



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TALASEMİ MAJÖRLÜ ADÖLESANLARDA
BEDEN İMAJININ BENLİK SAYGISINA ETKİSİ**

NURCAN KÜÇÜK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hatice PEK

İSTANBUL -2007



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

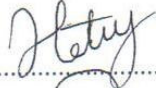
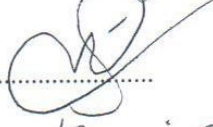
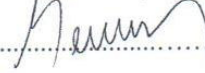
Tez Savunma Tarihi : 11 / 12 / 2007

İMZA

Tez Danışmanı : Prof Dr Hatice PEK
Üniversitesi : Marmara

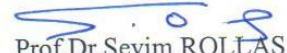
Üye : Prof. Dr. Suzan YILDIZ
Üniversitesi : İ.Ü

Üye : Yard Doç Dr Sevim ULUPINAR ALICI
Üniversitesi : Marmara


.....

.....

.....

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 22 / 12 / 2007 tarih ve 01 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Sevim ROLLAS
Müdür

I. TEŞÜKKÜR

Tüm üniversite hayatım boyunca çalışmam süresince bana rehberlik eden ve her türlü bilgi ve deneyimlerini bana aktaran değerli hocam Prof. Dr. Hatice PEK'e,

Çalışmamı gerçekleştirdiğim S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile S.B. Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi yönetimine, çocuk hematoloji kliniği şeflerine ve poliklinik hemşirelerine,

Çalışmam süresince her türlü yardımlarıyla yanımda olan değerli dostlarıma ve kuzenlerime,

Tüm öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi hiçbir desteğini esirgemeyen canım anneme ve babama, biricik kız kardeşime ve çok sevdiğim eşime sonsuz

TEŞEKKÜR EDERİM.

I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Tez İçinde Kullanılan Kısaltmalar	IV
IV. Tabloların Listesi	V
V. Şekillerin Listesi	VIII

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	9
4.1. Talasemi	9
4.1.1. Talaseminin Genetik Geçışı	10
4.1.2. Beta Talaseminin Klinik Şekilleri	10
4.1.2.1. Talasemi Minör	11
4.1.2.2. Talasemi İntermedya	11
4.1.2.3. Talasemi Majör	11
4.1.2.3.1. TM’de Klinik Bulgular ve Tanı	12
4.1.2.3.2. TM’de Tedavi	13
4.1.2.3.3. TM’de Görülen Komplikasyonlar	15
4.1.2.3.4. TM’de Korunma	17
4.1.2.3.5. TM’de Hemşirelik Bakımı	18
4.2. Beden İmajı	19
4.3. Benlik Saygısı	23
5. GEREÇ VE YÖNTEM	29
5.1. Araştırmanın Şekli	29
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
5.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler	29
5.4.1. Bilgi Formu	30

5.4.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ).....	30
5.4.3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (BSÖ).....	31
5.5. Veri Toplama Yöntemi	32
5.6. Veri Değerlendirilmesi	32
5.7. Araştırmanın Değişkenleri	32
5.8. Kısıtlılıklar	33
6. BULGULAR	34
6.1. Tanıtıcı Özellikler	34
6.2. Hastalığa İlişkin Özellikler	41
6.3. Vücut Algısı ve Benlik Saygısına İlişkin Özellikler	45
6.4. VAÖ İle BSÖ Değişkenler ile İlişkili Özellikleri	48
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	58
7.1. Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması	58
7.2. Hastalığa İlişkin Bilgilerin Tartışılması	59
7.3. Vücut Algısı ve Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışılması	60
7.4. VAÖ ve BSÖ Değişkenler İle İlişkin Bulguların Tartışılması	60
8. KAYNAKLAR	65
9. ÖZGEÇMİŞ	72
10. EKLER	73

III. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR

TM : Talasemi Majör

VAÖ : Vücut Algısı Ölçeği

BSA : Benlik Saygısı Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

UHK : Ulusal Hemoglobinopati Konseyi

KİT : Kemik İliği Transplantasyonu

KHT : Kök Hücre Transplantasyonu

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1: Adölesanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2: Adölesanların Yaş Ortalamaları

Tablo 3: Adölesanların Kilo ve Boy Ortalamaları

Tablo 4: Adölesanların Kilo Persentil Değerlerinin Dağılımı

Tablo 5: Adölesanların Boy Persentil Değerlerinin Dağılımı

Tablo 6: Adölesanların Anne ve Baba Yaşı Ortalamaları

Tablo 7: Adölesanların Anne Eğitim Durumu Dağılımı

Tablo 8: Adölesanların Anne ve Baba Çalışma Durumu

Tablo 9: Adölesanların Anne Mesleği Dağılımı

Tablo 10: Adölesanların Baba Mesleği Dağılımı

Tablo 11: Adölesanların Talasemi Yaşı Dağılımı

Tablo 12: Adölesanların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 13: Adölesanların Talasemi Konusundaki Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 14: Adölesanların VAÖ, BSÖ ve Talasemi Konusunda Bilgi Ortalaması

Tablo 15: Adölesanların VAÖ ve BSÖ Puan Korelasyonu

Tablo 16: Adölesanların Talasemi Konusunda Bilgi Puanı İle VAÖ ve BSÖ Puan Korelasyonu

Tablo 17: Adölesanların Yaşı ile Talasemi Konusunda Bilgi Puanı Korelasyonu

Tablo 18: Adölesanların Yaşları İle VAÖ ve BSÖ Puanı Korelasyonu

Tablo 19: Adölesanların Yaş Grupları İle Talasemi Konusunda Bilgi Puanı Karşılaştırılması

Tablo 20: Adölesanların Cinsiyete Göre Talasemi Konusunda Bilgi Karşılaştırması

Tablo 21: Adölesanların Cinsiyete Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 22: Tedavi Görülen Hastaneye Göre Talasemi Konusunda Bilgi Karşılaştırılması

Tablo 23: Adölesanların Kilo ve Boyları ile VAÖ ve BSÖ Puanı Korelasyonu

Tablo 24: Bazı Demografik Özellikler ile VAÖ ve BSÖ Puanı Korelasyonu

Tablo 25: Adölesanların Kilo Persentillerine Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırması

Tablo 26: Adölesanların Boy Persentillerine Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 27: Adölesanların Kontrole Gitme Sıklığına Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 28: Adölesanların Sınıfta Kalma Durumuna Göre VAÖ ve BSÖ Puanı Karşılaştırılması

Tablo 29: Anne ve Baba Mesleklerine Göre VAÖ ve BSÖ Puanı Karşılaştırılması

Tablo 30: Tedavi Gördüğü Hastaneye Göre VAÖ ve BSÖ Puanı Karşılaştırılması

Tablo 31: Adölesanların İkamet Edilen Yere Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 32: Adölesanların Ev Sahipliğine Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 33: Adölesanların Kendine Ait Odasının Bulunma Durumuna Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 34: Adölesanların Hastalık Nedeni İle Okula Ara Verme Durumuna Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

V. ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1: Vücut Algısı Puanı Dağılımı

Şekil 2: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Dağılımı

Şekil 3: Talasemi Konusunda Bilgi Dağılımı

Şekil 4: Vücut Algısı Puan Ölçeği İle Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Puanı
Sağılımı

1. ÖZET

Talasemi majörlü adölesanlar yaşlıtlarına göre fiziksel gelişimlerdeki ve okul performanslarındaki farklılık nedeni ile düşük benlik saygısı yönünden risk grubu oluştururlar.

Araştırma talasemi majörlü adölesanların beden imajının benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya, Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesinde polikliniklerinde izlemi süren 14 – 18 yaş arası talasemi majörlü olup çalışmayı kabul eden 37 adölesan alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak “Bilgi Formu”, “Vücut Algısı Ölçeği”, “Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri” kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen veri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz ve değerlendirmelerde sıklık dağılımları, merkezi ve yaygınlık ölçüleri bağımsız gruplarda t, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak ise 0,05 alınmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach’s alpha katsayıları Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) için 0.93 , Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) için 0.71 olarak bulunmuştur.

Araştırma grubundaki talasemili adölesanların %51,4’ünü erkek, %48,6’sını kız çocuklar oluşturmaktadır. Yaş ortalaması $15,5 \pm 1,7$ ’tür. Kilo ortalamaları $40,86 \pm 8,92$ ve boy ortalamaları $147,06 \pm 12,44$ ’dür. %51,4’ünün kilo, %56,8’inin ise boy persentil eğrisinin <3 olduğu saptanmıştır.

Adölesanların puan ortalamaları VAÖ $3,80 \pm 0,62$, BSÖ $68,73 \pm 15,89$, talasemi konusundaki bilgi $61,35 \pm 19,31$ olarak saptanmıştır.

Adölesanların cinsiyet ve yaşlarına göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Adölesanların VAÖ ile BSÖ puanı pozitif yönde istatistiksel anlamlılığı olan zayıf bir ilişki göstermiştir ($p<0,05$).

Sonuç olarak; talasemi majörlü adölesanların benlik saygısı puanları yaş ve cinsiyet gibi faktörlerden etkilenmemekle birlikte, kilo, boy, okul devamsızlığı gibi kronik hastalığı ile ilişkili değişkenlerden etkilenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Talasemi, beden imajı, benlik saygısı, adölesan.

2. SUMMARY

THE INFLUENCE OF BODY IMAGE ON THE SELF ESTEEM IN THE ADOLESCENTS WITH THALASSEMIA MAJOR

The objective of this study was to determine the effects of body image on the self esteem in the adolescents with Thalassemia Major.

The study was performed with 37 adolescents in total aged between 14-18, had Thalassemia Major ,accepted to be involved in this study, and was followed-up in the clinics of “Okmeydanı Training and Research Hospital” under the Ministry of Health and “Infantile Diseases Training Hospital” under the Ministry of Health.

“Data Form”, “ Body Cathexis Scale” and “Coopersmith Self Esteem Inventory” was used as data collection tools.

Data collected at the end of the research was analyzed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) package software. Frequency distribution, central and spread measures, unilateral variance analysis for the independent groups and Pearson correlation test was used for analysis and evaluation works.

0,93 was Cronbach’s alpha coefficient of Body Cathexis Scale, 0,71 was Cronbach’s alpha coefficient of Coopersmith Self Esteem Inventory in the study.

There was no statistical remarkable difference noted when the average value of body cathexis is compared with the average value of Coopersmith self esteem scale in accordance with the ages and the genders of the adolescents ($p>0,05$). Coppersmith self esteem and the body cathexis of the adolescents shown a weak relation in between that has a positive statistical significance ($p<0,05$).

Finally; self esteem values of the adolescents with Thalassemia Major was affected by the variables such as weight, height, school attendance that are related to adolescent’s chronic disease although they are not affected by the ages and the genders of the adolescents.

Key Words: Thalassemia, body image, self esteem, adolescent.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Talasemi Majör (TM), bireyi yaşam boyu kan transfüzyonlarına ve şelasyon tedavisine bağımlı kılan bir anemi olarak tanımlanır. Kronik bir hastalık olarak talasemi majörde anemi, büyüme geriliği, hepatosplenomegali, sarı cilt rengi ve karakteristik yüz görünümü vardır(2,6,13,17,27,29,71).

TM, genetik geçişli kronik bir kan hastalığı olan talaseminin homozigot şeklidir. Cooley anemisi ya da Akdeniz anemisi olarak da bilinir (13,17,27,65,75).

Doğumdan sonra en erken 3. ayda ortaya çıkar ve genellikle yaşamın ikinci 6 ayında klinik belirtileri başlayan ağır, hemolitik bir anemidir (13,17,29,33). Derin anemiye bağlı kalp yetmezliklerini önlemek için düzenli aralıklarla kan transfüzyonları gerekir. Transfüzyon yapılmazsa yaşam süresi yalnızca birkaç yıldır. Yetersiz transfüzyon olan bireylerde kemik iliğinde ve ekstramedüller bölgede çok fazla eritrosit yapımına bağlı aşırı derecede büyüme görülür (6,10,17,18,22).

Kemik incelir ve patolojik kırıklar görülebilir. Yüz ve baş kemiklerinde iliğin aşırı genişlemesi tipik bir görünüm yaratır. Burun kökü çökük, frontal ve zigomatik kemikler çıkıktır, maksilla ve beraberinde üst dişler öne doğru fırlamıştır. Başlangıçta büyük olan dalak ve karaciğer ekstramedüller hematopoez ve demir pigmentlerinin birikimi nedeniyle giderek daha da büyür, böylece sekonder hipersplenizm görülebilir. Boy kısa kalır, endokrin bozukluklar sonucu puberte oluşmaz (17,23,29,65).

Pankreastaki demir pigmentlerinin birikimi diabetes mellitusa yol açar. Demir pigmentlerinin birikiminin perikardit, miyokardit, konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyak komplikasyonları ise çoğu kez, adölesan yaşlarında, hastaların eksitus nedenidir. Kan transfüzyonları sonucunda açığa çıkan demire ilaveten barsaklardan demir emiliminin çok artmış olması da demir birikimine yol açar (6,10,23,29).

TM'nin kesin tedavisi yoktur. Doku hipoksisini önlemek için yeterli hemoglobin düzeyini sürdürmeye yönelik destekleyici tedaviler uygulanır. Tedavinin temelini transfüzyonlar, demirin vücuttan uzaklaştırılması ve splenektomi (dalağın çıkarılması) oluştururken gelişen komplikasyonlara yönelik tedavi de uygulanır. Bu tedavinin yaşam boyu sürüyor olması, talasemi majörü kronik hastalıklar içine alır (10,13,17,23,).

Kronik bir hastalık olan TM’de anemi, büyüme geriliği, hepatosplenomegali, sarı cilt rengi ve karakteristik yüz görünümü vardır. Bu olumsuz beden imajı, yaşlılarına göre fiziksel gelişimlerdeki ve okul performanslarındaki farklılık nedeni ile bu çocuklar düşük benlik saygısı yönünden risk grubu oluştururlar (38).

Beden imajının bireyin bedeninden hoşnut olmasıyla ilişkili olduğu ve fiziksel değişikliklerin hızlı yaşandığı bir dönem olan ergenlikte önemli olduğu vurgulanmaktadır. Beden imajı, bedenin öznel ve bireysel algısı olup kişiliğin temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Bireyin fiziksel benliğinin zihinsel bir resmi, benliğin gözle görünen kısmı, özellikle ergenlikte benliğin simgesi olarak nitelenen beden imajı, benlik algısıyla bağlantılı olarak ele alınmaktadır. İdeal ve algılanan beden imajı arasındaki uyumsuzluk olarak da tanımlanan beden imajı doyumsuzluğuyla ilgili yapılan çalışmalarda, ergenlerde beden imajı doyumsuzluğu ve benlik saygısı arasında güçlü bir ilişki saptanmaktadır. Çalışmalarda beden imajı doyumsuzluğunun benlik saygısı üzerinde düzenleyici bir etkisi olduğu; beden imajından doyum ve benlik algısı arasında pozitif yönde bağıntı olduğu bildirilmektedir (<http://www.turkpsikiyatri.com/tekMakale.aspx?gFPrkMakale=453> G.T.:20.10.2007).

Benlik, bireyin davranış biçimini oluşturan tüm özelliklerinin karmaşık bir örtüsü, benlik kavramı ise, insanın kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimidir. Benlik kavramının beğenilip benimsenmesi benlik saygısını oluşturmaktadır. Benlik saygısı; bireyin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur (38,48).

Harter benlik saygısını “bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta” sorusu ile açıklamaya çalışmıştır. Harter benlik saygısına ilişkin iki farklı kuramsal görüş sunmaktadır. Bunlardan birincisi, William Cames’in görüşüdür ki burada benlik saygısı bireyin belirli bir alanda algılanan başarısının oranı olarak görülmektedir ve birey başarıya odaklanmıştır. İkinci kuramsal görüş C. Horton Cooley’in olup, bu görüşe göre benlik saygısı kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algısıdır. Benlik saygısı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler yoğun olarak araştırılmıştır. Düşük benlik saygısı, düşük yaşam doyumu, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle

ilişkilidir. Yüksek benlik saygısının, ailedeki aitlik algısıyla ilişkisi vardır. Ayrıca yüksek benlik saygısı, okullarda akademik başarı ile içsel kontrol, yüksek ailevi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkili bulunmuştur. Erken adölesan dönemi boyunca benlik saygısı fiziksel gelişimin de içinde olduğu birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Ergenlik zamanı (erken, zamanında ve geç) benlik saygısını etkilemektedir. Ergenlik zamanı, fiziksel değişmelere neden olup beden imajı algısını ve kendi bedeninden memnun olmasını etkilemektedir. Son zamanlarda genç adölesanlarda yapılan araştırmalarda ergenlik zamanının hem bedensel imaja ilişkin algı hem de benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (<http://aligullu.freesevers.com/benlikn.html> G.T.:20.10.2007).

Çocuklar, ergenler ve yetişkinler vücutlarının nasıl görüldüğü hakkında belirli bir kaniye sahiptirler. Bu kişinin aynaya baktığında yüzünün ve vücudunun nasıl görüldüğüne ilişkin düşünceleridir. Vücut organlarının ve boyutlarının değiştiği buluşdaki büyüme ve farklılaşma sürecinde, ergenlerin vücutlarının nasıl olduğuna dair düşünceleri de değişmeye başlar. Büyüme ve gelişmeyle ilgili yoğun yaşantıların olduğu dönem 12-16 yaşlar arasıdır (41,72).

