

# BİR SOSYAL HİZMET ÇALIŞMASI: HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYOTROPİK-OTONOMİK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Ecren AYDIN<sup>1</sup>  
Eda PURUTÇUOĞLU<sup>2</sup>

## Özet

Kronik böbrek yetmezliği hastalığı tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bireyi sadece fiziksel yönden değil ruhsal ve sosyal yönlerden de etkilemektedir. Sosyotropi ve otonomi kavramları kişilerin başkalarına bağımlı ya da özerk olma durumlarına işaret eder. Tedaviye bağlı olarak oluşan bu bağımlılıklar, bireyin özerkliğini sınırlamakta, sosyal ve iş yaşamında birtakım sorunlara yol açmaktadır. Hastalara psikolojik, sosyal ve ekonomik destek sağlama,

hastalık sürecinde yaşadığı tüm sorunları çözümlene gibi profesyonel desteğin tümünü verebilecek en yetkin meslek alanlarından biri sosyal hizmettir. Bu araştırma, klinikte tedavi gören hemodiyaliz hastalarının tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenleri dikkate alınarak sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma sonucunda, hastaların ayrılık kaygısı yaşadıkları ve özgür kişilikte oldukları belirlenmiştir. Sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirilirken kişilik özelliklerinin tedavi planını, hastanın tedaviye uyum sürecini ve baş etme becerisini etkileyebileceği dikkate alınmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz hastası, sosyotropik-otonomik kişilik özelliği, tıbbi sosyal hizmet

## A STUDY OF SOCIAL WORK: THE DETERMINATION OF SOCIOTROPIC-AUTONOMIC PERSONALITY CHARACTERISTICS OF HEMODIALYSIS PATIENTS

### Abstract

Chronic renal failure disease, as in all chronic disease affects the individual not only the physical aspects but also the psychological and social aspects. The concepts of sociotropy and autonomy refers to people being dependent or autonomous status to others. Depending on the treatment, these dependencies limits the autonomy of the individual and leads some problems at the social and business life. Providing the psychological, social and economic support to patients such as the analysis of all the problems, experienced by the disease process, one of the most competent professional areas that will support all of the professional is social work. This research was planned to determine the sociotrophic-autonomic personality characteristics of hemodialysis patients who are treated in the clinics according to treatment period, age, marital status and educational level. It was found that the patients live in the separation anxiety and a free characteristic. When the social work intervention is performed, it should be considered that personality traits may affect the treatment plan, patient's treatment compliance process and coping skills.

**Key words:** Hemodialysis patients, sociotropy-autonomy personality characteristics, medical social work

<sup>1</sup>\*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet ABD Doktora Öğrencisi, e-posta:ecrenaydin@gmail.com

<sup>2</sup>\*Doç.Dr. , Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: purutcu@agri.ankara.edu.tr

## 1.GİRİŞ

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 olan, tüm işlevleri sınırlayan, yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde işgücü kaybına yol açan bir hastalıktır (Kara ve 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), ülkemizde 24,914'ü kadın, 31,291'i erkek olmak üzere toplam 56,205 diyaliz hasta sayısı bulunmaktadır. Bu hastalardan 52,675'i hemodiyaliz hastası olup 23,191'i kadın ve 29,484'ü erkektir. Hemodiyaliz hastaları, kamu (13,439 kişi), özel (36,299 kişi) ve üniversite (2937 kişi) hastanelerinden hizmet almaktadır.

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). Hastalarda depresyon ve intihar, anksiyete, duygu kontrolü ve uyum güçlüğü ile kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi psikolojik sorunlar görülür (Daugirdas, Blake, 2003). Diyalize bağlı fiziksel işlev kayıpları da söz konusudur. Hemodiyaliz aygıtı böbrek işlevi görmekle birlikte böbreğin tüm işlevlerini yerine getiremez. Dolayısıyla kronik böbrek yetmezliğinin bazı belirtileri devam eder ( özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu). Bunlar hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur. Diğer bir kayıp ise 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 zorlar (Shambaugh, 1967). Aile düzeninin bozulması da yaşanan kayıplardan bir diğeridir. 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 sonrasında giderek

vazgeçmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkar ( Cimilli, 1994).Görülmektedir ki, hasta, hastalığı nedeniyle birçok kayıplara uğramakta ve tüm aktiviteleri sınırlanmaktadır. Ekonomik, sosyal ve psikolojik olmak üzere çeşitli sorunlar yaşayan hemodiyaliz hastalarının tedavi sürecinde profesyonel desteğe ihtiyacı vardır. Sosyal hizmet sağlık alanına katkı veren birçok hizmetten sadece birisidir. Fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütülen sosyal hizmet dalına ise tıbbi sosyal hizmet adı verilmektedir(Duyan,2003). Sosyal hizmet uzmanları insanların problem çözme kapasitelerini artırmaya ve gerekli kaynakları elde etmelerine; bireyler, insanlar ve onların çevreleri arasındaki ilişkiyi kolaylaştırmaya yardım ederler ve örgütlerin insanlara karşı sorumlu olmalarını ve sosyal politikaları etkilemelerini sağlamaya çaba harcarlar (Zastrow, 2013).

