişki Tarzları Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara.

GÖLGELİ, H., ÖZALTIN, G. (2005). Diyaliz Hastalarındaki Cinsel İşlev Sorunları Ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 14(1): 132.

GRIFFIN, D.W. and BARTHOLOMEW, K. (1994). The Metaphysics of Measurement: The Case of Adult Attachment. In K. Bartholomew & D. P. Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships: Attachment Processes in Adult Relationships* (Vol. 5). London: Jessica Kingsley.

GÜREL, N.(2011). Kişilik Psikolojisi, Önyargının Psikolojisi Ve Kamuoyu: Gordon Allport Ve Walter Lippmann'ın Görüşleri Çeşevesinde Bir Değerlendirme. Ankyra: *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2).

HABERAL, M. (1978). Türkiye'ye Dıştan Gelen Böbrekler. Türkiye Diyaliz ve Transplantasyon Bülteni 1: 4.

HALL, C. S. and NORDBY, V.J. (1999). A primer of Jungian psychology, New York: Plume Publications.

HAZAN, C. and SHAVER, P.R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511-524.

HAZAN, C. and SHAVER, P.R. (1990). Love and Work. An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 270-280.

HAZAN, C. and SHAVER, P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5: 1-22.

HAZAR, Ç.M. (2006). Kişilik ve İletişim. Selçuk İletişim. 4,2, 125-140.

JUNG, C. G. (1992). Two essays on Analytical Psychology, London: Routledge.

ISIR, T. (2006). Örgütlerde Personel Seçme Süreci: Bir Kamu Kuruluşundaki Yönetici Personelin Kişilik Özelliklerinin Tespit edilerek Personel Seçim Sürecinin İyileştirilmesi Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana.

İŞINSU, M. (2003). İkili İlişki Biçimi Ve Süresi İle Bağlanma Stilleri Arasındaki Bağlantılar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

İLHAN, T., ÖZDEMİR, Y. (2012). Beliren Yetişkinlerde Yaş, Cinsiyet Ve Bağlanma Stillerinin Kimlik Statüleri Üzerindeki Yordayıcı Rolü. *Dicle Üniversitesi. Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19: 227-241.

İNANÇ, B. ve YERLİKAYA, E. (2010) . Kişilik Kuramları 3. Baskı. Pegem Akademi Yayınları. Ankara.

İNANÇ, B., YERLİKAYA, E.E. (2012). Kişilik Kuramları. 6. Baskı. Pegem Akademi. Ankara

İNCE, E., ÇİFTER, İ. (1997). Uzun Süreli Hemodiyaliz Hastaları İle Romatoid Artrit Tanısı Almış Hastaların Ruhsal Bozukluklar Açısından Karşılaştırılması. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. Kongre Kitabı. S Özkan (Ed). İstanbul: s. 326-331.

KABAKÇI, E. (2001). Üniversite öğrencilerinde Sosyotropik/Otonomik kişilik özellikleri, yaşam olayları ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4): 273-282.

KARA, B., AKBAYRAK N. (2005). Hemodiyalizle Yaşam: Stres ve Başetme. *Sağlık ve Toplum*, Sayı:4 Ekim-Aralık.

KARABULUTLU E., TAN M., ERDEM N., OKANLI A., (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.

KARADENİZ, G., ALTIPARMAK, S., MARUL, G., MUSLU, H. (2005). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar Ve Danışmanlık Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2): 29-36.

KARAGÖZOĞLU, Ş., ARIKAN, A., İNAN, N., HÖYÜK, Z.G. (2013). Huzurevinde kalan yaşlıların benlik saygısı, otonomi düzeyleri ve iki değişken arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35:152-165.

KARASAR, N. (2002). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

KARATAŞ, H. ve ÖZTÜRK, C. (2009). Sosyal Bilişsel Teori İle Zorbalığa Yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. Erişim: (http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18283/61-74_pdf.pdf). Erişim tarihi: 17.03.2014

KAŞLI, M. (2009). Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi Ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ve Otelcilik Anabilim Dalı. Balıkesir.