Ergenlerin sorunlarına yönelik araştırmalar, ergenlerin bedenlerinin yapısı ve görünüşü ile ilgili kaygılar taşıdıklarını göstermektedir. Yüzün ve vücudun görünüşü, saçın şekli, boy ve ağırlık onların çok ilgilendikleri konular arasındadır. Kültürün ve moda'nın etkisi ile ideal olarak kabul edilen vücut yapısının etkisinde kalan genç, bir "ideal vücut imgesi" geliştirebilir. İdeal olanla kendi görünüşü arasında uyumsuzluk ortaya çıktığında bunu kabul etmek ve kendi hakkında olumlu bir "vücut imgesini" geliştirmek ergenin karşı karşıya olduğu gelişim görevlerinden biridir. Ergenliğin başlangıcı olan buluşda, ikinci yarısından daha çok bedenine karşı bir memnuniyetsizlik vardır. Ergenlik boyunca vücut imgesi yerine oturmaya başlar. Kız ve erkek ergenler yüzün görünüşü, cildin yapısı ve görünüşü, saçların şekli, boy ve ağırlıkla ilgilendirler. Ergenler kendilerini daha beğenilir yapmak için ayna önünde saatler geçirebilir. Kızların, erkeklere göre vücutlarının görünüşünden ve biçiminden daha çok memnuniyetsizlikleri vardır. Göğüslerinin ve kalçalarının görüntüsünü sorun etmektedirler. Erkek ergenler cinsel organların boyu konusunda üzüntü duyabilirler.

Kendisini fiziksel bakımdan düzgün bulan olumlu vücut imgesine sahip bireylerin, yüksek bir oranla olumlu benlik kavramlarına sahip olması beklenmektedir (13,41,72).

Kronik hastalıklı çocuklarda davranışsal ve sosyal problemler, sağlıklı çocuklara oranla en az 2.5 kat daha sık görülmektedir (13,63). Ülkemizde yaklaşık 4000 civarında talasemili hasta bulunmakta ve her yıl yaklaşık 150-200 hasta bebeğin doğması beklenmektedir (6,31,71).

Talasemili preadölesan ve adölesan çocukların psikososyal sorunlarına ilişkin yapılmış az sayıda çalışma vardır. Kılıçarslan(38)'ın yapmış olduğu araştırma sonuçlarına göre talasemi majörlü çocuklarda psikiyatrik bozuklukların, diğer kronik hastalıklı çocuklardan daha fazla oranda görüldüğü bulunmuştur.

Kılıçarslan(38)'ın çalışmasında 5-12 yaş grubu çocuklarda 4 değişkenin (yaş, aile fonksiyonlarında bozukluk, düşük benlik saygısı ve stresli yaşam olayları ile baş etme yöntemleri) çocuklarda depresyonla ilişkisi olduğu belirtilmektedir.

Kronik hastalığı olan çocuklarda primer hemşirelik bakımında amaç; çocuğun hem fiziksel hem de psikososyal yönden ele alınması ve olası komplikasyonların önlenmesidir. Psikososyal problemlerin ele alınarak tedavi edilmesi, diğer tıbbi problemleri de önemli ölçüde azaltmaktadır. Talasemi majörlü çocuklar yaşitlarına göre fiziksel gelişimlerdeki ve okul performanslarındaki farklılık nedeni ile düşük benlik saygısı yönünden risk grubu oluşturlar (23,38).

Yukarıda belirtilen bilgiler doğrultusunda araştırma; talasemi majörlü adölesanlarda beden imajı algısının belirlenmesi, talasemi majörlü adölesanlarda benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi, talasemi majörlü adölesanlarda beden imajı algısının benlik saygısına etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri;

1. Talasemi majörlü adölesanlarda beden imajı algısı düşüktür.
2. Talasemi majörlü adölesanlarda benlik saygısı düşüktür.
3. Talasemi majörlü adölesanlarda beden imajının olumsuz olması benlik saygısını da olumsuz etkiler

olarak düşünülmüştür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. TALASEMİ

Talasemiler globin zincirinden birinin az yapılmasına bağlı otozomal resesif geçiş gösteren bir kan hastalığıdır (17,21,27,29).

Normal erişkin hemoglobininin %96 kadar HbA olduğu ve bu da 2 alfa, 2 beta zincirinden oluştuğu için klinik önemi olan talasemiler alfa ve beta talasemilerdir (6,21,27,29). Beta zincir 11.kromozomda, alfa zinciri ise 16.kromozomda yer alır. Alfa talasemi yaklaşık 80 gen mutasyonunun, beta talasemi ise yaklaşık 200 gen mutasyonunun neden olduğu, kalıtımla geçen prenatal tanısı ve taraması olan kan hastalığıdır (21,33,71).

Alfa talasemide; var olan 4 tane α globin genlerindeki bozukluğa göre 4 çeşit α talasemi oluşur (10,21,27,29,33).

Beta talaseminin ise 3 klinik şekli vardır. Bunlar; talasemi minör (talasemi taşıyıcısı), talasemi intermedya ve talasemi majördür (21,27,33,71,75). Araştırmanın olgularını talasemi majörlü adölesanlar oluşturduğundan sadece β -talasemi majör (TM) konu alınmıştır.

Beta talasemiler otosomal resesif geçiş gösteren hastalıklar içinde dünyada ve ülkemizde en sık görülendir (6,21,71).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu tüm Akdeniz ülkelerinin önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünyadaki taşıyıcılık oranı %5,1 olup ülkelere ve ülkeler içindeki farklı yerleşim birimlerine göre değişiklik göstermektedir. Ülkemizde genel taşıyıcılık oranı %2,1 olup Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Hemoglobinopati Konseyi'nin (UHK) verilerine göre; Marmara, Ege ve Akdeniz bölgelerindeki 16 merkezde, 377.339 sağlıklı kişinin taranması ile son beş yılda belirlenen oranlar %0,7 – 13,1 arasındadır. Türkiye'de yaklaşık 1.300.000 civarında taşıyıcı ve 4000 civarında hasta bulunmaktadır. Ülke nüfusu ve doğum hızı dikkate alınarak hesaplandığında ülkemizde her yıl yaklaşık 150-200 hasta bebeğin doğması beklenmektedir (6,21,31,71).

4.1.1. TALASEMİNİN GENETİK GEÇİŞİ

Talasemi bulaşıcı bir hastalık değildir, genetik geçişi olan bir hastalıktır. Kuşaktan kuşağa geçer (21,27,65).

İnsanlarda bir özelliği gösteren genlerden 2 adet bulunur. Bir talasemi oluşturan mutasyon 1 adet ise kişi talasemi taşıyıcısı, 2 adet ise talasemi hastası olur. Genetik özellikler anne ve babadan geçtiğine göre; bir talasemili çocuğun hem annesinde hem babasında bu mutasyon vardır (21,27,65).

Talasemi geni otozomal resesif geçiş gösterir yani cinsiyet kromozomlarıyla ilişkisi yoktur, kızlarda ve erkeklerde eşit oranda görülür. Hastalar doğuştan bu geni taşıırlar. Çocukta hastalık yoksa hayatın ileri dönemlerinde hastalık oluşmaz (21,27,65).

➤ **Talasemi taşıyıcısı iki ebeveynin;** evlenmesiyle her gebelikte doğacak olan bebeğin taşıyıcı olma riski %50, talasemi majör olma riski %25 ve sağlıklı bebek olma şansı ise %25 tir.

➤ **Sağlıklı ebeveyn ve taşıyıcı ebeveyn** evlenmesiyle her gebelikte doğacak olan bebeğin taşıyıcı olma riski %50 sağlıklı bebek olma şansı ise %50 dir.

➤ **Bir talasemili ebeveyn sağlıklı ebeveyn** ile evlenirse doğacak tüm bebekler talasemi taşıyıcısı olarak doğacaklardır.

➤ **Talasemili ebeveyn talasemi taşıyıcısı ebeveyn** ile evlenirse her gebelikte %50 talasemi taşıyıcısı bebek ve %50 talasemi majörlü bebek doğma riski bulunmaktadır. Böyle bir evlilik öncesi doğum öncesi erken tanı yapılmaktadır.

➤ **İki talasemili ebeveyn** evlendiklerinde ise tüm bebekler talasemili olarak doğacaktır (21,27,65).

4.1.2. BETA TALASEMİNİN KLİNİK ŞEKİLLERİ

Beta talaseminin talasemi minör, intermedya ve majör olmak üzere 3 klinik şekli vardır (21,27,33,65,70,74).

4.1.2.1. TALASEMİ MINÖR:

Beta talasemi geninin taşınması anlamına gelir. Taşıyıcılarda, hatalı genin işlevini yapan bir de sağlam gen bulunduğundan, hastalık belirtisi ortaya çıkmaz (71). Bu heterozigot kişiler sessiz taşıyıcılardır. Sınırdan anemileri vardır. (H+c %35 civarı) mikrositoz (MCU=60) ve yüksek eritrosit sayısı (=6.600/ML) göze çarpar. Hb A2 artmıştır. Klinik adı talasemi minördür. Talaseminin gelecek nesillere aktarımında rol oynar (5).

4.1.2.2. TALASEMİ İNTERMEDYA :

Bazı negro tipi homozigot beta talasemilerde talasemi intermedya denilen daha hafif bir form görülür (5). Hastalığın ara formudur. Hasta anneden ve babadan gelen talasemi genlerinden biri ağır, diğeri görece hafif mutasyondur. Bu nedenle klinik daha hafif seyreder. Ancak klinik spektrumunu oldukça geniş olup, her hastada değişkendir; talasemi minöre yakın bir klinik seyirden, majöre yakın bir tabloya kadar değişebilir. Transfüzyon gereksinimi daha ılımlı olup, ilk transfüzyona 3 yaşından sonra başlanır. Komplikasyonlar daha az sayıda ve daha ileri yaşta ortaya çıkar (65,71).

4.1.2.3. TALASEMİ MAJÖR :

Daha önceleri Akdeniz Anemisi veya Cooley Anemisi olarak da bilinen TM'nin sadece Akdeniz ülkeleri etrafında görüldüğü sanılırdı. Akdeniz Anemisi veya talasemi Yunanca anlamı olarak 'Thalassa' = deniz bir başka deyimle deniz etrafında bulunan ülkelerde görüldüğü için deniz anemisi olarak da bilinirdi. Hastalık Cooley Anemisi olarak da bilinir. Bunun nedeni Dr. Perl Lee ile birlikte Amerikalı pediatrist Thomas Cooley'in 1927 yılında ilk olarak hastalığın karakteristik bulgularını İtalyan hastalar üzerinde yaptığı çalışmalardan saptamasındandır. Bu hastalık dünyanın ılıman ülkelerinde sıkça görülmektedir. Ancak göçler nedeni ile hastalık daha önce görülmeyen bölgelerde de görülmeye başlanmıştır. Özellikle Kuzey ülkeleri olan İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Almanya'da, Güney Avrupa ve Asya'dan gelen göçlerle bu sayı oldukça artmıştır (10,17,27).

Homozigot hastalarda ağır anemi görülür. Talaseminin ağır ve şiddetli şeklidir. Bu grup bireyler beta-talasemi major tanısı ile ömür boyu tedavi görürler.

4.1.2.3.1. TM'DE KLİNİK BULGULAR VE TANI

Homozigot talasemi majör doğumdan sonra en erken 3. ayda ortaya çıkar ve genellikle 10-12. aylarda yaygın olarak görülür. 3-4 aylıktan sonra kendileri için gerekli eritrosit hücrelerini yapamadıklarından dolayı kansızlık belirtileri ortaya çıkar. Çocuklarda renk solukluğu, iştahsızlık, huzursuzluk, karaciğer-dalak büyümesi sonucu karın şişliği, sık sık ateşlenme, gelişme geriliği görülür (13,17,29,33).

İlerleyen anemi ve hipoksi nedeniyle görülen klinik bulgular; güçsüzlük, halsizlik, egzersiz toleransının azalması, baş ağrısı ve anoreksiyadır (6,13).

Hastalık çocuğun yapısında da bozulmaya neden olur. Kemik iliği, kemik içinde genişler ve gereğinden çok eritrosit hücresi yapmak için uğraşır. Bütün bu çabalar boşunadır. Yaptığı eritrositler yeterli hemoglobin taşımaz ve kemik iliğinden dışarı çıkmadan ölür. İliğin bu aşırı çabası, kemiklerin genişlemesine, zayıf düşmesine ve şeklin bozulmasına neden olur. Yanak ve alın kemikleri fırlamaya başlar. Çocuğun yüzü, herkesin fark edebileceği şekilde karakteristik bir görünüm alır (13,17,23,29,65).

Eritrositlerin hemolizinin artması nedeniyle hemosidenin deride birikir ve deri koyu sarı renkte görülür (13,17,22).

Periferik kan yaymasında eritrosit değişiklikleri çok belirgindir. Ağır hipokrami ve mikrositoza ek olarak poikilositoz, anizositoz ve target hücreleri mevcuttur, ayrıca çok sayıda çekirdekli eritrositler (norboplast) görülür. Transfizyon yapılmazsa Hg 5gr/dl' nin altındadır. Serum demiri yüksek, demir bağlama kapasitesi azalmıştır, hemoliz nedeniyle indirekt bilirubin ve yetersiz eritrositin belirtisi olarak LDH yüksektir. Hemoglobin elektroforezinde %50-90 Hb F görülmesi tanı koydurucudur. Hb A2 %7'ye kadar yükselebilir. Hb A2 normal düzeyde olsa bile Hb A'ya oranı çok artmıştır (17,21,75).

4.1.2.3.2. TM'DE TEDAVİ

Tüm kalıtsal hastalıklarda olduğu gibi talasemi majörün de kesin bir tedavisi yoktur. Ancak hastaların, yaşamlarını sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerini arttırabilmeleri için ömür boyu tedavi ve izleme ihtiyaç vardır (6,21,22,23,24,27).

Şu Anda Uygulanan En Önemli Tedavi:

- Kan Transfüzyonu,
- Demir Şelasyonu,
- Splenektomi,
- Komplikasyonların tedavisidir.

Hastaya ömür boyu 2-3 haftada bir kan transfüzyonu yapılır. Hb düzeyini 10 g/dl'nin üzerinde tutabilecek şekilde eritrosit süspansiyonu verilir. Hb düzeyinin bu seviyede tutulması, hastanın normal fizik aktivitelerini sürdürebilmesini, büyüme geriliğini, yüz ve baş kemiklerindeki değişiklikleri ve kalp genişlemesini en aza indirger. Fakat her 250 ml eritrosit süspansiyonu, dokulara fizyolojik yollarla atılamayan 200 mg demir yüklediği için uzun süreli transfüzyonlar sonucunda hemosideroz kaçınılmazdır. Çoğu kez eksitus nedeni olan bu komplikasyonu önlemek üzere vücuttan demir uzaklaştırıcı tedavi uygulanır. Bu amaçla kullanılan ilaç “Desferoksamin”dir ve vücuttaki fazla demirin idrarla atılmasını sağlar. Desferoksamin kas içine verilirse de en etkili uygulama şekli deri altına 8-12 saat sürekli perfüzyondur. Bu tür uygulama bir tür pompa aracılığıyla gerçekleştirilir. 1,5-2,5 g desferoksamin genellikle uyku sırasında, haftada 5-6 gece verilir. Buna ilaveten kan transfüzyonu sonrası damar yoluyla desferoksamin perfüzyonu da yapılmaktadır. Desferoksamin uygulamasına en geç hasta 3 yaşına geldiğinde başlanması gerekir. Desferoksaminle birlikte hastaya verilen 100-200 mg C vitamini vücuttan demir atılmasını arttırıcı etki yapmaktadır (6, 23,24,33).

Son yıllarda desferoksamin uygulamasını kolaylaştırmak için geliştirilen disposebl elastomerik infüzyon pompaları kullanılmaktadır. Bu pompalar ile yine deri altına fakat 48 saat sürekli İnfüzyon uygulanır (23,27).

Ayrıca demir şelasyonu için oral ilaçlar da gündeme gelmiştir. Oral tedavi başlanan hastalar olmakla birlikte bununla ilgili çalışmalar hala sürdürülmektedir (23,24,27).

Hipersplenizm ve eritrositlerin yıkımı nedeniyle artan transfüzyon gereksinimini azaltmak amacıyla splenektomi yapılır. Splenektomi sonrası pnömokoksik enfeksiyonlar ve sepsis tehlikesi nedeniyle bu girişim ancak 5 yaşından büyük, çok sık aralarla kan tranfüzyonu gereken çocuklara yapılır. Splenektomi sonrası pnömokok aşısı da uygulanmalıdır (17,21).

Gelişen komplikasyonlara yönelik de tedavi uygulanır.

ALTERNATİF TEDAVİ ;

KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYONU (KİT):

Bir talasemilinin, kemik iliği yeterli ve normal sayıda eritrosit hücresi yapamaz. Çalışmayan kemik iliği yerine normal kemik iliği yerleştiği takdirde problem çözümlenebilir. Tabi bu, iliğin talasemili vücudun reddetmeyeceği, hastanın doku yapısına uygun bir donörden alınması ile olur (21,22,23,24).

KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYONU (KHT):

Son yıllarda kemik iliği dışında periferik kan ve kordon kanının da kök hücre kaynağı olarak kullanılması, kök hücre naklini gündeme getirmiştir (23,24).

Ekim 1988'den Ocak 2006 tarihine kadar Türk Pediatrik KHT grubu kayıtlarımıza geçmiş Türkiye'de Hemoglobino patili 151 hastaya hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapılmıştır bu hastalardan 148'i talasemi tanılıdır (24). Hastalarla ilgili bazı bilgiler ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Hastaların özellikleri:

Cinsiyeti E/K : 86 / 62

Yaş (Median) : 6 yaş (9 ay – 18 yaş)

Transplantasyon öncesi değerlendirme:

Class I : 29 hasta

Class II : 74 hasta

Class III : 42 hasta

Bilinmeyen : 3 hasta

Sonuçların Genel Değerlendirilmesi:

Toplam Hasta Sayısı : 131

Toplam Transplantasyon Sayısı: 146

Kaybedilen Hasta Sayısı : 19 (%14,5)

Genel Yaşam Oranı : %85,50

Talasemisiz Yaşam Oranı : %74,1

4.1.2.3.3. TM'DE GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

TM tedavisi son yirmi yılda dramatik bir gelişme göstermiştir. Özellikle batı ülkelerinde olmak üzere hastaların yaşam süreleri ve yaşam kalitelerinde ciddi iyileşme görülmüştür. Buna rağmen TM hastaların bir kısmında, yetersiz kan transfüzyon tedavisi, kan ve kan ürünlerinin güvenilirliğinin düşük olması veya desferioksamine tedavisinin yetersiz kullanımı gibi hastalığa ya da yetersiz veya düşük kaliteli tedaviye bağlı problemlerle karşılaşmaktadır (23,24,27).