2013 yılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı 310 tıbbi sosyal hizmet biriminden gelen faaliyet verilerine göre 15.074 kronik bakım hastasına sosyal hizmet müdahalesi uygulanmıştır. Hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı hastalık ile mücadelede tıbbi ekibin bir üyesi olarak ekip çalışması anlayışı içerisinde hastaya, ailesine ve toplum düzeyinde çeşitli mesleki müdahalelerde bulunur ve özellikle hasta ve ailesine hastalıkla birlikte ortaya çıkan psiko-sosyal-ekonomik sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi, engellerin ortadan kaldırılması boyutunda önemli işlevlere sahiptir (Mutlu 2007; Özbesler ve İçağasioğlu Çoban 2010; McCool ve ark., 2011). Kronik hastalığa verilen farklı duygusal tepkilerin sıklığı ve işlevi, hastaların hastalık hakkındaki anlayışları ve başatma çabaları, hastanın hastalığına uyum sürecini etkiler (Duyan, 1997; Mutlu, 2007). Tedavi sürecinde hasta, ömür boyu kendini sınırlayan ve yetersizleştiren bir hastalıkla uğraşmak zorunda olup, bir makine yardımı ile bakım ekibine tam olarak kişisel bağımlılık içindedir. Hastalığı nedeniyle tüm aktiviteleri sınırlanmıştır, yaşam kalitesi düşüktür (Baydoğan ve Dağ, 2008). Hastanın güçlendirilmesi, hastanın destek sistemlerini geliştirme, kişilerarası ilişkileri etkileme, kurumlar ve sistemlerle daha iyi anlaşma, problem çözme yeteneklerini geliştirme ve bağımsız olabilme yeteneklerini geliştirme ve artırma sürecini içermektedir. Ancak bu destekleri sağlamak için sosyal hizmet uzmanı hastanın kişilik özelliğini, yaşam biçimini, kendi çevresinde ve destek ağlarında hangi kaynakların olduğunu bilmelidir (İşikhan, 2005). Böylelikle gelecekte işlevsel olmayan tepkilere yol açacak stresörlere karşı müracaatçının daha iyi tepkiler vermesine yardımcı olabilir.

Hemodiyaliz kliniğinde çalışan sosyal hizmet uzmanının temel işlevi, hastanın böbrek yetmezliği sorunu ile başatmesine, oluşturulan tedavi planını takip ederek hastanın rehabilitasyon hizmeti almasına yardımcı olmak ve tedavi ekibi üyelerine ihtiyaçların iletilmesinde köprü görevi gören, bir destek sistemi olarak çalışmaktadır (McCool ve ark., 2011).

Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanı, hastalık nedeniyle duygusal/davranışsal sorunlar yaşayan insanlara bireysel, aile ve grup terapileri sağlamaya yönelik özel uygulamalar gerçekleştirmektedirler. Sosyal hizmet uzmanının etkili bir danışman olarak ilişki kurma, sorunları derinlemesine keşfetme ve alternatif çözüm yollarını bulma basamaklarında başarılı sonuç elde etmek için kapsayıcı danışmanlık kuramlarını ve uzmanlaşmış tedavi tekniklerini bilmesi gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanının müracaatçı tarafından sunulan "kendine has" sorunlara bağlı olarak en çok başarıya ulaşma ihtimali olan müdahale yollarından birini seçmede kullandığı materyallerden biri de hastanın kişilik özelliğidir. Böylece örneğin utangaç veya saldırgan olan hastalar için atılganlık eğitimi, yüksek stres altında olan hastalar için rahatlama teknikleri önerebilir; yüksek düzeyde sosyotropik bireylerin, diğer bireylere göre psikolojik sağlıklarının daha çok risk altında ya da bozulmaya daha yatkın olduğu düşünüldüğünde sosyotropik bireylere işlevsel iletişim ve çatışma çözme becerileri kazandırılabilir (Karahan, 2009; Zastrow, 2013). Ayrıca sosyal hizmet uzmanı, tıbbi bakım kurumlarında tedavi etkinliklerinin yanı sıra yönetici, planlayıcı, kaynak geliştirici, eğitimci, savunucu ve araştırmacı rollerini de yerine getirebilir (Duyan, 1996).

İnsan beden, düşünce, duygu ve inanç gibi değişik yönleri olan son derece karmaşık bir varlıktır. Bu yüzden insanı inceleyen psikologlar birbirlerinden farklı kişilik kuramları geliştirmişlerdir. 80'li yıllarda davranışçı terapistlerin sıklıkla kullandığı Beck'in bilişsel kuramı literatürde sıkça rastlanan kuramlardan biridir. Bilişsel kurama göre, kişileri rahatsız eden duygusal sıkıntılar, doğrudan olayların ve yaşantıların kendisinden değil bunların algılanma süreçlerinde atfedilen anlamlardan meydana gelmektedir. Beck'in bilişsel kuramına göre kişiliğin sosyotropi ve otonomi olmak üzere iki boyutu vardır (Kaya ve ark., 2006). 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 sürdürürebilmeleri, kendileri için önemli olan kişiler tarafından onaylanmalarına, sevmelerine, sayılmalarına ve önemsenmelerine bağlıdır (Kabakçı, 2001). Sosyotropik kişilerin ilişkileri, başkaları tarafından eğitime 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 koyması 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. Bu iki kategori tedavide karşılaşılan bazı ortak eğilimleri gösterebilir (Dorfman 1998). Çünkü sosyotropi ve otonomi kavramları kişilerin başkalarına bağımlı ya da özerk olma durumlarına işaret eder. Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle, kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görme eğilimindedirler ve başkalarının bakımına muhtaç olduklarına dair inançları duygu durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Salehnia, 2000). 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. Bu noktada hastaların bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşır; bazıları ise bağımlılıktan korkar, hastalığa ve tedaviye isyan eder. Genellikle anksiyetesi yüksek olan bu hastalar, tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemez ve sağlık personelinin önerilerine uymama sıklıkla görülür.

Sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleri kişilerarası ilişkilerle yakından ilgilidir. Örneğin, kişinin hayatından önemli birinin kaybı yüksek sosyotropik kişilik özelliğine sahip kişiler için depresyon sebebi olabilir. Fakat yüksek otonomik kişilik özelliğine sahip kişiler için ise kişisel işlevlerini yerine getirirken tekrarlayan başarısızlık depresyona neden olabilir. Zayıf problem çözme becerileri umutsuzluk ve depresyon duyguları ile yakından ilgilidir (Demir ve ark., 2010).

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 düşünceler geliştirirken diğer yandan kendilerini “ kızgın, kolay sinirlenen, bıkkın, aşırı duyarlı, hırçın, üzgün veya depresif” olarak da tanımlamaktadırlar. Dolayısıyla olumsuz duygusal deneyimlerinin yanında, kişiliklerinde veya karakterlerinde de çoğunlukla olumsuz değişimler olduğunu ileri sürmektedirler ( Krespi, ve ark., 2008). Bu durumda sosyal hizmet uzmanı hasta ile bireysel görüşme yapar; hastanın güçlü yönlerini keşfetmesine, baş etme becerilerinin artmasına ve diyalizle birlikte hayatındaki değişime uyum sağlamasına 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).

Sosyal hizmet uzmanı, ekolojik bakış açısını kullanarak hemodiyaliz hastalarının tüm yaşam ihtiyaçlarına mikro, mezzo, makro düzeylerde müdahale etmektedir. Mikro düzeyde sosyal hizmet uzmanı, hastanın kişisel özelliklerini dikkate alarak kapasitesini azaltan ve tehdit eden faktörleri belirler, aynı zamanda hastanın güçlü yönlerini saptayarak başatma kapasitesini arttırmaya çalışır. Bu kapsamda hastanın kişilik özelliği, müdahalenin başarısına doğrudan etkilidir. Mezzo düzeyde, ekolojik perspektifi kullanarak hastanın sosyal destek sistemleri üzerine odaklanır, kurumlararası işbirliği yapar. Makro düzeyde ise hastanın hastalık durumunu etkileyen dış çevre, sosyo-ekonomik, politik ve sosyal koşulların etkilerini açıklamaya çalışır, sosyal politikalar geliştirir.

Hemodiyaliz hastalarının olumlu kendilik imgelerini sürdürebilmeleri, onaylanmaları, sevlilmeleri, sayılmaları ve önemsenmeleri aynı zamanda çevrelerinde olan biten şeyleri kontrol etmeye ve başarılı olmaya yoğun

gereksinim duymaları dikkate alındığında bu araştırma, yaş, tedavi süresi, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenleri odağında hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemek üzere planlanmıştır.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırma Modeli

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).

### 2.2. Çalışma Grubu

Araştırma bölgesi Ankara ili olup araştırmanın evrenini il 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 ilinde 3946'ı hemodiyaliz hastası olmak üzere toplam 4349 diyaliz hastası bulunmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastanelerde 352 (174'ü kadın, 178'i erkek ) 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 202 hasta üzerinde yürütülmüştür.

### 2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ile ilgili verilerin elde edilmesinde anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik “Sosyo-Demografik Bilgi Formu” ile Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ve Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanan “Sosyotropi-Otonomi Ölçeği”den oluşmuştur. Sosyo-Demografik Bilgi Formu: 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.

**Sosyotropi-Otonomi Ölçeği:** 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 bir ölçektir. Altmış maddelik ölçekte, 30'ar madde ile iki alt boyut olarak sosyotropi ve otonomi ölçülmektedir. Hastaların sosyotropik kişilik özellikleri Onaylanmama kaygısı (toplam 10 soru maddesi), Ayrılık Kaygısı (toplam 13 soru maddesi) ve Başkalarını Memnun Etme (toplam 7 soru maddesi) olmak üzere üç alt faktör altında tanımlanmıştır. Hastaların otonomik kişilik özellikleri ise Kişisel Başarı (toplam 12 soru maddesi), Özgürlük (toplam 12 soru maddesi) ve Yalnızlıktan Hoşlanma (toplam 6 soru maddesi) olmak üzere üç alt faktör altında sınıflandırılmıştır. Cümlelere verilen yanıtlar "hiç tanımlamıyor (0)"-"çok iyi tanımlıyor (4)" şeklinde beş kategoride değerlendirilmiş olup 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. Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinin iç tutarlılığı "Cronbach's Alpha Çözümlemesi" ve "Madde Toplam Puan Korelasyonu" yöntemleri ile test edilmiştir. Çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değerleri; otonomi boyutunda 0.85, sosyotropi boyutunda ise 0.70 olarak saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir.

#### 2.4. Verilerin Analizi

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 bilgilerin mutlak ve yüzde değerlerini gösteren dağılımları çıkartılmıştır.

Tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi açıklayıcı değişkenler olarak belirlenmiş olup hastaların sosyotropi-otonomi ölçeğini oluşturan altı faktörün her biri üzerinde tedavi süresine göre tek yönlü varyans analizi, gruplar içerisinde normal dağılım özelliği göstermeyen ( $n < 30$ ) gruplar için yaş, medeni durum ve eğitim düzeyine göre ise parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis-H uygulanmıştır. Hangi gruplar arasında farklılıkların bulunduğu çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir. Ayrıca ordinal değişkenler, aritmetik ortalama ve standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak değerlendirilmiştir.

### 3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastaların %56,9'unu kadın, %43,1'ini erkektir. Hastaların yaş aralığı 20-89 arasında değişmekte olup; ortalama yaşları 53,51 16,55'dir. Araştırmaya dahil edilen hastaların yarısından fazlası (%59,4) evli; yarısına yakını (%41,6) ilköğretim mezunudur. Meslek durumlarına bakıldığında, yarıya yakınının (%44,6) ev hanımı, %16,3'ünün emekli ve %16,3'ünün çalışmadığı görülmüştür. Ailelerin beş ve üzeri bireyden oluştuğu (%28,7), bunu %25,2 oranı ile iki kişilik ailelerin izlediği, ortalama aylık toplam gelirlerinin 501-1000 TL arasında değiştiği saptanmıştır. Hastaların büyük bir kısmının (%90,6) gelir getiren bir işi bulunmadığı, çoğunluğunun (%84,2) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Hastalığın sosyal yaşantılarını ve aile içi rollerini etkilediğini ifade edenlerin oranı %73,8'dir. %37,1'i yedi yıl ve üzeri süre tedavi görmekte olup %88,1'i ise haftada üç gün diyalize girmektedir. Hastaların çoğu hastalıkları hakkında bilgi sahibidirler (%87,6). Hemodiyaliz seanslarında boş zamanlarını değerlendirme durumlarına bakıldığında ise yarısına yakını (%41,5) diğer hastalarla konuştuğunu %27,0'ı uyuduğunu, %23,6'sı ise televizyon izlediğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının sosyotropik kişilik özelliklerinin alt ölçekleri olan "ayrılık kaygısı", "başkalarını memnun etme" ve "onaylanmama kaygısı" açısından tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerinin etkisi Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1'deki sonuçlar incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hastaların ayrılık kaygısı açısından tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ).

Başkalarını memnun etme alt boyutu kapsamında tedavi süresi, yaş ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken

( $p > 0.05$ ) eğitim düzeyi dağılımının anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır [ $\chi^2(5) = 11,434$ ,  $p < 0,05$ ]. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, üniversite mezunu hemodiyaliz hastalarının daha yüksek başkalarını memnun etme arzusuna sahip olduğu görülmektedir. Bu durum başarısız olma ve saygınlığını yitirme kaygısı taşımalarından kaynaklanabilir.

Onaylanmama kaygısı boyutu dikkate alındığında, yalnızca medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerine bağlı olarak farklılığın önemli ölçüde değiştiği; evli olan hemodiyaliz hastaları ile üniversite mezunu hemodiyaliz hastalarının daha fazla onaylanma ihtiyacında oldukları bulunmuştur [ $\chi^2(2) = 9,009$ ,  $p < 0,05$ ;  $\chi^2(5) = 20,079$ ,  $p < 0,05$ ].

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	38,97 $\pm$ 13,87	F: 0,986
	1-3 yıl	51	35,27 13,40	
	4-6 yıl	46	34,87 14,86	
	7 >	75	38,01 12,56	
	Toplam	202	36,75 13,51	
Yaş	20-30	23	97,04	2 KWH ( $\chi^2$ ): 1,874
	31-60	107	106,78	
	61 ve yukarı	72	95,08	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	110,21	2 KWH ( $\chi^2$ ): 2,442
	Evli	120	95,63	
	Dul	53	89,69	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	90,50	5 KWH ( $\chi^2$ ): 9,259
	Okur-yazar	23	81,50	
	İlkokul mezunu	84	111,13	
	Ortaokul mezunu	21	99,62	
	Lise mezunu	18	100,61	
	Üniversite mezunu	7	136,57	
	Toplam	202		

TABLO -1 . a

\* $p < 0,05$

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	12,80 $\pm$ 5,12	F: 1,841
	1-3 yıl	51	11,41 $\pm$ 5,58	
	4-6 yıl	46	10,00 $\pm$ 5,09	
	7 >	75	11,52 $\pm$ 5,01	
	Toplam	202	11,34 $\pm$ 5,23	
Yaş	20-30	23	97,59	2 KWH ( $\chi^2$ ): 0,371
	31-60	107	103,81	
	61 ve yukarı	72	99,32	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	103,40	2 KWH ( $\chi^2$ ): 2,865
	Evli	120	106,14	
	Dul	53	89,95	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	92,10	5 KWH ( $\chi^2$ ): 11,434*
	Okur-yazar	23	81,28	
	İlkokul mezunu	84	108,55	
	Ortaokul mezunu	21	99,64	
	Lise mezunu	18	100,92	
	Üniversite mezunu	7	156,21	
	Toplam	202		

TABLO -1 . b

\* $p < 0,05$

**Tablo 1. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi değişkenlerine göre sosyotropi alt ölçeklerine ilişkin istatistik analiz sonuçları**

Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	11,37±5,00	F: 1,832
	1-3 yıl	51	11,67±6,67	
	4-6 yıl	46	9,63±6,13	
	7 >	75	11,93±5,95	
	Toplam	202	11,26±6,10	
Yaş	20-30	23	104,65	2 KWH ( $\chi^2$ ):3,382
	31-60	107	107,60	
	61 ve yukarı	72	91,42	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	104,38	2 KWH ( $\chi^2$ ):9,009*
	Evlü	120	109,83	
	Dul	53	31,07	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	76,10	5 KWH ( $\chi^2$ ):20,079*
	Okur-yazar	23	34,91	
	İlkokul mezunu	84	116,57	
	Ortaokul mezunu	21	112,33	
	Lise mezunu	18	95,50	
	Üniversite mezunu	7	135,93	
	Toplam	202		

TABLO -1 . c

\*p&lt;0,05

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının “özgürlük”, “kişisel başarı” ve “yalnızlıktan hoşlanma” alt boyutlarından oluşan otonomik kişilik özelliklerinin tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi

değişkenlerine bağlı olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Tablo 2’de verilmiştir.

Araştırma bulgularına göre otonomik kişilik özelliğinin alt boyutlarından olan özgürlük boyutu üzerinde tedavi süresinin, yaşın, medeni durumun ve eğitim düzeyinin etkisinin anlamlı olduğu saptanmıştır ; [ $\chi^2(2)= 5,260$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2(2)= 5,959$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2(5)= 27,098$ ,  $p<0,05$ ]. Bu sonuçlara göre yedi yıl ve üzeri süredir tedavi gören hastaların

sıra ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış olup bu durum, hastaların hastalık sürecini daha fazla kontrol etmelerinden ve buna bağlı olarak da kendi aktivitelerini yönlendirmelerinden kaynaklanabilir. Erikson’un psiko-sosyal gelişim dönemlerine göre belirlenen yaş değişkeni dikkate alındığında ise, üretkenliğe karşı durgunluk evresini kapsayan 31-60 yaş aralığındaki hemodiyaliz hastalarının diğer yaş gruplarına göre daha özgür oldukları ve bağımsız davranışlar sergiledikleri bulunmuştur. Tabloya göre hiç evlenmemiş olmak hastaların daha bağımsız davranışlara yatkın olduklarını göstermektedir. Eğitim düzeyine göre okur-yazar olmayanların özgürlüğe ilişkin sıra ortalaması diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük bulunmuş olup bu durum kendi kararlarını verme yeteneklerinde ve kendi aktivitelerini yönlendirmelerinde başkalarına bağımlı olduklarını gösterebilir.

Tablo 2’deki sonuçlar incelendiğinde, tedavi süresi ve medeni durum değişkenlerinin kişisel başarı boyutu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmazken ( $p>0,05$ ), yaş ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır [ $\chi^2(2)= 9,345$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2(5)= 26,664$ ,  $p<0,05$ ]. Bu kapsamda 31-60 yaş aralığındaki hastalar ile üniversite mezunu hastaların diğer yaş ve eğitim grubundaki hastalara nazaran daha kişisel başarı odaklı olduklarını göstermektedir. Bu durum hastaların kişisel başarıyı sorunlarla etkin baş etme ve kendini yeterli hissetme olarak tanımlamalarından kaynaklanabilir.

Tablodan da izlenebileceği gibi tedavi süresi değişkeninin yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeğine yönelik değerlendirmeler üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı ( $p>0,05$ ); ancak yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi değişkenlerinin önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir [ $\chi^2(2)= 8,525$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2(2)= 6,958$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2(5)=26,261$ ,  $p<0,05$ ]. Gruplar arasında yalnızlıktan hoşlanma boyutunda değişkenlere göre bir farklılığın olduğu söylenebilir. Bu noktada, 61 ve üzeri yaş grubundaki hastalar, dul olanlar ile okur-yazar olmayan hastaların yalnızlıktan hoşlanmamaktadırlar. Bu durum hastaların yalnızlık duygusunu tolere edememelerinden ve durumla baş etmede sosyal ve kültürel açıdan çözüm yolları bulamamalarından kaynaklanabilir. Otonomik özelliğe sahip bireylerin yaşam, diğer insanlarla kurdukları ilişkilere bağlı olarak değişebilir. Otonomik bireyler, yalnız kalabilme ortamlarını oluşturabildiklerinde hastalıkla mücadelelerinde çatışma yaşamayabilirler.

1- ÖZGÜRLÜK	Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
	Tedavi süresi	< 1	30	24,40±9,79	2
1-3 yıl		51	22,29±9,54		
4-6 yıl		46	19,65±11,31		
7 >		75	25,09±9,83		
Toplam		202	23,05±10,26		
Yaş	20-30	23	105,70	2	KWH ( $\chi^2$ ):5,260*
	31-60	107	109,07		
	61 ve yukarı	72	88,91		
	Toplam	202			
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	112,71	2	KWH ( $\chi^2$ ):5,959*
	Evli	120	106,03		
	Dul	53	85,11		
	Toplam	202			
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	70,45	5	KWH ( $\chi^2$ ):27,098*
	Okur-yazar	23	79,30		
	İlkokul mezunu	84	117,12		
	Ortaokul mezunu	21	114,62		
	Lise mezunu	18	124,69		
	Üniversite mezunu	7	105,36		
	Toplam	202			