KAYA, N., AŞTI, T., ACAROĞLU, R., KAYA, H., ve ŞENDİR, M. (2006). Hemşire öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10 (3).

KAYA, M., DEMİR, Y. (2012). Hemodiyaliz Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Gözden Geçirme. Cilt 2, Sayı 3.

KERLINGER, F.N. 1973. Foundation of behavioural research. (Second edition). Holt, Rinehart and Winston. New York.

KIMMEL P.L., THAMER M., RICHARD, C.M., RAY, N.F. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*, Sep, 105(3): 214-221.

KÖKNEL, Ö. (2005). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. Altın Kitaplar Yayınevi. 17.Basım, Ankara.

KRESPI, M.R., BONE, M., AHMAD, R., WORTHINGTON, B., SALMON, P. (2008). Haemodialysis patients' evaluation of their lives. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19, 365-372.

KUYUMCU, B. (2011). Evli Kişilerde Gestalt Temas Biçimleri ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 5.

LEVENDOĞLU, F., ALTINTEPE, L. ve UĞURLU, H. (2004). Yaşlı hemodiyaliz hastalarında disabilite, depresyon ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4):195-198.

LUTHANS, F. (1995). *Organizational Behavior*, New York: McGraw Hill Co.

MACKINNON, J. L., & MARCIA, J. E. (2002). Concurring patterns of women's identity status, attachment styles, and understanding of children's development. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 70-80.

MAIN, M., GEORGE, C., KAPLAN, N. (1985). The Berkeley Adult Attachment Interview: Yayınlanmamış protokol. University of California, Berkeley.

MALAK, B., ÜSTÜN, B. (2011). Hemşirelerin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-16.

MASTERSON, J.M. (2008). Bağlanma kuramı, nesne ilişkileri kuramı ve nörobiyolojik kendilik gelişimini bütünleştirme. J.F. Masterson (Ed.) Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları (Çev.: H. Şentürk) adlı eserin içinde ss.14-38, İstanbul: Litera Yayıncılık.

MCBRIDE, C., BACCHIOCHI, J.R. ve BAGBY, M. (2004). Gender differences in the manifestation of Sociotropy and Autonomy Personality traits. *Personality and Individual Differences*.

MCCOOL, M., JOHNSTONE, S., SLEDGE, R., WITTEN, B., CONTILLO, M., AEBEL-GROESCH, K., HEFNER, J. (2011). The Promise of Symptom-targeted intervention to manage depression in dialysis patients. *Nephrology News& Issues*, 32-37.

MCCRAE, R.R. ve COSTA, P.T. (2006), “A Five-Factor Theory Perspective on Traits and Culture”. *Psychologie Française*, 51, 227-244.

MERDAN, E. (2013). Beş Faktör Kişilik Kuramı İle İş Değerleri İlişkinin İncelenmesi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma. Gümüşhane Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, Sayı:7.

METE, F. (1998). Hemodiyaliz hastalarında ruhsal durum değerlendirmesi ve psikolojik yardımın hastalığın seyri ve tedavi süreci üzerine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Trabzon.

Milli Eğitim Bakanlığı (2013). Hasta Ve Yaşlı Hizmetleri Alanı, Hasta Psikolojisi. Ankara. Erişim: (http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf). Erişim Tarihi: 10.02.2014.

MITCHELL, S.A. (2000). *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*. The Analytic Press.

MOLLAOĞLU, M. (2006). Perceived social support, anxiety and self care among patients receiving hemodialysis. *Dialysis ,Transplantation*, 35 (3), 144-155.

MORRIS, C.G. (2002). *Understanding psychology*. (Çev.) Ayvaşık H.B., Sayıl M, (1), Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

MORSÜNBÜL, Ü. (2005). *Ergenlikte Kimlik Statülerinin Bağlanma Stilleri, Cinsiyet Ve Eğitim Düzeyi Açısından İncelenmesi*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

MUTLU, E. (2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları Ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Ankara.