Talasemi hastaları her kan transfüzyonunda; transfüzyon esnasında yaşanabilecek reaksiyonların yanı sıra kan yolu ile bulaşan hastalıkların [malarya parazitleri, sifilis, AIDS, hepatit enfeksiyonları vb.] bulaşma riskiyle de karşı karşıya kalırlar. Fakat derin anemiye bağlı kalp yetersizliğini önlemek için de düzeli aralıklarla kan transfüzyonu gerekir. (6,21,27).

Yetersiz kan transfüzyonu veya aşırı demir birikimi ile pulmoner hipertansiyon, viral miyokardit, perikardit ve konjestif kalp yetmezliği gibi ciddi *kalp komplikasyonları* sık görülür. Bu kardiyak sorunlar erken yaşta eksitus nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (6,17,21,27).

Yeteriz transfüzyon alan olgularda kemik iliğinde ve ekstramedüller bölgede aşırı eritropoeze bağlı hipertrofi oluşur. Yüz ve baş kemiklerinde iliğin aşırı genişlemesi tipik bir görünüm yaratır. Burun kökü çökük, frontal ve zigomatik kemikler çıkıktır, maksilla ve beraberinde üst dişler öne doğru fırlamıştır. Ayrıca dalak ve karaciğerde ekstramedüller eritropoeze bağlı daha da büyür ve hipersplenezim görülür. Bu durumda splenektomi, yapılması gerekir (17,27).

Aşırı demir birikimi nedeniyle de karaciğer büyümesi olur. Kan transfüzyonu esnasında geçebilecek *hepatit enfeksiyonları* ki özellikle Hepatit C virüsü karaciğerde yerleşirse kronik hepatite dönüşebilir. Hatta siroz ve karaciğer kanserine kadar gidebilir. Günümüzde Hepatit B virüsüne karşı aşılama ile bağışıklık sağlanabilirken Hepatit C aşısı mevcut değildir (6,21,27).

Aşırı demir birikimi, *endokrinolojik komplikasyonlara* da neden olur. Demir vücut fonksiyonlarının çoğunu kontrol eden endokrin bezlerine girer ve onları baskılar. Bu ergenlikte büyüme gelişmeyi yavaşlattığı gibi puberte gecikmesi ve bunlara bağlı boy kısalığı gözlenebilir. Bunun yanında hipertrioidizm hipoparatrioidizm ve yetişkinlerde seksüel fonksiyon bozukluğu gelişebilir. Ayrıca demir birikimi pankreasın işlevini bozduğundan diabetes mellitus görülür. Talasemi hastalarında, osteoporoz da görülmektedir. Anemi, diyetle kalsiyumdan fakir gıdaların alınması, kemiklerde demir miktarının artması, desferrioxamine yan etkisi, gecikmiş puberte yanında, endokrin faktörler ve genetik faktörler osteoporoz gelişmesine neden olur (6,17,21,27).

Aşırı demir birikimi, cilt üzerinde koyu bir rengin ve yama gibi noktaların oluşmasına neden olur (6,21,27).

Bir talasemi hastası ve ailesi aynı zamanda ekonomik açıdan da çok büyük sorunlar yaşar. Çünkü aylık maliyeti çok ciddi rakamlara ulaşan bir hastalıktır. Yaşam boyu, her ay böyle bir maliyetin hastanın kendisi/ailesi tarafından karşılanması mümkün değildir. Bu nedenle hiçbir sağlık güvencesi olmayan hastaların yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu günün şartlarında ortalama aylık tedavi maliyet, 1,5 – 2 milyardır! Bunun yanında hastanede olduğu gün için yeme-içme, ulaşım ve şehir dışından geliyorsa gerektiğinde konaklama ihtiyaçları için yaptığı harcamalar da söz konusudur (22).

Böyle bir hastalığı ömür boyu taşıyor olmak bireyin kendisi ve yakınları için hiç de kolay değildir (22).

Tedaviye ömür boyu katlanmak, sonradan ortaya çıkan diğer fiziksel rahatsızlıklara direnç gösterip onlarla baş edebilmek, maliyetin altından kalkabilmek, kendi kişiliğini ve benliğini bulma çabaları, yaşlılarıyla arasında oluşan farklılıkları kabullenebilmek ve topluma kendini kabul ettirmek, eğitim ve iş hayatında önene konan büyük engellerle mücadele etmek, sağlıklı bireylerle arkadaşlık kurabilmek ve karşı cinsle ilişki oluşturabilmek, daha da önemlisi ölüm kaygısıyla yaşamak çok zordur (22).

4.1.2.3.4. TM'DE KORUNMA

- Bu konuda oluşturulan koruyucu bir devlet politikası,
- Toplum ve sağlıkla ilgili bilinci arttıran güçlü sağlık eğitim kampanyalarının yapılması,
- Taşıyıcıların belirlenmesi ve genetik danışma hizmetlerinin belirlenmesi,
- İntrauterin tanı konulması ve genetik danışma hizmetlerinin verilmesi (21,22,23,24,27,29).

4.1.2.3.5. TM'DE HEMŞİRELİK BAKIMI

- ❖ Hasta ve ailesiyle çok iyi iletişim kurmalı
- ❖ Tanı koyma aşamasında çocuğu / ebeveynleri işlemler sırasında sürekli olarak desteklemeli
- ❖ Talasemi hakkında bilgi vermeli
- ❖ Hastalığı kabullenme ve bununla yaşamayı öğrenmesi konusunda çocuğa / aileye eğitim vermeli ve desteklemeli
- ❖ Kan transfüzyonu işlemini gerçekleştirmeli ve komplikasyonları yönünden gözlemeli
- ❖ Desferoksamin infüzyonunun uygulamalı ve lokal reaksiyon yönünden gözlemeli
- ❖ Çocuğa / ailesine desferoksamin infüzyon uygulaması hakkında eğitim vermeli ve bunu kendi kendine yapabilmesi için desteklemeli
- ❖ Cerrahi işlem gerektiğinde pre-op ve post-op bakım gerçekleştirmeli
- ❖ Çocuğu gelişebilecek ciddi komplikasyonlar yönünden gözlemeli ve hastayı bu konuda bilgilendirmeli
- ❖ Fiziksel hareketleri tolere durumunu değerlendirmeli
- ❖ Enfeksiyonlara eğilimi olduğundan çocuk enfeksiyonlar yönünden korunmalı, enfeksiyonlu kişilerle teması önlenmeli ve bu konuda eğitim vermeli
- ❖ Toplumda talaseminin önlenmesine yönelik çalışmalarda yer almalı (13,58).

4.2. BEDEN İMAJI

Birey, bedensel ve ruhsal yapısı, sosyal ve entelektüel yönleriyle ele alınması gereken bütüncü bir yapıya sahiptir. Beden kavramı, bedenin dış görünüşü ve içyapısı ile ilgili bireyin tüm algı ve bilgisini içerir. Beden imajı bireyin kişiliği, değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri ile ilgili bireysel düşüncelerinin tümü ile biçimlenir (12,25,32,70).

Beden imajı ve ben kavramı çocukluk döneminde gelişmektedir. Bu dönemde çocuk çevresinden deneyim kazanır, bu deneyimi geliştirir ve çevresiyle tepkide bulunur. Çocuğun vücut sınırlarını kesin olarak belirlemesi, beden imajı oluşumunu kavraması ile gerçekleşir. Hastalık, yaralanma ve gebelik gibi normal fizyolojik değişikliklerde birey beden imajı sınırlarını kullanmaz, dolayısı ile kullanılmamaya bağlı olarak bozulur ve yargılar değişir (12,28,70).

Beden imajı bireyin geçmiş deneyimlerinden oluşan bir varlıktır. Genellikle bireyin birçok durum karşısında bedenini deneyimlediği ve diğer bireylerin kendi bedenine gösterdiği tepkileri fark ettiği öğrenme süreci sırasında gittikçe artan gelişme olarak tanımlanır. Genellikle birey kendi bedenini algıladığı ve değerlendirdiği zaman bedeni, öz-saygısını ve güvenini belirlemede önemli rol oynar (12,70).

Beden imajı kavramını her uzman kendi uzmanlık alanına göre, bölümlere ayırarak ele almıştır. Bu nedenle bu kavram incelenmiş ve kendi anlamını bulamamıştır. Beden imajı kavramı birçok disiplinlerde uygulanma olanağı bulunduğundan, çeşitli tanımları yapılmıştır. Ancak aralarında bir farkın olmadığı görülmüştür (12,19).

Beden imajı kavramı önceleri psikiyatrik ve nörolojik sorunlar, psikoterapi ve psikosomatik hastalıklarla ilgili çalışmalarda ele alınmıştır. Günümüzde birçok disiplinler bu kavramdan yararlanmaktadırlar. Hemşireliğin de gittikçe artan bir oranda bu kavramdan yararlandığı ve hemşirelerin sağlam/hasta bireyin bütüncülüğünün korunması gerektiği bilincinde oldukları görülmektedir (19,70).

1859 yılında Florence Nightingale hastanın hastalığı ya da sağlığı hangi seviyede olursa olsun, hemşirenin beden bütünlüğünü korumalı ve devam ettirilmesinde

yardımcı olması gerektiğini ifade etmiştir. O tarihten itibaren hemşireler beden imajı kavramına önem vermiştir (9,12).

1920’li yıllarda bir nörolog olan Head beden şeması terimini öne sürmüştür. Buna göre beden şeması “ daha çok duygusal kortekste organize edilmiş olan geçmiş yaşantılar ve şimdiki duyumlardan oluşan bir bütün “dür, tanımladığı belirtilmiştir (12,18).

Freud psikoanalitik kuramında beden imajını ego kavramı ile eşleştirmiş ve yeni doğanda henüz ayrılmamış olan bireysellik kavramının giderek düzenli organize ve farklı bir yapı oluşturduğunu belirtmiştir (12,32).

1982 yılında Chilton, 1984 yılında Gillies, 1990 yılında Burnard ve Morrison, 1991 yılında Cohen öz saygının bireyin kendi beden imajı ve fiziksel görünüm ile doğrudan etkileneceğine birey fiziksel görünümünden memnunsa, öz saygının oluşumu üzerinde olumlu etkilerin olacağını ifade etmiştir. Beden imajı bireyin bedenine yönelttiği bilinçli ve bilinçsiz tutumların toplamıdır. Giysiler, takılar ve makyajın olduğu kadar yardımcı materyallerin (tekerlekli sandalye ve baston gibi) beden imajı içine dahil olduğunu savunmuşlardır. Cohen de beden imajını etkileyen etmenlerin toplam vücut ağırlığı, ölçütleri beden bölümlerinin oranları, renkleri, cinsiyeti, yüz hareketleri, özellikleri ve cildin özellikleri olduğunu belirtmiştir. Buna karşın Fisher’e göre beden imajı, bedenin psikolojik bir deneyimini yansıtır ve bireyin duygu ve düşünceleri bedeni üzerine odaklanır (9,12,18,32,70).

Beden imajı fizyolojik temele dayanmasına karşın fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşur. Bu nedenle, bu yalnız bireyin kişilik yapısını içermekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal olarak sosyolojik bir anlamada sahiptir. Beden imajı, bireyin bedenine ait örnek deneyimleri ve bunları organize etme durumu ile ilişkilidir (70).

Araştırmacılar, beden imajının iki kısma ayrıldığı konusunda fikir birliği içindedirler. Birincisi algısal, ikincisi ise nesnel ya da tutumsal (bilişsel) beden imajıdır. Algısal beden imajı, beden şeması, antropometrik beden ölçümleri tahminini içerirken; tutumsal beden imajı, beden kavramı, bedene ilişkin düşünceler, inançlar ve bilgileri içerir (11).

Beden imajının gelişimi, bireyin kendi bedenini değerlendirmesi ve çevresindekilerinin değerlendirmesi arasındaki uyumun derecesinden önemli oranda etkilenir. Beden imajının ölçümleri, genellikle tüm bedenden hoşnut olma derecesiyle elde edilir. Adölesan döneminde de bu durum daha çok önem kazanır (11).

Adölesan dönemi ile başlayarak adölesanın bedeninde birçok değişiklik olmaktadır. Bu hızlı ve önemli değişiklikler nedeni ile adölesanın beden imajında da uyumsal değişiklikler olması beklenir. Adölesan dönemi boyunca beden imajı, bedensel değişikliklere ayak uydurmak üzere değişir. Adölesan döneminde, bedene yönelik ilgi artmakta ve önem kazanmaktadır. Adölesanın değişen fiziksel görünüşleri, artan bilişsel yetenekleri ve iç gözlem kapasiteleri onların zihinlerini aşırı derecede ve olumsuz olarak, kendileri ve bedenleri hakkında başkalarının algılamaları ile meşgul edebilir (9,11,41,70).

Adölesan dönemde hızlı büyümeye bağlı değişiklikler beden imajı değişimini zorunlu kılar. Beden imajı adölesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri deneyimlemesi sonucu oluşur. Adölesan bedenini hem dış görünüşe hem de bedeninin kendisine yararına göre algılar. Bedeni amaçlarına ulaşmasına olanak verirse, ona alışır. Diğer yandan bedeninin yararlılığının sınırlandığını algıarsa kendini engellenmiş hisseder, her iki algılama biçimi de adölesanın beden imajını fark etmesini sağlar. Bu dönemde dış görünüşe ilgi fazladır. Her gün değişik bir giysi giymek eğilimi vardır. Adölesanın çevresi de bedeninde olan değişiklikleri değerlendirir ve yeni imaj nedeniyle fazla hassas olabilirler ki bu da beden imajının tam olarak oluşmasına ya da kendi görüşünün bozulmasına neden olabilir. Zaman içindeki öğrenimi, deneyimleri ve ailesinin de yardımı ile beden imajına daha gerçekçi bir yaklaşımda bulunan adölesan, herhangi bir bedensel sınırlılığı kabul eder, sonunda erişkin beden imajını kabul eder (32,41,70).

Erişkin beden imajı ve ben kavramı sosyal değişkenlerle biçimlenir. Toplumda kültürle uyumlu bir şekilde görünüşü normal olan bir beden imajı benimsenir. Erişkinin benden imajı, ben kavramı, kimlik ve kişilik arasında dinamik bir etkileşim gösterir. Kendi beden imajı hakkında olumlu düşünen birey olumlu tutum gösterir ve bu da olumlu kişilik ve özgüvene yöneldiğinin ifadesidir (32,70).

Daha önceden yapılan bazı çalışmalar, beden imajının ergenlik süresince değiştiğini göstermiştir. Örneğin, 5 yıllık bir dönem boyunca, verilen bir yaştaki bedenden hoşnut olma düzeyleri, diğer yaşlardaki düzeylerle, yüksek oranda ilişkili görünmektedir. Ayrıca, kızlarda pubertal gelişimden en çok etkilenen beden kısımları, sıklıkla hoşnutsuzluk hedefidir. Ergen kızlar üzerinde yapılan bir kesitsel çalışmada, göğüs bölgesi, kalça, uyluk bölgelerinden hoşnutsuzluk yaygınlığının yaşla arttığı gösterilmiştir (11,22).

Allgood-Merten, Silberstein, Rosen, Ross ve arkadaşlarının ayrı ayrı yaptıkları araştırmalar, beden hoşnutsuzluğunun benlik saygısını da etkilediğini göstermiştir. Beden imajından hoşnut olma ile benlik kavramından hoşnut olmanın pozitif olarak ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Karşı fikir olarak Fabian ve Thompson da, kendilik saygısı ile beden hoşnutluğu arasında bir bağıntı olmadığını bulmuşlardır. Kolody ve Sallis beden kitle indeksindeki artışın, prepubertal çocuklarda bile, kendilik kavramında ve beden imajında olumsuz değişikliklere neden olduğunu göstermiştir (11).

4.3. BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı “self”e ilişkin bir kavramdır. “Self”in Türkçe karşılığı olarak “öz” (Enç, 1974; Hançerlioğlu, 1988), “kendilik” (Öztürk, 1985), “benlik” (Yörükoğlu, 1985) ve “özbenlik” (Öztürk, 1986) sözcükleri önerilmektedir. “Self”in Türkçe’deki tanımlamasında, bu sözcüklerden bazen biri, bazen diğeri kullanılabilir (35).

Benlik kavramı, günümüzde çeşitli disiplinler tarafından üzerinde durulan ve çeşitli boyutları ile incelenen bir konudur. Benliğin kısmen sosyal bir gerçeklik olduğunu iddia eden Bandura, bireyin zamanla öğrendiği davranışları, cezaları ve ödülleri içselleştirerek benliğini oluşturduğunu ileri sürmektedir (7,61). Jung ise benliği kişiliğin merkezi olarak kabul ederek, bu kavramın her şeyin kaynağı olduğunu belirtmektedir. Benlik saygısı (self-esteem) ise benlik kavramının sosyal kimlik, kişisel kimlik ve beden imajı gibi çeşitli komponentlerinde bireyin kendini nasıl hissettiğidir. Benlik saygısı düzeyi, okul ve işteki başarı durumunu, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, kişisel canlılığı etkilemektedir (7).

Freud’un psikanalitik kuramına göre benlik ve ego, yapıları bakımından birbirlerine benzemekle birlikte, farklılıklarda göstermektedir. Burada benlik; id, ego ve süper egoyu da kapsayan bir yapı olarak ele alınmaktadır (35,42).

Rosemberg’e göre benlik kavramı bireyin bir nesne gibi kendisine yönelttiği duygu ve düşüncelerinin bir toplamıdır (35,42,43).