TABLO -2 . a \*p<0,05

2- KİŞİSEL BAŞARI	Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
	Tedavi süresi	< 1	30	18,03±7,47	2
1-3 yıl		51	17,29±6,95		
4-6 yıl		46	16,13±7,72		
7 >		75	16,71±6,77		
Toplam		202	16,92±7,12		
Yaş	20-30	23	103,54	2	KWH ( $\chi^2$ ):9,345*
	31-60	107	112,16		
	61 ve yukarı	72	85,00		
	Toplam	202			
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	117,71	2	KWH ( $\chi^2$ ):4,849
	Evli	120	103,20		
	Dul	53	88,78		
	Toplam	202			
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	69,16	5	KWH ( $\chi^2$ ):26,664*
	Okur-yazar	23	83,39		
	İlkokul mezunu	84	115,17		
	Ortaokul mezunu	21	122,29		
	Lise mezunu	18	115,53		
	Üniversite mezunu	7	124,93		
	Toplam	202			

TABLO -2 . b \*p<0,05

**Tablo 2. Tedavi süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu değişkenlerine göre otonomi alt ölçeklerine ilişkin istatistik analiz sonuçları**



Sayı (n)	n	$\bar{X} \pm Sd$	Df	İstatistiksel Analiz
Tedavi süresi	< 1	30	20,37±8,38	F: 1,553
	1-3 yıl	51	19,23±8,85	
	4-6 yıl	46	16,43±8,82	
	7 >	75	18,93±8,12	
	Toplam	202	18,65±8,54	
Yaş	20-30	23	110,22	2 KWH ( $\chi^2$ ):8,525*
	31-60	107	110,47	
	61 ve yukarı	72	85,38	
	Toplam	202		
Medeni Durum	Hiç Evlenmemiş	29	11,76	2 KWH ( $\chi^2$ ):6,958*
	Evli	120	106,95	
	Dul	53	83,54	
	Toplam	202		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	49	71,03	5 KWH ( $\chi^2$ ):26,261*
	Okur-yazar	23	79,87	
	İlkokul mezunu	84	116,50	
	Ortaokul mezunu	21	125,76	
	Lise mezunu	18	109,31	
	Üniversite mezunu	7	113,00	
	Toplam	202		

TABLO -2 . c

\*p&lt;0,05

	Potansiyel dağılım	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm Sd$
Ayrılık kaygısı	0-52	1,0	64	36,75 13,52
Başkalarını memnun etme	0-28	0	24	11,34 5,24
Onaylanmama kaygısı	0-40	0	26	11,27 5,51
Sosyotropi Genel	0-120	5	106	59,34 21,16
Özgürlük	0-48	0	44	23,05 10,27
Kişisel başarı	0-48	1	32	16,92 7,12
Yalnızlıktan hoşlanma	0-24	0	43	18,65 8,55
Otonomi Genel	0-120	2	116	58,62 23,06

TABLO -3

**Tablo 3. Hemodiyaliz hastalarının sosyotropi-otonomi puanlarının dağılımı (n=202)**

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropi-otonomi ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının sosyotropi puan ortalamaları 59,34 olarak belirlenmiştir. Sosyotropi ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları ise ayrılık kaygısı boyutunda =36,75, başkalarını memnun etme boyutunda =11,34 ve onaylanmama boyutunda =11,27 olarak bulunmuştur. Hastaların otonomi puan ortalamaları incelendiğinde 58,62 olduğu görülmüştür. Otonomi ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları ise özgürlük boyutunda =23,05, kişisel başarı boyutunda =16,92 ve yalnızlık boyutunda =18,65 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu puan ortalamaları, hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin orta düzeyde olduğunu göstermiş olup hastaların ayrılık kaygısı yaşadıkları ve özgür kişilikte oldukları saptanmıştır.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarının ayrılık kaygısı yaşadıkları ve özgür kişilikte oldukları saptanmıştır. Sosyotropik kişilik özelliklerinden başkalarını memnun etme alt ölçeği üzerinde eğitim düzeyinin belirleyici bir etkisi gözlenirken onaylanmama kaygısı dikkate alındığında ise medeni durum ve eğitim düzeyi anlamlı bir farklılık yaratmaktadır ( $p < 0.05$ ). Otonomik kişilik özelliği incelendiğinde, özgürlük alt ölçeği üzerinde anılan dört değişkenin (tedavi süresi, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi) etkili olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yaş ve eğitim düzeyi kişisel başarı alt ölçeği üzerinde önemli bir farklılık yaratmaktadır ( $p < 0.05$ ). Yalnızlıktan hoşlanma alt ölçeği dikkate alındığında ise yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi etkili değişkenlerdir ( $p < 0.05$ ). Tokmak ve ark. (2013) sosyotropik otonomik kişilik özelliklerinin yaş gruplarına göre farklılaştığını sosyotropik puan ortalamalarının yaşa bağlı olarak arttığını ancak otonomik kişilik özelliklerinin yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık yaratmadığını saptamışlardır. Buna karşın Kaya ve arkadaşlarının (2006) hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmalarında, cinsiyet, yaş, aile tipi, mezun oldukları lise türü, çalışma durumu değişkenleri ile sosyotropi-otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığını belirlemişlerdir. Eğitim düzeyi değişkeninin sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin her ikisi üzerinde etkisi saptanırken üniversite mezunlarının daha yüksek sosyotropik-otonomik kişilik özelliğine sahip olduğu bulunmuştur. Karagözoğlu ve Kangallı (2009) çalışmalarında öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça daha otonomik kişilik özellikleri gösterdiklerini belirlemişlerdir. Tedavi süresi değişkeni ise sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.