OKANLI, A., ERDEM, N., YILMAZ, E. (2008). Hemodiyaliz Hastalarında Duygu Kontrolü ve Etkileyen Faktörler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9:156-161.

ONUR, N. (2006). *Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri İle Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

OTACIOĞLU, S.G. (2008). Müzik Öğretmenlerinin Sosyotropik ve Otonomik Kişilik Özellikleri İle Depresyon Düzeyleri Üzerine İlişkisel Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1): 35-50.

OVAYOLU, N., UÇAN, Ö., PEHLİVAN, S., YILDIZGÖRDÜ, E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye ve Diyetle Uyumluları İle Bazı Kan Değerleri Arasındaki İlişki. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:4.

ÖKTEM, Ş., TURGUT, H., TOKMAK, İ. (2013). Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonuna Etkisi: Ankara’da Bulunan Konaklama İşletmelerinde Yapılan Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 79-92.

ÖZARSLAN, M. (2010). Örgütlerde İş Tatmini Ve Kişilik Tipi İlişkisi: Vali Yardımcılarına Yönelik Kuramsal Ve Uygulamalı Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı (basılmamış doktora tezi). Konya.

ÖZBESLER, C., ve İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(2).

ÖZCAN, Y., BAŞTÜRK, M., ASLAN, S.S., UTAŞ, C. (2000). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7: 333-7.

ÖZÇÜRÜMEZ, G., TANRIVERDİ, N. , ZİLELİ, L. (2003). Kronik Böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (1), 72-80.

ÖZDEVECİOĞLU, M. (2002). Kamu ve Özel Sektör Yöneticileri Arasındaki Davranışsal Çalışma Koşulları ve Kişilik Farklılıklarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 19. Temmuz-Aralık. ss.115-134.

ÖZKALP, E., KIREL, Ç. (2001). Örgütsel Davranış. T.C. Anadolu Üniversitesi. Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayın No:149. Eskişehir: s.88.

ÖZKALP, E., ARICI, H., BAYRAKTAR, R., AYDIN, O., ERKAL, B., UZUNÖZ, A. (2004). Davranış Bilimlerine Giriş. 3. Baskı. Anadolu Üniversitesi. Eskişehir.

ÖZKAN, S. (1993). Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. Roche, İstanbul: 187-190.

PATEL, S.S., PETERSON, R.A. , KIMMEL, P.L. (2005). The impact of social support on end stage renal disease. *Seminars in Dialysis*, 18 (2), 98-102.

PERDECİ, Z., ATEŞ, M.A., ALGÜL, A. (2012). Transplantasyon Ve Psikiyatri. Nobel Med, 8(1):16-23

PETRIE, K. (1989). Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal tansplant patients. Br J Med Psychol, 62:91-96.

PLOMIN, R. and NESSELROADE, J. R. (1990). “Behavioral Genetics and Personality Change”. Vol:58. No:1, s.191-220.

ROACH, P. D. (2006). “Evolutionary Theory and Birth Order Effects on Big Five Personality Traits Among the Shuar of Amazonian Ecuador: The First Cross-Cultural Test”. Doctorate Dissertation, University of Oregon, Oregon.

ROSS, S.R., RAUSCH, M.K., CANADA, K.E. (2003). Competition and Cooperation in the Five-Factor Model: Individual Differences in Achievement Orientation. *The Journal of Psychology*, 137(4), 323-337.

SAĞDUYU, A., ERTEN, Y. (1998) Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(1): 13-22.

SALEHNIA, M. (2000). “Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme”. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. İstanbul.

SATO, T., MCCANN, D. (1998). Individual diference in relatedness and individuality: An exploration of two constructs. *Pers Indiv Differ*, 24: 847–859.

SAYMAZ, İ. (2003). Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası İlişkileri ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

SCHIFFMAN, L.G., KANUK, L.L. (2004). Consumer Behavior, International Edition, Eighth Edition, Pearson Prentice HALL. United States of America. s.120.