Yörükoğlu(74)’na göre benlik kavramının, benlik-imgesinin beğenilip benimsenmesi benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendisini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur.

Birçok yazar ve kuramcı, benlik saygısını, bütün bir yaşam sürecini kapsayan ve öğrenilen bir kavram olduğunu savunmaktadır. Bu öğrenme süreci, bireyin sosyal çevresiyle etkileşimi çerçevesinde ele alınmaktadır. Sosyal çevre temelde asıl kaynağı aile olarak ele alınan ve bireyin yaşam boyu değişik durumlarda karşılaştığı ve kendisi için önem taşıyan diğer insanları da kapsayan bir çevredir (14,35,45,73).

Bir insan olarak, hangi davranışların doğru hangilerinin yanlış olduğuna karar vermek, toplumda kullanılabilen değer yargılarını tanımak, başkalarıyla olan ilişkilerde davranış modellerini benimsemek kendine ait bir benlik ve değerlik duygusu kazanmak, sorumlu ve uyumlu olmayı öğrenmek, ailelerin etkisiyle gerçekleşmektedir (14,3545,73).

Birey, doğumdan itibaren bir toplumsallaşma süreci içine girer. Büyüdükçe, bireyin benliği, toplumsallaşma sürecini yalnızca bir ürünü değil, aynı zamanda gerçek ve etkin bir parçası olarak ortaya çıkar. Yaşamın her anında görülen seçme eyleminde, bireylerin kendisine nasıl görüp değerlendirdiği, yani benlik kavramı büyük rol oynar (35,56).

Bireyin kendini gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucu, kendini, yeteneklerini tanıması ve benimseyerek kendine sevgi, saygı ve güven duyması olarak toparlanabilen benlik saygısının, ruh sağlığı ile yakın ilişkisi olduğu öne sürülmüş ve bu konuda çeşitli araştırmalar yapılmıştır (35).

Çuhadaroğlu (14), düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza değin değişik patolojik durumların görülmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir.

Yörükoğlu(74)'na göre, ergenlerde gözlenen davranış bozuklukları da aslında benlik saygısındaki düşüşe karşı bir tepki olarak ortaya çıkan tutumlardır.

Yapılan araştırmalarda, sürekli kaygı düzeyi yüksek olan öğrencilerin, düşük olanlara kıyasla kendilerinden daha az hoşnut oldukları; gerçek ve ideal benlik saygıları arasında büyük farklılıklar olduğu ve yüksek kaygılı bireylerin genellikle kendilerinden memnun olmama eğilimi gösterdikleri belirlenmiştir (35).

Sağlıklı bir benlik kavramı olan bir birey çevreden yansıtılan değerlendirmelerle, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini kavrayabilir ve kabullenir. Yüksek benlik saygısı olan bireyler, kendilerini hatalarına ve kusurlarına rağmen değerli hissederler. Bu bireyler, belirledikleri amaçlara gerçekçi olarak nasıl ulaşabileceklerini bilirler ve kendi yaptıklarının sorumluluğunu kabullenirler. Başarısız olduklarında, başa çıkma yollarını

yeniden değerlendirir ve başka bir yöntem seçerler. Başarısızlığı, tümüyle bir hata olarak değil, kendilerini geliştirmek için bir olanak olarak değerlendirirler (35,56) .

Kendine değer veren, benlik saygısı yüksek bireylerin insan ilişkilerinde daha toleranslı olduğu, daha bağımsız davranabildikleri, grup etkileşimlerinin daha fazla olduğu, yaşamı daha anlamlı buldukları, fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu, daha iyi öğrenci oldukları, daha az anksiyete ve depresif oldukları iş yaşamında bağımsızlığa değer veren yarışmaya açık ve başarılı olmayı arzuladıkları kabul edilir. Tersine benlik saygısı düşük olan kişilerin yaşamlarında mutsuz olmaları olasıdır ve ruhsal dengesizlik görülebilir (60,64,68).

Benlik saygısı, Maslow'un temel gereksinimler piramidinde dördüncü basmakta yer alır ve kendine güven, değer ve başarıyı işaret eder. Bu sistem içinde bireyin kendini gerçekleştirmesinin ön koşulu benlik kavramı düzeyinin yüksek olmasıdır (9).

Erikson; benlik saygısının, kimlik gelişimi ve kendilik duygusu kazanılmasında önemli rolü olduğunu vurgulamıştır. Özellikle adölesan dönemi, daha önceki gelişim dönemlerinin yeniden yaşandığı, bazı özelliklerin değişip yeni bir benlik oluşumunun yaşandığı süreç olarak, yüksek benlik kavramı düzeyinin oluşması için önemli bir aşamadır (55,56,69).

Rogers'ın benlik kavramı, kişinin kendisini algılamasından oluşan gerçek benliği (real-self) ve kişinin olmak istediği ve olması gerektiğine inandığı nitelikleri temsil eden ideal benliği (ideal-self) içerir. İdeal benlik, Freud'un süper egosuna benzer bir kavramdır (48).

Rogers; gerçek benlik (algılanan benlik) ile ideal benlik arasındaki uyum ve farklılıkların bireyin benlik saygısını olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini ve bireyin benlik saygısının gerçek benliğin ideal benliğe yaklaştığı ölçüde artabileceğini vurgulamıştır (69,48).

Coopersmith'e göre; benlik kavramı düzeyi yüksek olan birey kendini olumlu değerlendirir ve kendine olan saygısı da yüksek olur. Çocuk büyüdükçe benlik kavramında değişiklikler meydana gelir (43,69).

Stanley Coopersmith tarafından geliştirilen Benlik Saygısı Envanteri (Self-Esteem Inventory) kişinin çeşitli alanlarda kendisi hakkındaki tutumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçme aracıdır (67).

Coopersmith bu envanter için geçerli olan benlik saygısı kavramını kişinin kendisi hakkında ve sürekliliği olan değerlendirmesi anlamında kullanmaktadır. Bu değerlendirme kişinin kendisi için onayladığı ya da onaylamadığı bazı özellikleri ile ilgilidir. Onun nelerin üstesinden gelebileceği, neleri başaracağı, nelere önem verdiği ve bunların önem derecesi gibi özellikleri ile ilgili tutumunu ortaya koyar. Başka bir deyişle benlik saygısı kişinin değerliliği hakkındaki yargısıdır. Öznel olan bu değerlendirme çevreye sözel olarak ya da davranışlar yoluyla aktarılır (67,68).

Değerlendirmenin 3 özelliği vardır:

1. Benlik saygısı kişinin kendisiyle ilgili genel değerlendirmesini yansıtan bir yargıdır.
2. Bu yargının göreceli sürekliliği vardır, hemen değişmez.
3. Kişinin yaşına, cinsiyetine ve sosyal rollerine bağlı çeşitli konumlarına göre farklılaşabilir (67,68).

Kişinin kendisi hakkındaki yargısı, başkalarının onu olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesinden çok daha önemlidir. Bu nedenle kişi kendi yargısını benimsemeyi yeğ tutar ve bu yargının değişmesine direnç gösterir. Bu durum, onun psikolojik dengesini koruyabilmesi için de gereklidir (67).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilme, başarma, başarıları ile öğünme, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilen olma ve kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkidir (49,71).

Benlik saygısının seviyesi, kişinin okul ve işteki başarı ve becerisini, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik derecesini etkilemektedir. Benlik saygısını yüksek seviyede ve tutarlı

olarak sürdüren normal sağlıklı kişiler, canlılık ve enerjilikle özdeşirler. Bu kişiler kendilerine güvenen kişiliktendirler. Zayıf yapılanmış benlik saygısına sahip kişiler ise canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış kişilerdir (49,73).

Her insanın ulaşmak istediği bir benlik kavramı vardır. Ve yaşamı boyunca insanın tüm çabaları, özlediği, kendine yakıştırdığı benlik kavramını geliştirmeye yöneliktir. Bireyin, duygu, düşünce ve algılarının tümü olan benliğin gelişmesinin önem kazandığı dönem hiç kuşkusuz adölesan dönemidir (12yaş-21yaş). Çocukluk döneminde çevreyi tanımaya yönelik olan tüm çabalar adölesan döneminde yerini duyguların, bedenin incelenmesine, nasıl bir kişi olduğu, ne olmak istediği konusundaki düşüncelere bırakır. Kendi benlik kavramlarını tanıma ve kabul etme adölesandaki benlik arayışının belirtileridir. Yine adölesan döneminde bir mesleğe aday olma, aileden bağımsız karar verme, farklı yörelere geçiş, farklı sosyo kültürel düzeylerden yeni arkadaş çevresi içine girme gibi üniversite yaşantısının getirdiği değişimlerde söz konusudur. Bu değişimler de gençlerin bir guruba ait olma, saygı görme, sevilme, kimliğini tanıma, kendilik değeri gibi birçok duygusal gereksinimini tehdit etmektedir. Adölesan döneminde bireyin yaşamında önemli etkileri olan biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişimler gerçekleşmektedir. Fiziksel değişimlere karşı kız ve erkek adölesanda ambivalan bir tutum olmakla birlikte kız ergenlerde estetik kaygıları daha ileri düzeydedir. Yine kızlarda değişimler daha geniş bir zaman dilimi içerisine yayılarak daha yavaş sürmektedir. Ayrıca ergenlerde hızlı fiziksel değişikliklere uyumun yanı sıra, aileden kısmen ayrılarak bağımsız bir kişiliğe yönelmesi ve yetişkin yaşamın getirdiği rollere de (kadın/erkek, eş, arkadaş, mesleksel, anne/baba vs.) uyum sağlaması gerekmektedir. Kız ve erkek ergenlerde psiko sosyal değişikliklerle ilgili farkın altında yatan nedenlerden birisi toplumda kadına yüklenen rollerle ilişkilidir (7,13).

Adölesan dönemi hızlı bedensel değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Ancak kronik hastalığı olan adölesan bu fiziksel değişiklikleri farklı şekilde yaşayabilir. Bu dönemde görülen kronik hastalıklar, hem adölesanın değişen vücudunu kontrol etme yeteneğini etkiler, hem de normal gelişimini önemli ölçüde geciktirir. Örneğin adölesanın boyu kısa kalabilir, cinsel gelişimi gecikebilir ve hastalık ya da tedaviye bağlı olarak görülebilir nitelikte fiziksel yetersizlik gelişebilir. Bu değişiklikler

sonucunda kronik hastalığı olan adölesan, hastalığa bağlı fiziksel yetersizlikleri, değişen benlik kavramına entegre etme sorunu ile karşılaşır (13,39).

Adölesan vücut fonksiyonlarındaki değişikliklerle baş etmenin yanı sıra, çeşitli yeni sosyal ve duygusal roller üstlenir. Adölesan dönemde fiziksel görünüm, beceriler ve yetenekler akranlar için çok değerlidir. Hastalık nedeni ile bu niteliklerinden birisi sınırlanan adölesan sıklıkla bu önemli gruptan kendini reddedilmiş hissedir. Adölesanların kendi kimliklerini geliştirmeye çalıştıkları bu dönemde, hastalık nedeniyle benlik kavramları ve benlik saygıları önemli ölçüde etkilenir ve içe kapanma eğilimi görülür (13,39).

Ayrıca kronik ya da geçici bir fiziksel hastalığı olan ergenlerde benlik saygısının araştırıldığı bir çok çalışmada, bazı fiziksel hastalıkların, beden şeklinin bozulmasına, kendi bedenini kontrol edememe ve utanma duygularına neden olabildiği ve bunların benlik saygısını etkileyebildiği saptanmıştır (4,35,55).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli:

Araştırma, talasemi majörlü adölesanlarda beden imajının benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Çalışmada, adölesanların demografik özellikleri, beden imajı ve benlik saygısı puanları değerlendirilerek beden imajının benlik saygısına etkisi karşılaştırılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Çalışma, Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesinde 01.01.2006 ve 31.05.2007 tarihleri arasında gerekli izinler (Ek: 5 - 7) alındıktan sonra yapılmıştır.

Her iki hastanede de talasemililer için transfüzyon odaları mevcut olup hastaların düzenli ve rahat takibi için poliklinik günleri belirlenmiştir. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde talasemililer için Çarşamba, Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesinde hasta sayısı da göz önünde bulundurularak pazartesi, salı ve perşembe günleri seçilmiş.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Çalışmanın evrenini, belirtilen kurumların polikliniklerinde izlemi devam eden 14 – 18 yaş arası talasemi majörlü çocuklar, örneklemi ise belirtilen kurumların polikliniklerinde izlemi süren 14 – 18 yaş arası talasemi majörlü ve çalışmayı kabul eden 37 adölesan oluşturmuştur.

5.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler

Veri toplama aracı olarak;

1. Bilgi Formu (Ek:1)
2. Vücut Algısı Ölçeği (Ek:2)
3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Ek:3) kullanılmıştır.

5.4.1. Bilgi Formu: Adölesanların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Ek:1). Üç bölüm içermektedir. Bunlar:

- Birinci bölüm: tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sorular (15 soru),
- İkinci bölüm: hastalığa ilişkin sorular (6 soru),
- Üçüncü bölüm: hastalığını bilmeye ilişkin sorular içermektedir (12 soru).

Birinci bölüm 15, ikinci bölüm 6, üçüncü bölüm ise 11 olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Bunlardan 16 sı açık uçlu, 16 sı kapalı uçlu sorudur.

Araştırmaya katılan adölesanlara talasemi konusunda bilgi düzeylerini ölçmek üzere bilgi formundaki 10 soru değerlendirilmiştir. Bu formda eğer adölesan sorunun cevabına ilişkin tam bilgiye sahip ise 10 puan, eksik bilgiye sahip ise 5 puan, hiç bilgisi yok ise 0 puan almaktadır. Böylece adölesanlar talasemi bilgi formundan 0 ile 100 arasında değişen puanlar alabilmektedir.

5.4.2. Vücut Algısı Ölçeği:

Adölesanlarda beden imajı doyum düzeyini belirlemek amacı ile Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilmiş olan Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) - Body Cathexis Scale (BCS) kullanılmıştır (Ek:2) .

Ölçeğin Türkçeye uygulanması S. Hovardaoğlu (1989) tarafından yapılmıştır. Hovardaoğlu 200 deneklik bir örneklem üzerinde geçerlik/güvenirlik çalışmalarını yapmış ve Cronbach's alpha İç Tutarlık Katsayısı'nı 0,91 ($p<0.01$) olarak bulmuştur(26).

Araştırmada ise VAÖ'nün Cronbach's alpha katsayısı 0,93 olarak tespit edilmiştir.

Ölçek 5 dereceli likert tipi cevaplanan 40 maddeden oluşmaktadır. Her madde bir organ veya vücudun bir bölümünü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) tanımlamaktadır. Bunlar “Hiç Beğenmiyorum – Beğenmiyorum – Kararsızım – Beğeniyorum – Çok Beğeniyorum” şeklinde ifade edilmiştir. Ölçekteki

her madde 1 ile 5 arasında puanlanabilmektedir. Çalışmada öğrencilerden elde edilen VAÖ puanları her kişi için sorulara verilen puanlar toplamı/40 şeklinde formülize edilerek 5 üzerinden ortalamaları alınmıştır. Bu ölçekte 5 en yüksek durumu gösterirken, 1 en düşük durumu göstermektedir (26).

5.4.3. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri:

Adölesanlarda benlik saygısı durumunu değerlendirmek için S. Coopersmith tarafından geliştirilen Benlik Saygısı Envanteri kullanılmıştır (Ek:3) (43,44).

Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) “Benim Gibi” ya da “Benim Gibi Değil” biçiminde işaretlenebilen 58 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerde kişinin hayata bakışı, aile ve sosyal ilişkisi, kendisi hakkındaki değerlendirmesi, kendisini nasıl gördüğü ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Analitik çalışmalar, ölçeğin çok yönlü, heterojen bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur. (Swindle, 1985). Bu şekliyle ölçek, kişinin lider olması, kendini kanıtlama veya aşağı görme gibi kişisel yargıları yanında ailesi ile ilgili tutumlarını da ölçme esnekliğine sahiptir (43,44).

Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmaları, yurt dışında Taylor ve Reitz, Crandall, Silber ve Tippet tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise güvenilirlik çalışması Turan tarafından (1986) 30 onkoloji hastası üzerinde yapılmış, korelasyon katsayısı $r = 0.65$ ($p < 0.05$) olarak bulunmuş, yine Turan tarafından (1987) 56 kişilik üniversite öğrencisine uygulanarak, korelasyon katsayısı $r = 0.76$ ($p < 0.05$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışması Turan tarafından (1987) 200 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Sonuç olarak Coopersmith BSÖ’nün Türkçeye uyarlanmış şekliyle geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir (43,44).

Araştırmada Coopersmith BSÖ’nün Cronbach’s alpha katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur.

Coopersmith BSÖ’nün araştırmada kullanılan kısa formu ise toplam 25 sorudan meydana gelmekte ve kişinin kendisinde o özelliği görmesi ya da görmemesi ile puanlanmaktadır (53). Ölçekte bulunan maddelerin bazıları ifade ettiği duruma göre ters

evrilerek puanlanmış ve daha sonrasında 100'lük puana çevrilmiştir. Ölçekte 100 en ysek, 0 ise en düşük durumu göstermektedir.

5.5. Veri Toplama Yöntemi:

Adlesanlara araştırmacı tarafından çalışmanın amacı ve onlarla ilgili her türlü bilginin gizli kalacağı konusu açıklandıktan sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek:4) imzalatılarak Bilgi Formu, Vücut Algısı leği, Coopersmith Benlik Saygısı leği uygulandı. İşlem yaklaşık 30-40 dakika sürdü. Polikliniğe kontrole geldiğinde yapılan kilo ve boy lmleri, Bilgi Formuna kaydedildi.