Kronik böbrek yetmezliği, her yaş grubunda görülebilen, ruhsal sorunların en az organik sorunlar kadar önemli olduğu yaygın bir hastalıktır. Diyaliz hastaları, kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra pek çok stresörle de karşılaşmakta, bu durum ise hem hastalığın tedavisini hem de sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. 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. Hastalık sürecinde başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların ve depresif duygulanımın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (Sato ve Mccann, 1998; Segal ve ark., 1992; Baydoğan ve Dağ, 2008; Çetin, 2008; Otacıoğlu, 2008).

Sosyotropi, çevredeki insanlarla sürekli olarak kabul görme, sevilme, övgü ve destek alma eğilimini olarak tanımlanmaktadır. Böylece birey her türlü olumsuz düşünce ya da davranışa karşı aşırı düzeyde duyarlı davranabilir. Bu durum zaman içinde kişiler arası iletişimde kaçınılmaz çatışmalara ve beraberinde ruhsal dengenin bozulmasına yol açabilir. Otonomide ise güçlü bir bağımsızlık duygusu, bireysel amaçlara ulaşma ve başarılı olma isteği ön plandadır. Bu nedenle otonom bireyler, kalıpların dışına çıkmayı göze alabilen, kendi kararlarını kendisi verebilen bireylerdir. Dolayısıyla sosyotropik bireylere göre kişiler arası ilişkilerinde daha sağlıklı ve etkili iletişim kurabilirler. Sosyotropik ya da otonomik özellikleri olan kişilerin karşılaştıkları olaylar, davranışlarını etkileyebilir. Beck ve arkadaşları (1983) sosyotropi-otonomi ölçeğini kullandıkları araştırmalarında sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireylerin özel ve iş yaşamlarında isteksizlik, mutsuzluk, tatminsizlik, anlamsızlık, yaşadıklarını belirlemişlerdir. Segal ve arkadaşları (1992) sosyotropik kişilik özellikleri gösteren hastalar için sosyotropik olayların, otonomik özellikler gösteren hastalar için ise kişilik özellikleri ile eşleşmeyen yaşam olaylarının depresyon için tetikleyici olabileceğini bulmuştur (Akt: Kabakçı, 2001). Atalay ve arkadaşları (2005) öğrencilerin sosyotropi-otonomi düzeylerini belirledikleri çalışmalarında öğrencilerin ayrılık kaygısı yaşadıklarını ve kişisel başarıya önem verdiklerini saptamışlardır. Barutçu ve Öktem (2003), sosyotropik kişilik özelliğini ifade eden çalışanların grup çalışmalarına daha yatkın olduklarını, buna karşılık otonomik kişilik özelliğine sahip çalışanların bireysel ve bağımsız işlerde çalışmaya daha yatkın olduklarını ifade etmişlerdir. Bakhshani (2007) yüksek derecede sosyotropik özellikler gösteren hastalarda, olumsuz yaşam olaylarını ve sosyal desteği önemli belirleyiciler olarak bulmuştur.

Sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerine ilişkin araştırma sayısı sınırlı olmakla birlikte, hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin ele alındığı, hasta gruplarının çeşitlendirildiği ve farklı değişkenlerin kullanıldığı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan ve çeşitli engelleri içinde barındıran böbrek yetmezliği hastalığı ve hemodiyaliz tedavisi, özel bir çalışma alanıdır. Sosyal hizmet uzmanı, hasta ve ailesine psikolojik, ekonomik, kariyer, yaşam tarzı vb. pek çok konuda destek sağlamak üzere konusunda iyi eğitim almış kişidir. İstihdam, okula gitme, gönüllülük gibi mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi, sigorta yoluyla yardım alma, hastalarını hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirme, tedaviye katılımın önemi konusunda hastaları bilgilendirme, hastaları ile duygusal ihtiyaçları konusunda konuşma, böbrek hastalığı, diyaliz ve böbrek nakli konularında bilgi verme, aileyi ve destek sistemlerini güçlendirme, nakil, evde sağlık hizmetleri, beslenme ve pek çok konuda kaynaklar bulma, iş bulma, zevk aldıkları aktiviteleri yaptırma, amaçlar edinmelerini destekleme ve geleceğe umutla bakmalarına yardımcı olma, hastalarına kapasiteleri oranında istihdam edilmeleri için meslek danışmanlığı programları oluşturma gibi çeşitli önemli rol ve fonksiyonları da bulunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı, çok disiplinli ekibin bir parçası olarak, hastalığa eşlik eden ve birbirini etkileyen fiziksel, sosyal ve psiko-sosyal faktörlerin sebep olduğu duygusal ve sosyal stresleri azaltmaya çalışır. Hemodiyaliz hastalarında yaşanan duyguların uygun biçimde ifade edilmesi ve paylaşılması hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu noktada sosyal hizmet uzmanının temel görevi, hasta ve ailesine böbrek hastalığı ile başa çıkma yollarını öğretmektir. Sosyotropik birey, sosyal ilişkilerde ve çatışma benzeri sosyal stres kaynakları karşısında anlık ve sağlıklı duygusal tepkiler verir. Dolayısıyla çatışma ve benzeri olumsuz stres kaynakları karşısında duygu odaklı başa çıkma stratejisini daha çok kullandığı görülmektedir. Duyguya odaklanan başa çıkma stratejisi, bireyin çatışma ve benzeri stres kaynakları karşısında mantıksal analiz yaparak problemi çözme yolunu değil de tam tersine, pasif davranarak sadece ortaya çıkan olumsuz duygularla uğraşma yolunu kullandığını göstermektedir. Yapılan araştırmalar sosyotropik eğilim ile insanlar tarafından reddedilme korkusu ve sosyal yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Otonomide ise sosyotropinin tersine güçlü bir bağımsızlık duygusu, bireysel amaçlara ulaşma ve başarılı olma isteği ön plana çıkmaktadır. Bu eğilim otonomik bireylerde de depresyona yatkınlığa neden olmaktadır (Karahana, 2009). Sosyal hizmet uzmanı hemodiyaliz hastaları ile sosyal grup çalışması yaparak hastanın yaşadığı duygusal baskı, yalnızlık, suçluluk, damgalanmışlık, depresyon, çaresizlik ve umutsuzluk gibi