SCHULTZ, D.P. and SCHULTZ, S.E. (2007). Modern Psikoloji Tarihi. Kaknüs Yayınları. 1.Basım. Türkçesi: Yasemin Aslay, İstanbul, s.580.

SENSKY, T., LEGER, C. and GILMOUR, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1):36-42.

SERİNKAN, C. ve BARUTÇU, E. (2006). Pamukkale Üniversitesi İİBF Öğrencilerinin Kariyer Planları Ve Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özelliklerine İlişkin Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF. Dergisi*, C.VIII, 2.

SEZER, M.T. (2001). Hemodiyaliz hekimi el kitabı. (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). Psikiyatrik sorunlar. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

SHAMBAUGH PW. (1967). Hemodialysis in the home- emotional impact on the spouse. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 1967;13:41-45.

SHEMMINGS, D. (2004). Researching Relationships From an Attachment Perspective: The Use of Behavioural, Interview, Self-Report and Projective Measures. *Journal of Social Work Practice*, 18 (3), 299-314.

SOMER, O., KORKMAZ, M. Ve TATAR, A. (2002). “Beş Faktör Kişilik Envanteri’nin Geliştirilmesi-I: Ölçek ve Alt Ölçeklerin Oluşturulması”. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49), 21-33.

SOYKAN, A., BOZTAŞ, H., KUTLAY, S., İNCE, E., NERGİZOĞLU, G., DİLEKÖZ, AY., BERKSUN, O. (2005). Do Sexual Dysfunctions Get Beter During Dialysis? Results Of A Six- Month Prospective Follow-Up Study From Turkey. *International Journal of Impotence Research*, April, 1-5.

STEVENS, C.D. and ASH, R.A. (2001). "Selecting Employees for Fit: Personality and Preferred Managerial Style". *Journal of Managerial Issues*, Vol. 13, Number 4, 500-517.

SÜMER, N. ve GÜNGÖR, D. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14: 71-106.

ŞAHİN, N.H., ULUSOY, M., ŞAHİN, N. (1993). Exploring the sociotropyautonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49: 751-763.

ŞEKER, A. (2012). Bilim ve meslek olarak sosyal çalışmanın temel kavramları. Sosyal Hizmete Giriş (Ed. İlhan Tomanbay). Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayınları 2533. Eskişehir.

ŞENKAL, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji A.B.D. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

ŞENTÜRK A., TAMAM L., LEVENT, B.A. (2000). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Tedavilerin Psikiyatrik Etkileri ve Tedavisi, 9:49-65.

TABACHICK, B. G. and FIDEL, L.S. (1989). Using multivariate statistics. Harper Collins Publishers, USA.

TEKİN, Ö.A., TURAN, S.N., ÖZMEN, M., TURHAN, A.A., KÖKÇÜ, A. (2012). Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ve Örgütsel Çatışma Yönetimi Arasındaki İlişkiler: Ankara'daki Beş Yıldızlı Otel İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. *Journal of Yaşar University*, 27(7) 4611 – 4641.

TERZİ, Ş. ve CİHANGİR KAYA, Z. (2009). Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (31), 1-11.

TOKMAK, İ., TURGUT H., ÖKTEM, Ş. (2013). Turizm ve Otelcilik Öğrencilerinin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özelliklerinin İletişim Becerilerine Etkisi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt 24, Sayı 1: 83-95.

TÜRKÇAPAR, H. (2008). Bilişsel Terapi. Hyb Yayınları. Ankara.

TÜZÜN, O. ve SAYAR, K. (2006). Bağlama Kuramı ve Psikopatolojisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 4:(24-39).

UYSAL, M. (2010). “Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile Karar Stratejilerinin İlişkisi”. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

ÜNLÜ, S.(1991). Anadolu üniversitesi. Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Kişilik Kuramları: Ünite 8. Erişim: (<http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/ehsm/1024/unite08.pdf>).Erişim Tarihi: 05.12.2013.

ÜNLÜ, S. (2001). Psikoloji. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Yayın no:710 s.170. Eskişehir.