5.6. Veri Değerlendirilmesi:

Çalışmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 11.5 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Vücut algısı ve Coopersmith benlik saygısı leğinden elde edilen puanlar; hem normal dağılım eğrisi ile çizilen histogramlar hem de One Sample Kolmogorow-Smirnow normal dağılım testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılıma uygun olduğu saptanmıştır. Bu nedenden çalışmanın tümünde yer alan analizlerde parametrik istatistik testleri kullanılmıştır.

Analiz ve değerlendirmelerde sıklık dağılımları, merkezi ve yaygınlık ölçüleri bağımsız gruplarda t, tek yönlü varyans analizi ve pearson korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak ise 0,05 alınmıştır.

5.7. Araştırmanın Değişkenleri:

- **Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri adölesana, ebeveyne, hastalığına ve hastalığını bilmeye ilişkin özelliklerdir.

- **Bağımlı Değişkenler**

VA puanı ve BS puanı da araştırmanın bağımlı değişkenidir.

5.8. Kısıtlılıklar:

Araştırma kapsamına alınması planlanan kurumlardan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden gerekli izinler alınamadığı için bu kurumlar araştırma kapsamından çıkarılmak zorunda kalmıştır.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu'nun onay verme koşulu getirmesi nedeniyle Bilgi Formunda kurul tarafından istenilen değişiklikler yapılarak; bazı sorular çıkartılmış ve Coopersmith BSÖ'nün kısa formu kullanılmıştır. Ayrıca 9 – 18 yaş arası çocukların örneklem grubuna alınması planlanmış ancak 14 – 18 yaş arası çocuklarda yapılmasına izin verildiğinden 14 -18 yaşlar arasındaki adölesanlarda yapılabilmektedir.

Bilgi Formunda anne ve baba eğitimi ile ilgili soru hazırlanmış ancak baba eğitimi ile ilgili sorunun çıkartılması istendiği için sadece anne eğitimi ile ilgili bilgi alınabilmektedir.

Araştırmaya vaka seçim kriterlerine uygun olarak belirlenen adölesanların katılmak istememeleri nedeniyle 14 vaka kaybı olmuştur.

6. BULGULAR

Talasemi majörlü adölesanların beden imajının benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bulgular dört bölümde ele alınmıştır.

1. Birinci bölümde; adölesan/aile ile ilgili tanıtıcı özellikler,
2. İkinci bölümde; talasemi majörlü adölesanlarda hastalığa ilişkin özellikler,
3. Üçüncü bölümde; adölesanlarda vücut algısı ve benlik saygısı düzeylerine ilişkin özellikler,
4. Dördüncü bölümde ise; VAÖ ve BSÖ değişkenler ile ilişkili özellikleri yer almaktadır.

6.1. Tanıtıcı Özellikler

Araştırma kapsamına alınan talasemi majör tanılı 37 adölesanın ve ailesinin demografik özellikleri ile ilgili bulgular Tablo.1’de verilmiştir.

Tablo.1.Adölesanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kız	18	48,6
	Erkek	19	51,4
Yaş	14	18	48,6
	15	3	8,1
	16	4	10,8
	17	2	5,4
	18	10	27,0
Öğrenim Gördüğü Sınıf	6	5	13,5
	7	4	10,8
	8	10	27,0
	9	5	13,5
	10	1	2,7
	11	2	5,4
	Okula gitmiyor	10	27,0
Ailedeki Çocuk Sayısı	1	5	13,5
	2	20	54,1
	3	4	10,8
	4	6	16,2
	5	1	2,7
	7	1	2,7
Kardeş Sıralaması	1	20	54,1
	2	9	24,3
	3	5	13,5
	4	1	2,7
	5	1	2,7
	7	1	2,7
Toplam		37	100,0

Araştırmaya alınan adölesanların %51,4'ü (n=19) erkek, %48,6'sı (n=18) ise kızdır. Adölesanların yaş dağılımına bakıldığında %48,6'sı (n=18) 14 yaşında, %27'si (n=10) 18 yaşında, %10,8'i (n=4) 16 yaşında, %8,1'i (n=3) 15 yaşında, %5,4'ü (n=2) 17 yaşında olduğu görülmektedir.

Adölesanların %27,0'ı 8. sınıf öğrencisidir. %83,8'i ise sınıfta kalmamış olduğunu belirtmiştir.

Adölesanların ailelerinin %54,1'i (n=20) 2 çocuk, %16,2'si (n=6) 4 çocuk, %13,5'i (n=5) tek çocuk, %10,8'i (n=4) 3 çocuk, %2,7'si (n=1) 5 çocuk, %2,7'si (n=1) 7 çocuk sahibidir.

Adölesanların %54,1'i (n=20) ailenin ilk çocuğudur. %24,3'ü (n=9) ailenin 2. çocuğu, %13,5'i (n=5) ailenin 3. çocuğu, %2,7'si (n=1) 4. ailenin çocuğu, %2,7'si (n=1) ailenin 5. çocuğu ve %2,7'si (n=1) 7. çocuğudur.

Adölesanların %64,9'u İstanbul'da ikamet etmektedir. %73'ünün evi ailesine aittir ve %64,9'unun kendine ait odası vardır.

Tablo.2.Adölesanların Yaş Ortalamaları

Özellik	Minimum- Maximum	Ort $\pm$ ss
Yaş	14-18	15,54 $\pm$ 1,74

Adölesanların yaş ortalaması 15,54 $\pm$ 1,74'tür ve yaşlar 14 ile 18 arasında değişmektedir.

Tablo.3.Adölesanların Kilo ve Boy Ortalamaları

Özellik	Minimum - Maximum	Ort $\pm$ ss
Kilo (kg)	25-60	40,86 $\pm$ 8,92
Boy (cm)	129-187	147,06 $\pm$ 12,44

Adölesanların kilo ortalaması 40,86 $\pm$ 8,92'dır ve 25 ile 60 kg. arasında değişmekte; boy ortalaması ise 147,06 $\pm$ 12,44'dır ve 129 ile 187 cm. arasında değişmektedir.

Tablo.4.Adölesanların Kilo Persentil Değerlerinin Dağılımı

Özellik	n	%
p<3	19	51,36
3 $\leq$ p<10	5	13,51
10 $\leq$ p<25	8	21,62
25 $\leq$ p<50	4	10,81
50=p	1	2,70
Toplam	37	100,00

Adölesanların %51,4'ünün kilo persentil değeri 3.persentil altındadır.

Tablo.5.Adölesanların Boy Persentil Değerlerinin Dağılımı

Özellik	n	%
p<3	23	62,16
3≤p≤10	5	13,51
25≤p<50	5	13,51
50≤p≤75	2	5,41
90≤p	2	5,41
Toplam	37	100,00

Adölesanların %56,8'inin boy persentil değeri 3. persentil altındadır.

Tablo.6.Adölesanların Anne ve Baba Yaşı Ortalamaları

Özellik	Minimum - Maximum	Ort ± ss
Anne Yaş	29-49	38,78±4,58
Baba Yaş	32-60	43,22±5,74

Adölesanların anne yaş ortalaması 38,78±4,58, baba yaş ortalaması ise 43,22±5,74'tür.

Tablo.7.Adölesanların Anne Eğitim Durumu Dağılımı

Özellik	n	%
Okur yazar değil	1	2,7
Okur yazar	1	2,7
İlkokul	25	67,6
Lise	1	2,7
Üniversite	9	24,3
Toplam	37	100,0

Adölesanların %67,6'sının annesi ilkokul mezunu, %24,3'ünün (n=9) annesi üniversite mezunudur. Adölesanların annelerinin okur yazar olmayan, okur yazar olan ve lise mezunu olanların payları eşit olmakla birlikte %2,7'dir (n=1).

Tablo.8.Adölesanların Anne ve Baba Çalışma Durumu Dağılımı*

	Çalışma Durumu	n	%
Anne	Çalışıyor	36	97,3
	Çalışmıyor	1	2,7
	Toplam	37	100,0
Baba	Çalışıyor	35	94,6
	Çalışmıyor	2	5,4
	Toplam	37	100,0

* ILO'ya göre ev hanımlığı meslek olarak ifade edildiğinden, araştırmada da ev hanımları "çalışıyor" olarak nitelendirilmiştir (<http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/index.htm>).

Adölesanların %97,3'ünün annesi çalışmaktadır. Araştırmaya katılan adölesanların babalarının %94,6'sı çalışmaktadır.

Tablo.9.Adölesanların Anne Mesleği Dağılımı

Özellik	n	%
Özel sektör	2	5,4
Devlet memuru	1	2,7
Serbest meslek	2	5,4
Diğer (Emekli, Ev hanımı)	31	83,8
Cevapsız	1	2,7
Toplam	37	100,0

Adölesanların annelerinin %83,8'i (n=31) ev hanımı ya da emeklidir.

Tablo.10.Adölesanların Baba Mesleği Dağılımı

Özellik	n	%
Özel sektör	11	29,7
Devlet memuru	2	5,4
Serbest meslek	18	48,6
Diğer (Emekli)	4	10,8
Cevapsız	2	5,4
Toplam	37	100,0

Adölesanların %48,6'sı (n=18) babası serbest meslek sahibidir.

6.2 Hastalığa İlişkin Özellikler

Adölesanların hastalığı ve hastalığını bilmeye ilişkin bilgi düzeyleri ile ilgili bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo.11.Adölesanların Talasemi Yaşı Dağılımı

Talasemi Yaşı (Yıl)	n	%
7	1	2,7
9	1	2,7
10	1	2,7
11	1	2,7
12	3	8,1
13	9	24,3
14	7	18,9
15	3	8,1
16	1	2,7
17	6	16,2
18	4	10,8
Toplam	37	100,0

Adölesanların %24,3'ü 13 yıldır; %18,9'u 14 yıldır; %16,2'si ise 17 yıldır talasemili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca adölesanların talasemi yaşı ortalaması $14,1 \pm 2,6$ olarak saptanmıştır.

Tablo.12.Adölesanların Hastalıkları İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Kategoriler	n	%
Tedavi gördüğü kurum	S.B Okmeydanı	7	18,9
	Bakırköy Çocuk	30	81,1
Kontrol sıklığı	İki haftada bir	13	35,1
	Üç haftada bir	19	51,4
	Ayda bir	5	13,5
Hastalık nedeni ile okula gidememe	Evet	10	27,0
	Hayır	26	70,3
	Cevapsız	1	2,7
Okula ara verme süresi / gün	10	1	2,7
	15	3	8,1
	20	1	2,7
	30	2	5,4
	Cevapsız	30	81,1
Toplam		37	100,0

Araştırmaya alınan adölesanların %51,4'ü üç haftada bir kontrole gittiğini, %81,1'i Bakırköy Çocuk Hastanesi'nde tedavi gördüğünü, %27'sinin hastalık nedeni ile okula ara verdiğini ve %8,1'i 15 gün süre ile okula devam etmediğini belirtmiştir.

Adölesanların %81,1'i talasemi konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo.13.Adölesanların Talasemi Konusundaki Bilgilerinin Dağılımı

Bilgi	Bilgi düzeyi	n	%
TM nasıl bir hastalıktır?	Yanlış Biliyor	3	8,1
	Eksik Biliyor	3	8,1
	Doğru Biliyor	29	78,4
	Cevapsız	2	5,4
TM hayati tehlikesi olan bir hastalık mıdır?	Yanlış Biliyor	10	27,0
	Eksik Biliyor	5	13,5
	Doğru Biliyor	22	59,5
TM hastalarının karakteristik görünüşü var mıdır?	Yanlış Biliyor	16	43,2
	Doğru Biliyor	19	51,4
	Cevapsız	2	5,4
TM'nin komplikasyonları var mıdır?	Yanlış Biliyor	16	43,2
	Doğru Biliyor	21	56,8
TM tedavisinde ne yapılmalıdır?	Yanlış Biliyor	17	45,9
	Doğru Biliyor	20	54,1
TM'de anemi nedeni nedir?	Yanlış Biliyor	7	18,9
	Eksik Biliyor	11	29,7
	Doğru Biliyor	6	16,2
	Cevapsız	13	35,1
Aneminin belirtileri nelerdir?	Yanlış Biliyor	2	5,4
	Eksik Biliyor	20	54,1
	Doğru Biliyor	9	24,3
	Cevapsız	6	16,2
Kan sayımı hangi değerin altına düştüğünde tedavi alınmalıdır?	Yanlış Biliyor	12	32,4
	Eksik Biliyor	7	18,9
	Doğru Biliyor	16	43,2
	Cevapsız	2	5,4
En ideal kan transfüzyon süresi nedir?	Yanlış Biliyor	13	35,1
	Doğru Biliyor	24	64,9
TM'de demir durumu nasıldır?	Yanlış Biliyor	1	2,7
	Doğru Biliyor	36	97,3
Toplam		37	100,0

Araştırmaya katılan adölesanların %78,4'ü TM'nin nasıl bir hastalık olduğu hakkında doğru bilgiye; %59,5'i TM'nin ciddi bir hastalık olduğu ile ilgili doğru bilgiye; %51,4'ü TM hastalarının karakteristik görünüşleri ile ilgili doğru bilgiye; %56,8'i TM'nin komplikasyonları ile ilgili doğru bilgiye; %54,1'i TM tedavisinde yapılacaklar ile ilgili doğru bilgiye; %16,2'si TM'de anemi nedeni ile ilgili doğru bilgiye; %24,3'ü aneminin belirtileri ile ilgili doğru bilgiye; %43,2'si kan sayımının hangi değerin altında olduğunda tedavinin başlaması gerektiği konusunda doğru bilgiye ; %64,9'u en ideal kan transfüzyon süresi ile ilgili doğru bilgiye; %97,3'ü ise TM'de demir durumu ile ilgili doğru bilgiye sahiptir.

6.3. Vücut Algısı ve Benlik Saygısına İlişkin Özellikler

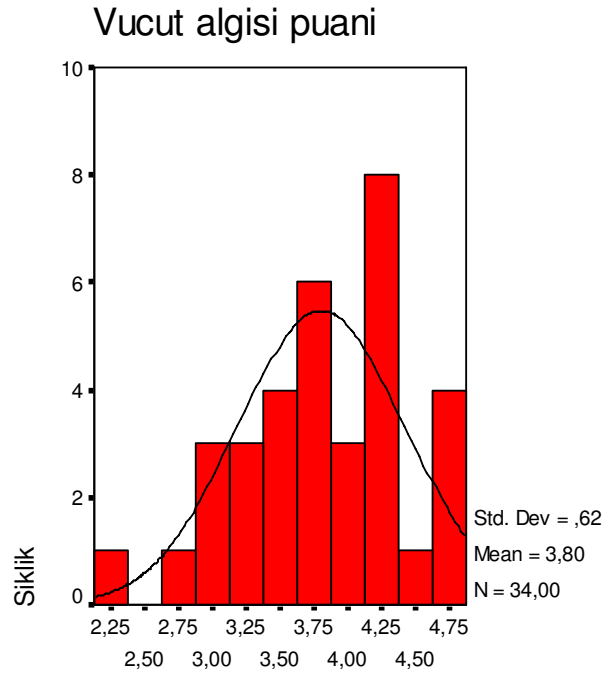
Talasemi majörlü adölesanların vücut algısı, benlik saygısı ve hastalık bilgi düzeyine ilişkin bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo.14.Adölesanların VAÖ, BSÖ ve Talasemi Konusunda Bilgi Puan Ortalaması

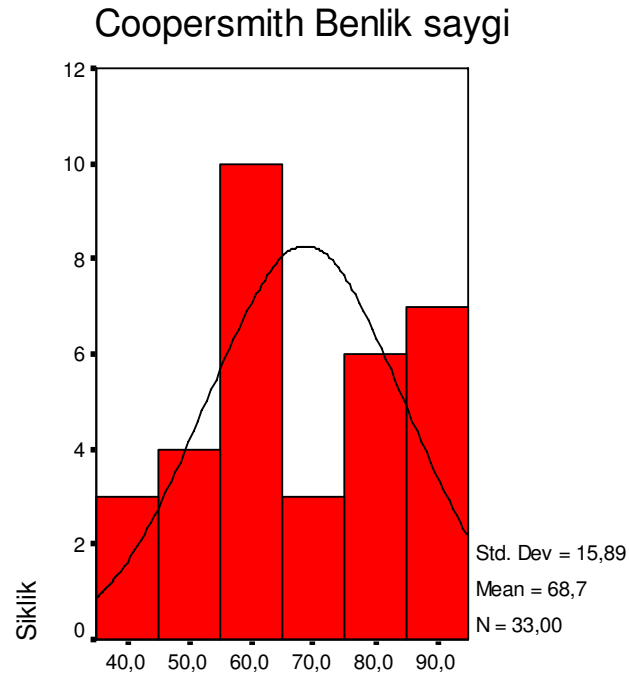
Özellik	Minimum - Maximum	Ort $\pm$ ss
VAÖ	2,13-4,75	3,80 $\pm$ 0,62
BSÖ	40,00-92,00	68,73 $\pm$ 15,89
Talasemi konusunda bilgi	20,00-100,00	61,35 $\pm$ 19,31

Adölesanların VAÖ puan ortalaması 3,80 $\pm$ 0,62; BSÖ puan ortalaması 68,73 $\pm$ 15,89; talasemi konusunda bilgi puan ortalaması ise 61,35 $\pm$ 19,31 olarak saptanmıştır.