duyguların değişmesinde, öfke kontrol becerilerinin gelişmesinde etkin rol oynar (Duyan, 1996). Cheung ve arkadaşları (1997), sosyal desteğin sosyotropik bireylerin psikolojik refahına katkı sağladığını ancak otonomik bireyler için sosyal destek katkısının önemli olmadığını saptamışlardır. Blatt ve Zurroff (1992) sosyotropik bireylerin başkaları tarafından onaylanmamak ve onların bağlılığını sürmeye çalışmak konusunda endişe duyduklarını, kendine aşırı güvenen otonom kişilerin ise yakın kişilerarası ilişkilerden kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Öte yandan Beck (1983) sosyotropi ve otonominin bilgiyi işleme sürecinde önemli bir role sahip olduğuna inanmaktadır. Farklı kişilik tipleri ile kişilerin destekleyici kaynakları farklı algıladığını ve olumsuz yaşam olayları düşünüldüğünde psikolojik sıkıntıları farklı derecelerde tecrübe ettiklerini belirtmiştir. Düşünüldüğünde hemodiyaliz hastalarının bazı kişilik özellikleri depresif düzeylerini etkileyebilir, stres faktörlerini arttırabilir ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açabilir. Dolayısıyla sosyotropik-otonomik kişilik özelliklerinin bilinmesi tedavi planlarını, hastanın tedaviye uyumunu ve baş etme becerilerini etkileyebileceği gibi hastanın gelecekte yaşayabileceği olumsuz duygudurum ve davranışlarından kaynaklanan sorunların önlenmesine ve daha kaliteli tedavi süreci geçirmesine katkı sağlayacaktır.

### Kaynakça

- BABADAĞ, K. (2001). Meslekleşme ve Kadın. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya. Kongre Kitabı: 35-39.
- 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.
- Bakhshani, 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.
- Barutçu, E. ve Öktem, Ş., (2003). "İş İlgören Uyumu Açısından Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Bir Uygulama" Ulusal Ergonomi Kongresi, 16-18 Ekim 2003, (41-49) Denizli, Türkiye.
- Baydoğan, M., Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresif 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

Socotropy–Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Philadelphia: University of Pennsylvania.

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.

Blatt SJ, Zuroff DC (1992) Interpersonal relatedness and selfdefinition: two prototypes for depression. *Clin Psychol Rev*, 12:527-562.

Cheung, S.K., Sung, S.Y.K., MAK, Y.S., FUNG, W.W (1997). Sociotropy Autonomy And Differential-Effects Of Social Support On Psychological Well-Being. 40 (2), s. 112-120.

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

Çetin, A. (2008). Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri Ve Depresyon. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı. İstanbul

Daugirdas, J.T., Blake, P.G. (2003). Ing TS. Diyaliz El Kitabı. Bozfakioğlu S (Çeviren). 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi.

Demir, S., Tufan, G., Erem, O. (2010). Sociotropic or Autonomous Personality and Problem Solving in Peritoneal Dialysis Patients. *J Int Med Res*. Jul-Aug;38(4):1491-6.

Dorfman, R.A. (1998). *Paradigms Of Clinical Social Work Vol. 2*. United States.

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 Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 39-43.

Işıkhani, V. (2005). Tüberküloz hastalığının sosyal yönü ve sosyal hizmet yaklaşımı, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 16(1):7-19.

Kabakçı, 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., Okanlı, A., (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu.

Karagözoğlu, Ş. VE Kangallı, P. (2009). Autonomy Levels Among Nurses: Professional-Institutional Factors That Affect Autonomy, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(5): 1085-1097.

Karahan, F. (2009). Bir iletişim ve çatışma çözme beceri eğitimi programının üniversite öğrencilerinin sosyotropi düzeylerine etkisi. *Kuram ve Uygulama Eğitim Bilimleri*, 9(2):769-797.

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

Kaya, N., Aşti, T., Acaroğlu, R., Kaya, H., ve Şendir, M. (2006). Hemşire öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. C.U.

Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10 (3).

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.

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.

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.

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

Özbesler, C., ve İcağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(2).

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.

Sezer, M.T. (2001). Hemodiyaliz hekimi el kitabı. (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utas). 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.

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

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.

Zastrow, C. (2013). Sosyal hizmete giriş. Nika Yayınları.