ÜNLÜOĞLU, G., ÖZDEN, A., İNCE, E. (1997). Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri. *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*, 3(4):125-130.

VELİOĞLU, P. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Yayın No:226 s.28. Eskişehir.

WEST, M.L., SHELDON-KELLER, A.E. (1994). Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective. New York. Guilford Press.

YANBASTI, G. (1990). Kişilik Kuramları. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.

YARAMAN, A. (2003). Toplumsal Değişme Ve Kişilik Özellikleri. Prometheus’tan Narkissos’a, Bağlam Yayınları. 1. Basım. İstanbul.

YAŞAR, D. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Denetim Odağı ve Bilgisayar Laboratuvarına Yönelik Tutumlarının Siberaylaklık Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

YAZGAN İNANÇ, B., YERLİKAYA, E.E. (2012). Kişilik Kuramları. 6.Baskı. Pegem Akademi. Ankara.

YILDIZ, C. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Geçmişte Yaşadıkları Ayrılık Kaygısı İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı. Konya.

YILDIZ, M. (2012). Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir Bakış. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 36, Sayı: 1.

YILMAZ, M., ÖZALTIN, G. (2010). Periton Diyalizi Tedavisi Olan Bireylerin Cinsel Sorunları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:5, Sayı:14.

YILMAZER, A. ve EROĞLU, C. (2008). Davranış Bilimleri ve Örgütsel Davranış, Ankara: Detay Yayıncılık.

YÖRÜKHAN, T. (2006). Alfred Adler: Sosyal Roller Ve Kişilik. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. 2. Baskı.

YÜNCÜ, Z., AYDIN, C., ZEYREK, E. (2006). Madde Kullanım Sorunu Olan Ergenler: Bağlanma Özellikleri İle Sosyotropi-Otonomi Özelliklerinin İlişkisi. 3. Ulusal Bağımlılık Kongresi & Etkinlikleri Haftası. İstanbul. Kongre Özet Kitabı 58.

ZEL, U.N. (1999). Kişiliğin yönetim performansına etkileri, örgüt ortamında kullanılması ve ülkeler/sektörler arasında karşılaştırmalı bir uygulama. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

ZENGİN O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3):29-34

ZUCKER, H. (1989). Premises of interpersonal theory. *Psychoanalytic Psychology*, 6(4), 401-419.

EKLER

EK- 1

ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma hemodiyaliz hastaların kişilik tipleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Elde edilen veriler, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans tez çalışması için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların **dikkatli** ve eksiksiz olarak yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Gösterdiğiniz ilgi ve işbirliğine teşekkür ederim.

ECREN AYDIN

HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYOTROPİK-OTONOMİK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE BAĞLANMA STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

I. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyet : 1 () Kadın
2 () Erkek

2. Medeni durumu

1. () Hiç evlenmemiş 2. () Evli 3. () Dul 4. () Boşanmış 5. () Ayrı yaşıyor

3. Yaş

4. Eğitim düzeyi

- 1 () Okur-yazar değil
- 2 () Okur-yazar
- 3 () İlkokul mezunu
- 4 () Ortaokul mezunu
- 5 () Lise mezunu
- 6 () Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz

- 1 () Memur
 2 () Serbest meslek
 3 () İşçi
 4 () Uzman meslekler
 5 () Emekli
 6 () Ev hanımı
 7 () Çalışmıyor
 8 () Diğer.....

6. Siz dahil ailedeki toplam birey sayısı

- 1) () Tek 2) () İki 3) () Üç 4) () Dört 5) () Beş ve +

7. Ailenizin toplam aylık gelir durumu

- 1) () < 500 TL 2) () 501 – 1000 TL 3) () 1001-1500 TL
 4) () 1501-2000 TL 5) () 2001-2500 TL 6) () 2501- 3000 TL
 7) () 3001 > TL