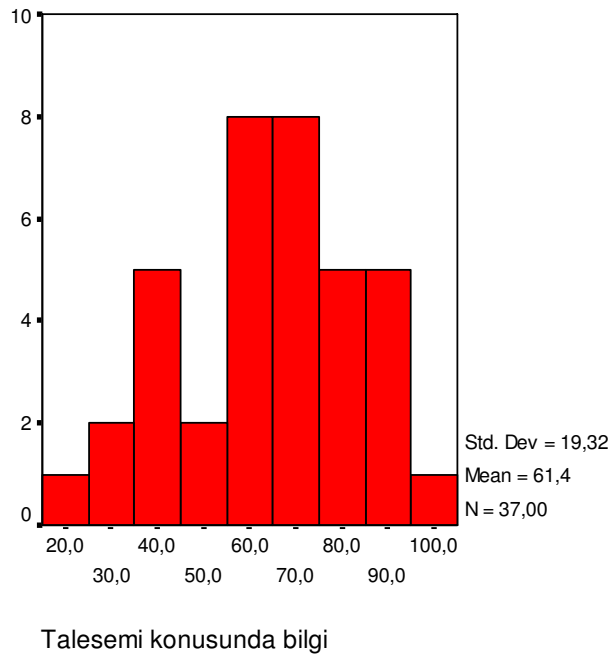
Şekil 1: Vücut Algısı Ölçeği Puanı Dağılımı



Şekil 2: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Dağılımı



Şekil 3: Talasemi Konusunda Bilgi Dağılımı



Tablo.15.Adölesanların VAÖ ve BSÖ Puan Korelasyonu

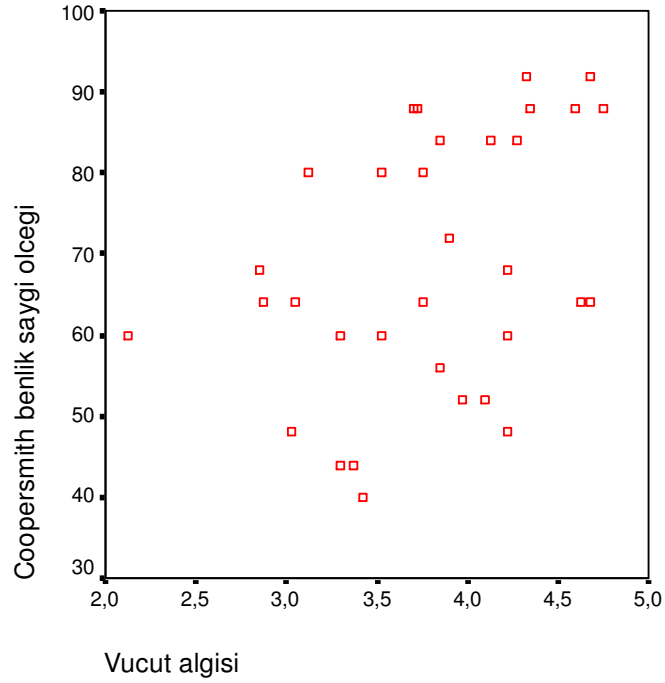
		BSÖ Puanı
VAÖ Puanı	r	0,396
	p	0,022

*p<0,05

**r: Pearson korelasyon testi analizi

Adölesanların VAÖ ile BSÖ puanı pozitif yönde istatistiksel anlamlılığı olan zayıf bir ilişki göstermiştir (r=0,396; p<0,05).

Şekil 4: VAÖ İle BSÖ Puanı Saçılım Dağılımı



6.4. VAÖ İle BSÖ Değişkenler ile İlişkili Özellikler:

Adölesanların beden imajı algı düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri ile ilgili bulguların değişkenler ile ilişkili bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo.16.Adölesanların Talasemi Konusunda Bilgi Puanı İle VAÖ ve BSÖ Puan Korelasyonu

		VAÖ Puanı	BSÖ Puanı
Bilgi puanı	r	0,035	0,252
	p	0,845	0,157

*p<0,05

**r: Pearson korelasyon testi analizi

Adölesanların talasemi konusunda bilgi puanı ile VAÖ ve BSÖ puan korelasyonu incelendiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.17.Adölesanların Yaşı ile Talasemi Konusunda Bilgi Puanı Korelasyonu

		Yaş
Bilgi puanı	r	-0,059
	p	0,727

*p<0,05

**r: Pearson korelasyon testi analizi

Adölesanların talasemi konusunda bilgi puanı ile yaş korelasyonu incelendiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.18.Adölesanların Yaşları İle VAÖ ve BSÖ Puanı Korelasyonu

Özellik		VAÖ Puanı	BSÖ Puanı
Yaş	r	-0,006	-0,029
	p	0,972	0,871

*p<0,05

**r: Pearson korelasyon testi analizi

Adölesanların yaşları ile VAÖ ve BSÖ puanları korele edildiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.19.Adölesanların Yaş Grupları İle Talasemi Konusunda Bilgi Puanı Karşılaştırılması

	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kare ortalaması	F	P
Gruplara arası	1344,516	4	336,129	0,890	0,481
Grup içi	12087,917	32	377,747		
Toplam	13432,432	36			

*p<0,05

**F: Tek yönlü varyans analizi

Adölesanların yaş grupları ile talasemi konusunda bilgi puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.20. Adölesanların Cinsiyete Göre Talasemi Konusunda Bilgi Puanı Karşılaştırılması

Özellik	Cinsiyet	Ortalama	ss	t	p
Bilgi puanı	Kız	65,83	21,23	1,391	0,173
	Erkek	57,10	16,77		

*p<0,05

**t: t testi

Cinsiyete göre talasemi konusunda bilgi düzeyi karşılaştırıldığında, arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo.21.Adölesanların Cinsiyete Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Özellik	Cinsiyet	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	Kız	3,71	0,68	0,888	0,381
	Erkek	3,90	0,54		
BSÖ	Kız	69,77	17,74	0,411	0,684
	Erkek	67,46	13,84		

* $p<0,05$

**t: t testi

Adölesanların cinsiyete göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo.22.Tedavi Görülen Kuruma Göre Talasemi Konusunda Bilgi Puanı Karşılaştırılması

		Ortalama	ss	t	p
Bilgi puanı	S.B Okmeydanı	57,14	17,76	0,635	0,530
	S.B. Bakırköy	62,33	19,81		

* $p<0,05$

**t: t testi

Tedavi görülen kuruma göre talasemi konusunda bilgi düzeyi karşılaştırıldığında, arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo.23.Adölesanların Kilo ve Boyları ile VAÖ ve BSÖ Puanı Korelasyonu

Özellik		VAÖ Puanı	BSÖ Puanı
Boy	r	0,314	0,469
	p	0,076	0,007
Kilo	r	0,269	0,275
	p	0,124	0,122

*p<0,05

**r: Pearson korelasyon testi analizi

Araştırma grubundaki adölesanların kilo ve boyları ile VAÖ ve BSÖ puanı korelasyonu sonucunda, kilo ile istatistiksel bir anlam göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). BSÖ puanının boy ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır ($r=0,469$; $p<0,05$).

Tablo.24.Bazı Demografik Özellikler ile VAÖ ve BSÖ Puanı Korelasyonu

Özellik		VAÖ Puanı	BSÖ Puanı
Ailedeki çocuk sayısı	r	-0,318	-0,283
	p	0,067	0,110
Talasemi yaşı	r	-0,159	-0,337
	p	0,368	0,055
Anne yaşı	r	-0,155	-0,207
	p	0,382	0,248
Baba Yaşı	r	-0,346	-0,128
	p	0,048	0,484

*p<0,05

**r: Pearson korelasyon testi analizi

Adölesanların ailedeki çocuk sayısı, talasemi yaşı ve anne ve baba yaşı ile VAÖ ve BSÖ ölçeği puanı korele edildiğinde yalnızca baba yaşı vücut algısı puanı ile negatif yönde zayıf anlamlı ilişki göstermiştir ($p<0,05$).

Tablo.25.Adölesanların Kilo Persentillerine Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Özellik	Persentil	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	P<3	3,72	0,55	0,775	0,444
	Diğer	3,89	0,69		
BSÖ	P<3	64,88	13,62	1,517	0,141
	Diğer	73,33	17,60		

*p<0,05

**t: t testi

Adölesanların kilo persentillerine göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05)

Tablo.26.Adölesanların Boy Persentil Değerlerine Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

	Persentil	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	p<3	3,77	0,55	0,226	0,822
	Diğer	3,82	0,74		
BSÖ	p<3	65,40	13,81	1,841	0,076
	Diğer	75,66	17,51		

*p<0,05

**t: t testi

Adölesanların boy persentillerine göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.27.Adölesanların Kontrole Gitme Sıklığına Göre VAÖ ve BSÖ Puan Karşılaştırılması

Ölçek		Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kare ortalaması	F	P
VAÖ Puanı	Gruplara arası	0,062	2	0,031	0,077	0,926
	Grup içi	12,560	31	0,405		
	Toplam	12,622	33			
BSÖ Puanı	Gruplara arası	378,901	2	189,450	0,738	0,486
	Grup içi	7699,645	30	256,655		
	Toplam	8078,545	32			

*p<0,05

**F: Tek yönlü varyans analizi

Adölesanların kontrole gitme sıklığına göre VAÖ ve BSÖ puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.28.Adölesanların Sınıfta Kalma Durumuna Göre VAÖ ve BSÖ Puanı Karşılaştırılması

Ölçek	Sınıfta kalma durumu	Ortalama	ss	t	p
VAÖ Puanı	Evet	3,51	0,84	1,132	0,266
	Hayır	3,85	0,57		
BSÖ Puanı	Evet	60,80	13,97	1,220	0,232
	Hayır	70,14	16,01		

*p<0,05

**t: t testi

Adölesanların sınıfta kalma durumuna göre VAÖ ve BSÖ puanı karşılaştırıldığında arada anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.29.Adölesanların Anne ve Baba Mesleklerine Göre VAÖ ve BSÖ Puanı Karşılaştırılması

Ölçek			Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kare ortalaması	F	P
Baba Meslek	VAÖ Puanı	Gruplar arası	1,743	3	00,581	1,561	0,221
		Grup içi	10,417	28	0,372		
		Toplam	12,159	31			
	BSÖ Puanı	Gruplar arası	90,774	3	30,258	0,122	0,946
		Grup içi	6686,000	27	247,630		
		Toplam	6776,774	30			
Anne meslek	VAÖ Puanı	Gruplar arası	1,160	2	0,580	1,554	0,228
		Grup içi	11,201	30	0,373		
		Toplam	12,362	32			
	BSÖ Puanı	Gruplar arası	278,815	2	139,407	0,564	0,575
		Grup içi	7169,185	29	247,213		
		Toplam	7448,000	31			

*p<0,05

**F: Tek yönlü varyans analizi

Adölesanların anne ve baba mesleklerine göre VAÖ ve BSÖ puanı karşılaştırıldığında arada anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.30.Adölesanların Tedavi Gördüğü Hastaneye Göre VAÖ ve BSÖ Puanı Karşılaştırılması

Ölçek	Tedavi gördüğü hastane	Ortalama	ss	t	p
VAÖ Puanı	S.B Okmeydanı	3,76	0,55	0,166	0,870
	Bakırköy	3,81	0,63		
BSÖ Puanı	S.B Okmeydanı	74,00	14,78	0,702	0,488
	Bakırköy	68,00	16,14		

*p<0,05

**t: t testi

Adölesanların tedavi gördüğü hastaneye göre VAÖ ve BSÖ ölçeği puanı karşılaştırması arada anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.31.Adölesanların İkamet Ettiği Yere Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Özellik	İkamet yeri	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	İstanbul içi	3,74	0,66	0,806	0,426
	İstanbul dışı	3,93	0,54		
BSÖ	İstanbul içi	67,82	15,04	0,459	0,649
	İstanbul dışı	70,55	18,09		

*p<0,05

**t: t testi

İkamet edilen yere göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.32.Adölesanların Ev Sahibi Olmalarına Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Özellik	Ev sahibi olma durumu	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	Evet	3,86	0,65	0,958	0,345
	Hayır	3,63	0,50		
BSÖ	Evet	70,67	16,16	1,151	0,259
	Hayır	63,56	14,76		

*p<0,05

**t: t testi

Ev sahipliğine göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo.33.Adölesanların Kendine Ait Odasının Bulunma Durumuna Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Özellik	Kendine ait oda durumu	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	Evet	3,95	0,58	2,036	0,050
	Hayır	3,50	0,61		
BSÖ	Evet	71,09	17,45	1,397	0,173
	Hayır	64,00	11,45		

*p<0,05

**t: t testi

Adölesanların kendine ait odası olma durumuna göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, vücut algısı puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p≤0,05).

Tablo.34.Adölesanların Hastalık Nedeni İle Okula Ara Verme Durumuna Göre VAÖ ve BSÖ Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Ölçek	Hastalık nedeni ile okula ara verme	Ortalama	ss	t	p
VAÖ	Evet	3,68	0,45	0,703	0,487
	Hayır	3,85	0,67		
BSÖ	Evet	58,00	13,86	2,343	0,026
	Hayır	72,16	15,16		

*p<0,05

**t: t testi

Adölesanların hastalık nedeni ile okula ara verme durumuna göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, BSÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p<0,05).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde; bulguların veriliş sırası doğrultusunda tartışma yer almıştır.

7.1. Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Araştırma grubundaki talasemi majörlü adölesanların %51,4'ünü erkek adölesanlar oluşturmaktadır (Tablo1). Kılıçarslan (38)'ın yapmış olduğu çalışmada olguların %53,5'ini, Işık Canpolat ve ark.(11)'nin çalışmasında %54,4'ü, Kuru Örgün (42)'ün çalışmasında olguların %52,8'ini, Özcan (48)'in çalışmasında ise olguların %51,8'ini erkekler oluşturmaktadır. Bu yönüyle bulgular diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın örneklemini 14–18 yaş arası adölesanlar oluşturmakla birlikte %48,6'sını 14 yaş grubu oluşturmaktadır (Tablo1). Kuru Örgün(42)'nün çalışmasın yaş aralığı 14–17 yaş arası olup, %78,8'ini 13–14 yaş grubu, Işık Canpolat ve ark. (11)'nin çalışmasını ise 15–17 yaş grubu arasındaki çocuklar oluşturmaktadır. Çalışmanın bu bulgusu da literatürde ki bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Adölesanların boy ortalamaları 147,06cm olup kilo ortalamaları 40,86 kg'dır (Tablo 3). Işık Canpolat ve ark.(11)'nin araştırmasında ise 15-17 yaş grubu çocukların boy ortalamaları 169 cm, kilo ortalamaları ise 60,10 kg'dır. Pek ve ark.(52)'nin yapmış olduğu çalışmada ise 9-14 yaş grubu çocukların boy ortalamaları 150,479, kilo ortalamaları 42,747'dur. Sağlıklı çocuklar ile yapılan bu çalışmaların yaş grupları göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde; çalışmanın olgularının düşük tartı ve boy uzunluğuna sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan adölesanların kilo persentil değerlerinin %51,36'ünün, boy persentil değerlerinin de %62,16'sının 3'ün altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4-5).

Ailedeki çocuk sayısı dağılımına bakıldığında; %13,5'inin tek çocuk, % 54,1' 2 çocuk,%10,8'i de 3 çocuk, %16,2 4 çocuk sahibidir ve olguların %54,1'i ilk çocuktur (Tablo 1). Pek ve ark. (52)'nin yaptığı çalışmada %72,16'sı 2 ya da 3 çocuk sahibi olup %34,80'i ilk çocuktur. Ece(20)'nin yaptığı çalışmada çocukların %41,5'nin dört veya daha fazla çocuk sahibi olduğunu ve %36,7'sinin birinci çocuk olduğu görülmektedir.

Özcan(48)'ın araştırmasında ailelerin %71,83'ü 2 ya da 3 çocuk sahibidir. Bulgular bu yönüyle literatürle farklılık göstermemektedir. Çocuk sayısı yüzdeliği sağlıklı çocuklu ailelerden az olmakla birlikte, vakaların çoğunluğunu ilk çocuklar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan adölesanların %67,6'sının anneleri ilkokul mezunu olup %81,1'i ev hanımıdır. Babalarının ise %48,6'sı serbest meslek sahibidir. Pek ve ark. (52)'nin çalışmasında annelerin %58,61'i ilkokul mezunu olup %88,28'i ev hanımı, babaların ise %44,32'si serbest çalıştığını göstermektedir. Ece(20)'nin çalışmasında ise çocukların annelerinin %62'si ilköğretim mezunu olup, %87,4'nün ev hanımı babalarının ise %37,3'ün serbest çalıştığı görülmektedir. Çalışma bu yönüyle diğer çalışmalarla benzerlik taşımaktadır.

7.2. Hastalığa İlişkin Bilgilerin Tartışılması

Talasemi majörlü adölesanların %51,4'ünün üç haftada bir, %35,1'inin iki haftada bir, %13,5'inin ayda bir kontrole gittiği saptanmıştır. Kılıçarslan(38)'in 9-13 yaş grubu çocuklarda yaptığı çalışmada %97,7'si üç – dört haftada bir kontrole gittiği belirtilmiştir. Bu çalışmalar ile karşılaştırıldığında çocukların yaşları arttıkça kontrol sıklıklarının da arttığı görülmektedir.

Çalışmada; adölesanların %27'si hastalık nedeni ile okula ara verirken, Kılıçarslan(38)'nin çalışmasına göre %76,7'si okula ara vermiştir. Bulgular birbirini desteklememektedir.

Adölesanların %81,1'i talasemi konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Talasemi konusundaki bilgi puan ortalamaları ise $61,35 \pm 19,31$ olarak belirlenmiştir (Tablo.14). Adölesanların %78,4 (n=29) hastalığını kalıtsal bir kan hastalığı olarak tanımlamıştır. Kılıçarslan (38)'nin çalışmasına göre %60,5'i bilgi sahibi olduğunu ifade etmiş olup bilgi durumları değerlendirildiğinde %48,8'in hastalığını bilmediği belirlenmiştir. Yine Kılıçarslan (38)'nin çalışmasına göre çocukların %46,5'i hastalığını kansızlık ya da kan hastalığı olarak tanımlamıştır.

7.3.Vücut Algısı ve Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya alınan adölesanların VAÖ puan ortalaması $3,80 \pm 0,62$; BSÖ puan ortalaması $68,73 \pm 15,89$; talasemi konusunda bilgi puan ortalaması ise $61,35 \pm 19,31$ olarak belirlenmiştir.

VAÖ'nde 5 en yüksek durumu gösterirken 1 en düşük durumu göstermektedir (26). Talasemi majörlü adölesanlar ortalamanın üzerinde puan almışlardır ve beden imajı algılarının yüksek olduğu saptanmıştır.