8. Gelir getiren herhangi bir işiniz var mı?

- 1 () Evet 2 () Hayır

9. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1 () Var 2 () Yok

10. Sizce hastalığınız sosyal yaşantınızı etkiliyor mu?

- 1 () Evet, etkiliyor 2 () Hayır, etkilemiyor 3 () Fikrim yok

11. Sizce hastalığınız aile içi rollerinizi etkiliyor mu?

- 1 () Evet, etkiliyor 2 () Hayır, etkilemiyor 3 () Fikrim yok

12. Ne kadar süredir tedavi oluyorsunuz?

- 1 () 1 yıldan az
2 () 1-3 yıl
3 () 4-6 yıl
4 () 7 yıl ve üzeri

13. Haftalık diyalize girme sayısı

- 1 () Haftada bir gün
2 () Haftada iki gün
3 () Haftada üç gün
4 () Haftada dört gün

14. Hastalığınızla ilgili bilginiz var mı?

- 1 () Evet, var 2 () Hayır, yok

15. Hemodiyaliz seanslarında zamanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1 () Uyuyarak
2 () Diğer hastalarla konuşarak
3 () Televizyon izleyerek
4 () Kitap/Gazete okuyarak
5 () Müzik dinleyerek
6 () Diğer..... (Belirtiniz)

EK-2**SOSYOTROPİ – OTONOMİ ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki ifadelerin herbirini okuduktan sonra o ifadenin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirerek yandaki uygun yeri lütfen işaretleyiniz. (Her bir ifade için yalnız bir seçenek işaretleyiniz).

Sosyotropi-otonomi duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
1. Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissederim.					
2. Özgür ve bağımsız olmak benim için çok önemlidir.					
3. İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem, başkalarının bilmesinden daha önemlidir.					
4. Yaşadığım güzel olayları başka insanlarla paylaştığımda o olaylar bana daha da güzel gelir.					
5. Diğer insanların duygularını incitmekten korkarım.					
6. İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yönetmeye kalkarlarsa rahatsız olurum.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
7. İnsanlara hayır demek bana zor geliyor.					
8. Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissederim.					
9. Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü bir birey olmayı daha değerli görüyorum.					
10. Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim.					
11. İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse, beni sevmeyecekler diye endişelenirim.					
12. Bir konuda kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoşuna gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemekten çekinmem.					
13. Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız olurum. Bunun yerine , kalkıp bir şeyler yapmayı isterim.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
14. Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaşması ,diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha değerlidir.					
15. Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam.					
16. Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım.					
17. Diğer insanların beni sevmeleri , önemli başarılar elde etmemden daha önemlidir.					
18. Bir lokanta da kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder.					
19. Hayatımda ki bir insanın bana gerçekten ilgiduyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam.					
20. Bir şey yapmaya karar verirken başka kişilerindüşüncelerinden etkilenmem.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
21. Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak benim için çok önemlidir.					
22. İşimde başarılı olmak , benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir.					
23. Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım.					
24. Diğer insanların yanındayken , benden ne beklediklerinden emin olmazsam rahatsız olurum.					
25. Diğer insanlara yardım etmeyi , onların bana yardım etmesinden daha rahat kabul ederim.					
26. İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek , benim için eğlenceli olmaz.					
27. Eğer bir arkadaşım beni uzun süre aramazsa , beni unuttuğunu düşünerek endişelenirim.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
28. Diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde olmaktansa , sürekli çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir.					
29. Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız olurum.					
30. Bir amaç benim için önemliyse , diğer insanları rahatsız etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım.					
31. Sevdiğim insanlardan ayrı olmak benim için zordur.					
32. Bir amaca ulaştığım zaman insanlardan gelecek övgülerden çok , o amaca ulaşmaktan ötürü memnunluk duyarım.					
33. Diğer insanların hoşlanmayacağını düşünerek söyleyeceğim şeyleri dikkatlice seçerim.					
34. Geceleri evde tek başıma kaldığımda , kendimi yalnız hissederim.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
35. Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü fark ederim.					
36. Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim , böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem.					
37. Çevremde başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan , bütün bir gün rahatça tek başıma kalabilirim.					
38. Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde, diğer insanların da beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm.					
39. Bir işi bitirmek, insanların o konuda nasıl tepki göstereceklerini düşünüp endişelenmekten daha önemlidir.					
40. Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten hoşlanırım.					
41. Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için , özel soruları yanıtlamayı sevmem.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
42. Bir sorunum olduğunda , başkalarının beni etkilemelerine izin vermektense , sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim.					
43. İnsanlar kişilerarası ilişkilerde genellikle , birbirlerinden çok şey beklemektedirler.					
44. Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini ya da sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum.					
45. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense , kendi hedeflerimi ve standartlarımı kendim belirlemeyi tercih ederim.					
46. Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir.					
47. Diğerleri tarafından beğenilip / sevmek ve onaylanmak benim için önemlidir.					
48. Bir işi bitirmek , bana göre o iş için verilecek ödülден daha zevklidir.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
49. Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissedirim.					
50. Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım.					
51. Yalnız başıma uzaklara gidip, yeni yerler keşfetmeyi, araştırmayı severim.					
52. Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsem de, özür dilemek istemem					
53. Başıma tatsız bir olay gelirse ,başvuracağım bir yakınımın olduğundan emin olmak isterim.					
54. Uzun bir toplantıda sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam , kendimi hapsedilmiş gibi hissedirim.					
55. İnsanların benim özel hayatıma ait konularda soru sormalarından ya da fikir vermelerinden hoşlanmam.					