BSÖ 100 puan üzerinden değerlendirilmektedir (53). Talasemi majörlü adölesanlar ortalamanın üzerinde puan almışlardır ve benlik saygılarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Talasemi konusunda bilgi puan ortalaması 100 üzerinden değerlendirilmiştir. Talasemi konusunda bilgi puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Ancak hastalık konusunda adölesanların eksik bilgilerinin ve eğitim gereksinimlerinin olduğu görülmüştür.

7.4.Vücut Algısı ve Benlik Saygısı Ölçeklerinin Değişkenler İle İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya alınan adölesanların cinsiyete göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo.21). Özcan(48)'ın yaptığı çalışma (kız öğrencilerin benlik saygısı puanı 56,99, erkek öğrencilerin benlik saygısı puanı 58,06) ile Pek ve ark. (52)'nin yaptığı çalışma (kız öğrencilerin benlik saygısı puanı 38,48, erkek öğrencilerin benlik saygısı puanı 38,87) bu bulguyu desteklerken; Ece(20)'nin araştırmasında kız öğrencilerin benlik saygısı puanı erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (kız öğrencilerin benlik saygısı puanı 29,78, erkek öğrencilerin benlik saygısı puanı 8,94).

Araştırma grubundaki adölesanların yaşları ile VAÖ ve BSÖ puanları korele edildiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo.18). Özbay ve ark. (46)'nın benlik imajının yaşla ilişkisinin düzenli ve doğrusal olmadığını, benlik imajının 12-13 yaşlarda olumlu iken, 14-17 yaşlarda olumsuz doğru

yöneldiğini, 18-20 yaşlarda tekrar olumlu yönde değiştiğini açıklamıştır. Bu bulgu araştırma bulgularını desteklemektedir.

Adölesanlarda kendilik kavramının beden ağırlığıyla ilişkisi ile ilgili çalışmalar çok değişik sonuçlar vermiştir. Bazı çalışmalarda beden ağırlığı ya da beden kitle indeksi ile kendilik kavramı ilişkili bulunmuş ve beden ağırlığı ya da beden kitle indeksi fazla olan ergenlerde belirgin olarak daha düşük bir kendilik kavramı saptanmıştır. Diğer bazı çalışmalarda ise ergenlerde beden ağırlığı ile kendilik kavramı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (11).

Araştırma grubundaki adölesanların kiloları, VAÖ ve BSÖ puanı ile korele edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo.23). Canpolat ve ark.(11)'nin yapmış olduğu çalışma da bunu desteklemektedir.

BSÖ puanının boy ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir($p<0,05$) (Tablo.23). Canpolat ve ark. (11)'nin yapmış olduğu çalışma da ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmadaki bulguları desteklememektedir.

Adölesanların kilo ve boya göre persentil değerleri incelendiğinde; VAÖ ve BSÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo.25-26).

Adölesanların hastalık nedeni ile okula ara verme durumuna göre VAÖ ve BSÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, BSÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir($p<0,05$) (Tablo.34). Ece (20) yapmış olduğu çalışmasında yatılı öğrenim gören öğrencilerin benlik saygısı düzeylerini daha yüksek bulmuştur.

Adana ve ark(1).'nin yaptığı çalışmaya göre çocuklar için öz-kavramı ölçeği ve alt boyutlardan aldıkları puanlar ile sağlık durumu karşılaştırılmış ve “bedensel görünüm ve nitelikleri”, “popülerite, sosyal beğenirlik ve gözde olma”, “kaygı mutluluk ve doyum” alt boyutlarında sağlık sorunu olan ve olmayan çocukların anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma bulguları her iki çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir.

Karakaş ve ark. (36)'nın yapmış olduğu çalışmada Rosenberg özdeğer duygusu ölçeğini kullanarak Talasemili hastaların benlik saygılarını araştırmıştır. Hastalıkla ilgili önemli problemlere rağmen psikolojik açıdan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında arada anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Piers-Harris öz kavramı ölçeğinde bir bütün olarak bireyin kendisini, çevresindeki kişileri ve olguları algılamasının normal sınırlar içinde olduğu saptanmıştır.

Aklın (4) ve Çuhadaroglu (15)'nin çalışmalarında adölesanlarda psikopatolojik durumların düşük benlik saygısına neden olduğunu belirtmişlerdir. Özmen ve ark (50)'nin çalışmasında adölesanlarda depresyon düzeyi ile benlik saygısının istatistiksel olarak pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Adölesanlar için kronik hasalığın, onların bağımsızlıkları, fiziksel değişiklikleri, cinsel gelişimleri, meslek seçimi ve eğitimleri üzerinde yarattığı sorunlar önemlidir. Fiziksel hastalık belirtileri ve özellikle görülebilen fiziksel bozukluğu olan adölesanlar, yoğun yas ve öfke yaşarlar ve kendilerini akranlarından önemli ölçüde farklı hissederler (13,39).

Talasemi gibi kronik hastalıklar, farklı hissetmeye, kendine güven eksikliğine neden olurlar ve bağımlılığı arttırırlar. Talasemide görülen yüz özellikleri, özellikle de kafatası ve çene kemiğindeki büyüme geriliğine bağlıdır. Bu hastalardaki anemi ve demir birikimi, genellikle kısa boy ve gecikmiş puberteye neden olur hastaların çoğu görüntüleri nedeni ile reddedilmekten ve olay edilmekten korkmaktadırlar (22,23,63).

Khurana ve ark.(37)'nin çalışmasına göre adölesanların 2/3'ünden fazlası hastalıklarına bağlı fiziksel güçsüzlük nedeniyle kendi akranları gibi sosyal faaliyetler atılmamaktadırlar. Yine bu çalışmaya göre genç erişkinlerin %68'i vücut imajlarından memnun değillerdir.

Moorjani ve ark.(44) çalışmalarında talasemili adölesanların 66,7'sinde anksiyete, %50'sinde depresif semptomlar olduğunu ortaya koymuşlardır.

Karakaş ve ark.(36) çalışmasında hastaların %88,9'u desferral kullanmakta, %77,7'si düzenli kontrollerine gitmekte olduğunu ve çoğunun hastalıkla ilgili en az bir komplikasyona sahip olduğunu belirtmişleridir. Hastalıkla ilgili komplikasyonlara rağmen hastaların %77,7'nin kendi bedenlerini olumsuz algılamadığını dolayısıyla da öz değer duygularının kontrol grubundaki gençlerden anlamlı farklılık göstermediğini belirtmişlerdir. Talasemili genç erişkinlerin %3,3'ü fiziksel gelişimlerini kötü olarak algıladıklarını ve %38,5'nin düşük benlik saygısına sahip olduğunu tespit etmişlerdir.

Pek ve ark. (51)'nin yaptığı çalışmaya göre diyabetli çocukların benlik saygısı skorları sağlıklılarda elde edilenden belirgin olarak daha yüksektir.

Toparlak (66) uygun evrede yetişen diyabetik çocukların, diyabet tedavisine katılmalarının daha iyi olduğu, yaşa göre geliş gösterdiklerini, benlik kavramının olumlu olduğunu belirtmişlerdir. Diyabetli çocuklardaki yüksek benlik saygısı skorları tanıdan sonra geçen uzun zamanda hastalık hakkında bilinçlenmeyle, takiplere uyumla, aile ve arkadaşlardan doğru düzgün destek görme, hastalık seyri hakkında bilinçli olma, verilen eğitim ve sosyal programlara katılma ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Kronik hastalığa meydan okuma düşüncesi, bu hastalarda duygu regülasyonu ve problem çözme gibi çok önemli becerilerin geliştirilmesine neden olabilir (13,44,63).

Literatür, yapılan çalışmalar ve çalışma sonuçları kronik hastalık sürecinin çocukların öz bakım, öz yeterlilik, sorun çözme gibi becerilerinin gelişmesine zorunlu olarak katkıda bulunduğunu buna bağlı olarak da beden imajı algısının ve benlik saygılarının da yüksek olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; adölesanların talasemi konusunda bilgi puan ortalaması $61,35 \pm 19,31$, VAÖ puan ortalaması $3,80 \pm 0,62$; BSÖ puan ortalaması $68,73 \pm 15,89$ olarak saptanmıştır. VAÖ ile BSÖ puanı pozitif yönde istatistiksel anlamlılığı olan zayıf bir ilişki göstermiştir ($r=0,396$; $p<0,05$). Araştırma grubundaki adölesanların boyları ile VAÖ ve BSÖ puanı korelasyonu sonucunda, BSÖ puanının boy ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir ($r=0,469$; $p<0,05$). Adölesanların kilo, ailedeki çocuk sayısı, talasemi yaşı ile VAÖ ve BSÖ puanı korele edildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemiştir ($p>0,05$).

Bu sonuçlar göre; araştırmanın 1.hipotezi olan “Talasemi majörlü adölesanlarda beden imajı algısı düşüktür” ve 2. hipotezi olan “Talasemi majörlü adölesanlarda benlik saygısı düşüktür” hipotezlerini doğrulamamakla birlikte, 3. hipotezi olan “Talasemi majörlü adölesanlarda beden imajının olumsuz olması benlik saygısını da olumsuz etkiler” hipotezini doğrulamıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach’s alpha katsayıları VAÖ için 0,93, BSÖ için 0,71, olarak bulunmuştur. Ölçekler güvenilir ve yararlanılabilir araçlardır.

Psikososyal destek, hastalık hakkındaki bilgi sahibi olan, ebeveyn, öğretmen ve okul idaresi işbirliği ile sağlanmalıdır. Ergenler yeterli kişisel imaj gelişimini sağlamak için sağlıklı yaşlıları için birlikte normal aktivitelere dahil edilmektedir. Talasemililerin psikososyal hayatına odaklanmak sağlıklı, yaratıcı ve yaşam dolu olmalarını sağlamak için uygulama programlarına başlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR:

1. Adana F., Kutlu Y.: İstanbul İlinde 12-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Benlik Kavramının Araştırılması, Hemşirelik Forumu Dergisi, Eylül-Ekim/ Kasım-Aralık 2006.
2. Ağaoğlu L.: Hemolitik Anamiler, Ed: Cantez T., Eker Ömeroğlu R., Uğur Baysal S., Oğuz F., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, s. 440-444, Nobel Tıp Kitabevi, 2003.
3. Ahmad W.: Growing Up With Beta Thalassaemia Major Or Sick Cell Disorder-Young People's and Their Families' Strategies of Coping And Resistance, Ed: Ahmad W., 10th International Conference on Thalassaemia & Haemoglobinopathies & 12th International TIF Conference for Thalassaemia Patients and Parents, Dubai, January 2006.
4. Aklın T., Baykara A.: Hasta ve Sağlıklı Ergenlerde Benlik Saygısı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 6, Sayı 1, 1992.
5. Apak H.: Hemoglobinopatiler ve Talasemiler, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No 25, Anemililer Sempozyumu, İstanbul, Nisan 2001.
6. Aslan D.: Talasemik Hasta İzlemi, Katkı Pediatri Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını Cilt 20, Sayı 5, s:671-682, 1999.
7. Aştı N., Bilgin H.: Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencileri İle Diğer Üniversiteli Kız Öğrencilerde Benlik Saygısının Karşılaştırılması, "Uluslar Arası Katılımlı" "Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunları Derneği KKTC Sağlık Bakanlığı ve Hemşireler Birliği İşbirliği İle", 4. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, Kıbrıs, Eylül 1997.
8. Aştı N.: Ergende Kendilik Kavramı İle Aile ve Ruh Sağlığı İlişkisi, 19. Pediatri Günleri Kongre Kitabı, İstanbul, Nisan 1997.
9. Birol L.: Hemşirelik Süreci, 4.Basım, Bozkaya Matbaacılık, İzmir, 2000.
10. Canatan D.: Talasemi ve Transfüzyon, Ed: Albayrak D., Pediatrik Bilimler Dergisi, 1. Cilt, Sayı 3, s. 28-32, Ankara , 2005.

11. Canpolat C.I., Örsel S., Akdemir A., Özbay M.H.: Ergenlerin Kendilik Algısında Beden İmajının ve Beden Kitle İndeksinin Rolü, 3P Dergisi, Cilt 11, Sayı 2, Haziran 2003.
12. Coşkun P. D.: İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu).
13. Çavuşoğlu H.: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 8. Basım, 1. Cilt, “s. 86-90, 210-217 ”, Bizimburo Basımevi, Ankara, 2004.
14. Çuhadaroğlu F.: Adölesanlarda Benlik-Saygısı, Uzmanlık Tezi, H.Ü. Tıp Fakültesi, Ankara, 1986.
15. Çuhadaroğlu F.: Adölesanlarda Özdeğer Duygusu ve Çeşitli Psikopolojik Durumlarla İlişkisi, Düşünen Adam Dergisi, Cilt 3, Sayı3, Ekim 1990.
16. Demirarslan P., Solmaz D., Bora İ., Sarılgan C.: Ergenlerde Benlik Saygısı İle Sosyodemografik Özellikleri Arındaki ilişki, 19. Pediatri Günleri Kongre Kitabı, İstanbul, Nisan 1997.
17. Devecioğlu Ö., Ağaoğlu L., Gedikoğlu G.: Pediatri-2, s. 1097-1101, Nobel Yayınları, İstanbul, 1990.
18. Doğan O., Doğa S.: Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Sivas, 1992.
19. Dolan B., Birtchnell.: Measuring Body Image, Altered Body Image, The Nurse's Role, Bailliere Tindall, s. 2-5, 50-68, U.K. 1997.
20. Ece A.: Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinde Benlik-Saygısı Düzeyi ile Okul Başarısının İncelenmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Doç Dr. N. Sabuncu).
21. Ed:Arcasoy A., Canatan D. Ve Ark.: Hemoglobinopati ve Talasemi Önlem Tanı Ve Tedavi, Ulusal Hemoglobiopati Konseyi Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2002.
22. Ed: Canatan D., 2. Uluslararası Talasemi Yaz Okulu, Girne, Nisan 2002.
23. Ed: Canatan D., Aydınok Y., 3. Uluslararası Talasemi Yaz Okulu & Avrupa Transfüzyon Tıbbı Okulu, Antalya, Nisan 2004.

24. Ed: Canatan D., Aydınok Y., 4. Uluslararası Talasemi Yaz Okulu, Antalya, Nisan 2006.
25. Ekizler H., Yıldırım Z., Tekin N. ve ark.: Estetik Ve Genel Cerrahi Uygulanan Bireylerde Beden İmajı Ve Benlik Saygısının Algılanma Durumları, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, s.15-21, 1999.
26. Ekşi, A.: Adölesanın Ruhsal Gelişim Dönemleri ve Döneme Özgü Sorunlar, Ed: Ekşi A., Ben Hasta Değilim, s. 149-154, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1999.
27. Eleftheriou A., Talasemi Hakkında Herşey, Dünya Talasemi Federasyonu Yayınları (4), Antalya, Aralık 2005.
28. Erkal H., Pek H.:Beden İmajında Değişimler Ve Hemşirenin Rolü, Hemşirelik Bülteni, Cilt:7, Sayı:30, s. 61-71, 1993.
29. Ersoy İ., Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları Serisi, Türkiye Klinikleri Yayın Seri No:27, 2. Basım, s.94-98, 260-261, Ankara, 2003.
30. Eti Aslan F.: Beden İmajında Değişiklik Deneyimleyen Hastalara Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları, Tük Hemşireler Dergisi, Cilt:46, Sayı:6, s. 26-27, Kasım-Aralık 1996.
31. Gül H., Erinekeçi Ö., Uysal B.: Doğum Öncesinde Talasemi Konusunda Eğitim-II: Talasemi Kontrol Programı, 2.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İstanbul, Haziran 2003.
32. Gürsoy D.: Adölesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması, M.Ü. Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Prof. Dr. H. Pek).
33. Hoffbrand A.V., Pettit J.E., Moss P.A.H.: Thalassaemias, Essential Haematology, Fourth Edition- 2001.
34. Hovardaoğlu S.: Vücut Algısı Ölçeği, 3P Dergisi, Cilt 26, Sayı 1, 1993.
35. Karaaslan A.: Benlik Saygısı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9. Cilt, Sayı 1, 1993.
36. Karakaş Z., Çakırgil G., Ağaoğlu L., Anak S., Devecioğlu Ö.: Talasemi Majörlü Genç Erişkinlerde Psikososyal Değerlendirme, Ege Pediatri Bülteni, Cilt 7, Sayı 4, 2000.

37. Khurana A., Katyal S., Marwaha R.K.: Psychosocial Burden in Thalassemia, Indian Journal of Pediatrics, Volume 73-October, 2006.
38. Kılıçarslan E.: Talasemi Majörlü Çocuklarda Depresif Belirtilerin İncelenmesi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara , 2001 (Danışman:Prof. Dr. H. Çavuşoğlu).
39. Koç M.: Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi Ve Genel Özellikleri, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 2, Sayı17, 2004.
40. Köse A., Öztürk Ö., Kalıncı N., Konuk D.: Zonguldak İl Merkezinde İlköğretim Okullarında Okuyan 1-5. sınıf Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksi İle Okul Başarısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Kitabı, İstanbul, Eylül 2004.
41. Kulaksızoğlu A.: Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, Mayıs 2004.
42. Kuru Ö. S.: Anne-Baba Tutumları ile 8. Sınıf Öğrencilerin Benlik Saygıları ve Alınganlıkları Arındaki İlişki, M.Ü. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
43. Matusov E.:Self-Esteem in Children, Contextual Influences on Cognitive Development, San Jose State University, Jonna Delgado, May, 1997.
44. Moorjani J.D., Issac C.: Neurotic Manifestations in Adolescents With Thalassemia Major, Indian Journal Of Pediatrics, Volume 73-July, 2006.
45. Oğuzhanoglu, N.: Lise Öğrenimini Sürdüren 15-18 Yaşları Arasındaki Ergenlerde Benlik Saygısı Ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Araştırılması, Uzmanlı Tezi, Atatürk Sağlık Sitesi, İzmir, 1988.
46. Özbay H., Şahin N., Hınçal G., Güngör S., Öztürk Kılıç E., Mavili Aktaş A., Aybaş M., Göka E.: Ergenlikte Benlik İmajı: Çalışan ve Öğrenci Ergenler Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, 1991.
47. Özbay H., Şahin N., Hınçal G., Güngör S., Öztürk Kılıç E., Mavili Aktaş A., Aybaş M., Göka E.: Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımının Benlik İmajı, Depresyon ve Anksiyete Ölçümleri İle İlişkileri, Düşünen Adam Dergisi, Cilt 4, Sayı 3, 1991.

48. Özcan H.: İlkokul Öğrencilerinin Öz güvenleri, Akademik Başarıları ve Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişkiler, M. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sınıf Öğretmenliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
49. Özkan İ.: Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler, Düşünen Adam Dergisi, 7. Cilt, Sayı 3, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., 1994.
50. Özmen D., Ergin D., Çakmakçı Çetinkaya A.: Manisa’da Lise Öğrencilerinde Depresyon ve Benlik Saygısı, 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Kitabı, İstanbul, Eylül 2004.
51. Pek H., Yıldırım Z., Akdovan T., Yılmaz S.: Self-Esteem in Turkish Diabetic Children, Journal of Pediatric Nursing, Vol 17, No 4, August 2002.
52. Pek H., Yıldırım Z., Akdovan Dedik T.: İstanbul’da Bir İlköğretim Okulundaki Çocukların Benlik Saygıları ve Etkileyen Faktörler, M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul 1999.
53. Pişkin M.: Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Yönünden Karşılaştırılması, 3. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Kongre Kitabı, Ç.Ü. Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayını, Adana, 1997.
54. Pişkin M.: Self-Esteem, Locus Of Control and Academic Achievement of Secondary School Children Both In England and Turkey, Yayınlanmamış Doktora Tezi, University Of Leicester, Faculty Of Education and Continuing Studies, İngiltere, 1996.
55. Potter P.A., Perry A.G.: Esteem and Self-Esteem Needs, Foundations In Nursing Theory and Practice, Edited By Hazel BM Heath, 1995.
56. Potter P.A., Perry A.G.: Self-Esteem, Fundamentals of Nursing, Third Edition, St. Louis Mosby Year Book, 1993.
57. Salter M.: Altered Body Image, The Nurse’s Role, Bailliere Tindall, s.2-5, 50-68, U.K. 1997.
58. Savaşer S.: Talasemiler, Ed: Conk Z.: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Basım, s. 174-177, İstanbul, 1997.
59. Sertler Ş.: Kronik Hastalık Tanısı Konmuş Hastanede Yatan 6 Yaş Üstü Çocuklarda Duygusal İhmal ve İstismarın İncelenmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Yıldırım).
60. Sever A.D., Hotun N., Sabuncu H. H., İşsever H.: İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Benlik Saygıları ve Ruhsal Durumlarının Araştırılması. Hemşirelik Bülteni Dergisi, 7. Cilt, Sayı 28, 1993.
61. Sevimay Özer D., Özer M. K.: Çocuklarda Motor Gelişim, s. 207-227, Nobel Yayınları, Ankara, Nisan 2004.
62. Skordis MD N.: Induction Of Puberty In Thalassaemia Major, Ed: Ahmad W., 10th International Conference on Thalassaemia & Haemoglobinopathies & 12th International TIF Conference for Thalassaemia Patients and Parents, Dubai, January 2006.
63. Sönmez K.: Talasemi Hastalarında Psikolojik Sorunlar, Sağlık Dergisi, S:54-58, Mart 2004.
64. Sucu N.: Abdominal Stomalı Hastaların Bireysel Özellikleri İle Benlik Saygıları Arındaki İlişki, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. E. Aslan).
65. TADAD, Talassemi Oluşumu – Teşhis – Tedavisi – Geleceği Nedir?, Ülkemizin Çocukları-3, 3. Basım, İstanbul, 2000.
66. Toparlak D.: Diyabetik Çocukların Benlik Kavramları, 19. Pediatri Günleri Kongre Kitabı, İstanbul, Nisan 1997.
67. Turan N., Tufan B.: Coopersmith Benlik Saygısı Envanterinin (SEI) Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması, 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı (Bilimsel Çalışmaları), İstanbul, Eylül 1987
68. Ulupınar S.: Çeşitli Kurumlarda Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı ve Ruhsal Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1991.
69. Uzun M.: 9-14 Yaş Grubu Çocukların Benlik Kavramı ve Saldırganlığı Pekiştirici Faktörlerin Belirlenmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2003 (Danışman: Prof. Dr. G. Cimete).
70. Velioğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T.: Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, AÖF Yayınları, s:61-66, 1992

71. Yaprak, I.: Beta Talasemi Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, STED, Cilt 13, Sayı 2, 2004.
72. Yavuzer H.: Ergenlik Dönemi, Çocuk Psikolojisi, s. 263-300, Remzi Kitabevi, Ekim 2002.
73. Yavuzer H.: Ana-Baba ve Çocuk, s.40-41,243-257, Remzi Kitabevi, Haziran 2003.
74. Yörükoğlu, A.: Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar, Özgür Yayınları, 12. Basım, Ankara, 2004.
75. Weatherall D.J.: The thalassaemias, Ed: Williams W.J., Beutle E., Erslev A.J., Lichtman M.A., Haematology, Third Edition, 1986.

9. ÖZGEÇMİŞ

Nurcan Küçük 1981 yılında İstanbul’da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İstanbul’da tamamladı. 1999 yılında Rıfat Canayakın Lisesi’nden mezun olduktan sonra 2000 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda başladığı lisans eğitimini 2004 yılında tamamladı.

2004-2005 Akademik ders yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına başladı.

2004-2006 yıllarında Alman Hastanesi Cerrahi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde görev yaptı.

2006 yılında S.B.Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesinde hemşire olarak göreve başlamış olup halen aynı görevini sürdürmektedir.

EK:1

BİLGİ FORMU

Çalışma, talasemi majörlü (TM) çocukların beden imajının, benlik saygısına etkisini belirlemek amacıyla saptanmıştır.

Elde edilecek bilgiler yalnızca araştırmada kullanılacaktır. Soruları eksiksiz doldurmanızı araştırma sonuçları yönünden çok önemli.

Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Nurcan KÜÇÜK

Soru Kağıt No:

**KOD KOLON
NO DEĞERİ**

SORULAR

I. Tanıtıcı özelliklere ilişkin sorular

- | | | |
|----|----|--|
| 1 | 1. | Cinsiyetiniz: |
| 2 | 2. | Doğum tarihiniz: |
| 3 | 3. | Boy ve kilonuz: |
| 4 | 4. | Ailedeki çocuk sayısı: |
| 5 | 5. | Sen kaçınıcı çocuksun: |
| 6 | 6. | Annenin yaşı: |
| 7 | 7. | Babanın yaşı: |
| 8 | 8 | Annenin eğitim durumu:
() 1- Okur yazar değil
() 2- Okur yazar
() 3- İlkokul mezunu
() 4- Orta okul mezunu
() 5- Lise mezunu
() 6- Üniversite mezunu |
| 9 | 9 | Babanın mesleği: |
| 10 | 10 | Annenin mesleği: |

**KOD KOLON
NO DEĞERİ**

SORULAR

- 11 11 Oturduğunuz yer?
() 1- İstanbul içi:.....semti
() 2- İstanbul dışı:.....semti

- 12 12 Eviniz kendinize mi ait?
() 1- Evet
() 2- Hayır
13 13 Evde kendine ait odan var mı?
() 1- Evet
() 2- Hayır
14 14 Kaçınıcı sınıfa gidiyorsun?

- 15 15 Hiç sınıfta kaldın mı?

II. Hastalığa ilişkin sorular

- 16 16 Kaç yıldır talasemilisin?
- 17 17 Ne kadar sıklıkla kontrollerin (tedavin) için hastaneye diyorsun?
- 18 18 Hangi hastanede tedavi görüyorsun?
() 1- İ.Ü. Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi
() 2- İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
() 3- S. B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
() 4- S. B. Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi
- 19 19 Hastalığın nedeniyle okula ara verdin mi?
() 1- Evet
() 2- Hayır
Cevabınız hayır ise 21. soruya geçin.
- 20 20 Ne kadar süre okula ara verdin?
- 21 21 Talasemi hastalığı hakkında bilgin var mı?
() 1- Evet
() 2- Hayır

**KOD KOLON
NO DEĞERİ**

SORULAR

III. Hastalığını bilmeye ilişkin sorular

- 22 22 TM nasıl bir hastalıktır?
() 1- Kalıtsal bir kan hastalığıdır
() 2- Edinsel bir kan hastalığıdır
() 3- Kan yolu ile bulaşan bir hastalıktır
() 4- Diğer:
- 23 23 TM hayati tehlikesi olan ciddi bir hastalık mıdır?
() 1- Evet
() 2- Hayır
() 3- Kısmen
- 24 24 TM'li hastaların karakteristik bir görünüşleri var mıdır?
() 1- Evet
() 2- Hayır
() 3- Bilmiyorum
- 25 25 TM'ün ciddi komplikasyonları var mıdır?
() 1- Evet
() 2- Hayır
() 3- Bilmiyorum
Cevabınız hayır ise 27. soruya geçin.
- 26 26 Eğer ciddi komplikasyonları varsa hangi sistemler üzerinde görülür?
(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
() 1- Solunum
() 2- Kalp ve Damar
() 3- Endokrin
() 4- Sindirim
() 5- Boşaltım
() 6- Kas ve İskelet
() 7- Nörolojik
() 8- Diğer:
- 27 27 TM'ün tedavisinde aşağıdakilerden hangisi yapılamaz?
() 1- Kan Transfüzyonu
() 2- İlaç Tedavisi
() 3- Cerrahi Müdahale
() 4- Işın Tedavisi
() 5- Hiçbiri
- 28 28 TM'de anemi (kansızlığın) nedeni nedir?

KOD NO	KOLON DEĞERİ	SORULAR
29	29	Anemi (kansızlık) belirtileri nelerdir? ☐ 1- Güçsüzlük, halsizlik ☐ 2- Egzersiz Toleransı ☐ 3- Baş Ağrısı ☐ 4- Hepsi ☐ 5- Hiçbiri
30	30	Kan sayımı değerlerin kaçta düştüğünde kan alıyorsun?
31	31	En ideal kan transfüzyon süresi nedir? ☐ 1- 1 saatten daha az sürede ☐ 2- 1 – 2 saat arasında ☐ 3- 2 – 4 saat arasında ☐ 4- 4 – 6 saat arasında ☐ 5- Diğer:
32	32	TM’de aşağıdakilerden hangisi görülür? ☐ 1- Demir eksikliği ☐ 2- Demir fazlalığı

VÜCUT ALGISİ ÖLÇEĞİ (BODY CATHEXIS SCALE)

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına X işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

BCS

	<u>Çok</u> <u>beğeniyorum</u>	<u>Oldukça</u> <u>beğeniyor</u>	<u>Kararsızım</u>	<u>Pek</u> <u>beğenmiyorum</u>	<u>Hiç</u> <u>beğenmiyorum</u>
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel görünümüm					
8. İdrar dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Başım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim sistemi					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim.....					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					

30. Cinsel gücüm .....	.....	.....	.....	.....
31. Ayaklarım .....	.....	.....	.....	.....
32. Uyku düzenim .....	.....	.....	.....	.....
33. Sesim .....	.....	.....	.....	.....
34. Sağlığım .....	.....	.....	.....	.....
35. Cinsel faaliyetlerim .....	.....	.....	.....	.....
36. Dizlerim .....	.....	.....	.....	.....
37. Vücudumun duruş şekli .....	.....	.....	.....	.....
38. Yüzümün şeklidir.....	.....	.....	.....	.....
39. Kilom .....	.....	.....	.....	.....
40. Cinsel organlarım.....	.....	.....	.....	.....

COOPERSMITH BENLİK SAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını “benim gibi” uygun olmayanları ise “benim gibi değil” sütununa (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Benim Gibi	Benim Gibi Değil
1. Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam	()	()
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir	()	()
3. Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim	()	()
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem	()	()
5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar	()	()
6. Evde kolayca moralim bozulur	()	()
7. Yeni şeylere kolay erişemem	()	()
8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim	()	()
9. Ailem genellikle duygularıma önem verir	()	()
10. Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim	()	()
11. Ailem benden çok şey bekler	()	()
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur	()	()
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum	()	()
14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder	()	()
15. Kendimi yetersiz buluyorum	()	()
16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum	()	()
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam	()	()
18. Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim	()	()
19. Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam	()	()
20. Ailem benim duygularımı anlar	()	()
21. Çok sevilen bir kimse değilim	()	()
22. Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum	()	()
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar	()	()
24. Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm	()	()
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.	()	()

EK-4

Bilgilendirilmiş Onay Formu

“Talasemi Majörlü Çocuklarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi” başlıklı çalışmanın amacı talasemi majörlü çocukların beden imajlarının benlik saygısına etkisini belirlemektir. Beden imajını ve benlik saygısını değerlendirme ölçekleri ve literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış bir bilgi formundan oluşan anketler uygulanacaktır. Elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılma, katılmama veya istediğiniz zaman çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz Çalışma ile ilgili bana yapılan açıklamaları dinledim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Çocuk/Ebeveyn adı-soyadı:

Çocuk/Ebeveyn imzası:



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

18/07/2006

SAYI :SG.B104İSM.4344743/765
KONU :Tez izni

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksekokulunuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurcan KÜÇÜK'ün " Talesemi Majörlü Çocuklarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi" konulu tezini yapabilmesi için gerekli izin verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

13/07/2006

SAYI :SG.B104İSM.4344743/747
KONU :Tez izni

BAKIRKÖY KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurcan KÜÇÜK'ün "Talesemi Majörlü
Çocuklarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi" konulu tezini Kurumunuzda yapması
Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

Uygundur

08.08.06

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

etih kurulu değerlendirilmiştir.
uygundur.

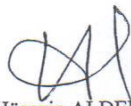
Dr. M. Gönül AYDOĞAN
Klinik Sağı
Çoc. Sağı ve Hast. Uzmanı
Çocuk Hematoloji Uzmanı
Tıp No: 16413-1981 İhtisas No: 23595-29633
Çocuk Hast. Uzm. No: 3576-29633

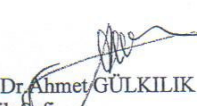
04.10.2006

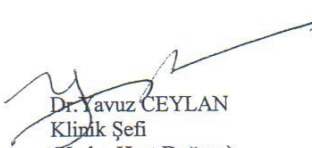
1120

ETİK KURUL KARARI

Hastanemiz Etik Kurulu 04.10.2006 tarihinde Baştabiblik odasında toplanmış, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurcan KÜÇÜK ' ün " **Talesemi majörlü çocuklarda beden imajının benlik saygısına etkisi** " konulu tez çalışması etik açıdan Kurulumuzca uygun görülmüştür


Dr. Hüseyin ALDEMİR
Baştabib
Klinik Şef Yard
(Çocuk Sağ.ve Hast.)


Doç. Dr. Ahmet GÜLKILIK
Klinik Şefi
(Kadın. Hast.ve Doğum)


Dr. Yavuz CEYLAN
Klinik Şefi
(Kadın Hast. Doğum)


Dr. Cemal ARK
Klinik Şefi
(Kadın Hast.ve Doğum)


Dr. A. İsmet TEKİRDAĞ
Klinik Şefi
(Kadın Hast.ve Doğum)


Dr. Rengin ŞİRANECİ
Klinik Şefi
(Çocuk Sağ.ve Hast.)

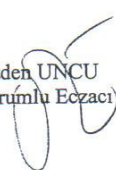

Dr. Gönül AYDOĞAN
Klinik Şefi
(Çocuk Sağ.ve Hast.)


Dr. S. Erdal ADAL
Klinik Şefi
(Çocuk Sağ.ve Hast.)


Dr. Sultan KAYUNCUOĞLU
Klinik Şefi
(Çocuk Sağ.ve Hast.)


Dr. Cüneyt ÖNGÜT
Uzman Tabip
(Patoloji)


Önder ULUCAKLI
Uzman (Tab. Uz. Tüz. göre)
(Bakteriyoloji)


Özden UNCU
Sorumlu Eczacı



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

18/07/2006

SAYI :SG.B104İSM.4344743/746
KONU :Tez izni

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurcan KÜÇÜK'ün "Talesemi Majörlü Çocuklarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi" konulu tezini Kurumunuzda yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

Hast md
Çocuk kl. Seftine
kuru de iği
yeralını. 17.8.2006.

ASLI GİBİDİR

S.B. İst. Okmeydanı E.A. Hst.
Uzm. Dr. Hayriye ÖZGÜZEL
Fizik Tedavi ve Reh. Klin. Seli
Dip. No: 17289/19705
Baştabip V

S.B. İst. Okmeydanı EAH
Dr. Ümit SOYDANER
Baştabip Yardımcısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Baştabipliği

TEBELLÜĞ BELGESİ

İl Sağlık Müdürlüğünün 18.07.2006 tarih 746 sayılı yazılarını tebellüğ ettim.

TEBLİĞ EDEN

Harun İLİAŞ
S.B. Okmeydanı Eğl. ve Araştırma Hast.
Personel Servisi

TEBELLÜĞ EDEN

Adı : Dr. Figen Bekun
Soyadı :
Sicili : 31840
Ünvanı : Setyan (hematolojik)
Tarih : 22.8.06
İmza :

Dr. Figen BEKUN
S.B. Okmeydanı Eğl. ve Araştırma Hast.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Pediatri Hastalıkları Uzmanı
Sicil No: 31840

ASLI GİBİDİR

S.B. İst. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Ümit SOYDANER
Baştabip (Yardımcısı)
Dip. No: 786