Sosyotropi-otomoni duruma ilişkin sorular	Hiç tanımlamıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça iyi tanımlıyor	İyi tanımlıyor	Çok iyi tanımlıyor
56. Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder.					
57. Bence bir hapisane de bulunmanın en zor yanı , özgürce dolaşamamaktır.					
58. Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır.					
59. Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek çok endişelenirim.					
60. Diğer insanlar beni reddedecek olsa bile haklarımı savunmaya devam ederim.					

EK-3**İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ**

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzeridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendirip, size en uygun sayının altındaki paranteze (X) işareti koyunuz.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Beni hiç

Beni Kısmen

Beni Tamimiyle

Tanımlamıyor

Tanımlıyor

Tanımlıyor

1 2 3 4 5 6 7

1. Başkalarına kolaylıkla güvenmem. () () () () () () ()

2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli. () () () () () () ()

3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım () () () () () () ()

4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleş-

mek isterim.

5. Başkaları ile çok yakınlaşırsam incitileceğimden () () () () () () ()

korkuyorum.

6. Başkaları ile yakın duygusal ilişkilerim olmadığı () () () () () () ()
sürece oldukça rahatım.

1 2 3 4 5 6 7

7.İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda () () () () () () ()

başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.

8.Başaklarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık () () () () () () ()

kurmak isterim.

9.Yalnız kalmaktan korkarım. () () () () () () ()

10.Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim () () () () () () ()

11.Çoğu zaman romantik ilişkide olduğum insanların () () () () () () ()

beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.

12.Başkalarına tamimiyle güvenmekte zorlanırım. () () () () () () ()

13.Başkalarının bana çok yaklaşması beni () () () () () () ()

endişelendiriyor.

14.Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim. () () () () () () ()

15.Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda () () () () () () ()

oldukça rahatımdır.

16.Başkalarının bana benim onlara verdiğim kadar () () () () () () ()

değer vermediğinden kaygılanırım.

17.İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda () () () () () () ()

bulamazsınız.

18.Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum () () () () () () ()

bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Ecren
Soyadı : AYDIN
Doğum Yeri ve Tarihi: Trabzon – 24.02.1987
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Bekar
İletişim Adresi : ecrenaydin@gmail.com
Eğitimi : Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü 2010
Mesleki Deneyimi :2011 yılında Sağlık Bakanlığı Trabzon Fatih Devlet Hastanesi’nde sosyal hizmet uzmanı olarak görev yaptı.
2011-2012 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı’nda sosyal hizmet uzmanı olarak görev yaptı.
2012- Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi’nde birim sorumlusu olarak görevine devam etmektedir.