



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE MAJÖR
TALASEMİ HASTALARINA UYGULANAN PSİKOEĞİTİMİN
BEDEN İMAJI, UMUT, STRESLE BAŞETME VE PSİKİYATRİK
BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Hazel ŞAHİN TARIM

Lefkoşa
Kasım, 2021

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE MAJÖR
TALASEMİ HASTALARINA UYGULANAN PSİKOEĞİTİMİN
BEDEN İMAJİ, UMUT, STRESLE BAŞETME VE PSİKİYATRİK
BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ





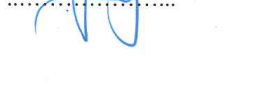
Hazel ŞAHİN TARIM

**Tez DanıŐmanı
Prof. Dr. Fatma ÖZ**

**Lefkoşa
Kasım, 2021**

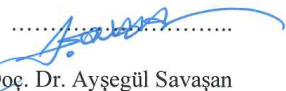
Onay

Hazel ŞAHİN TARIM tarafından hazırlanan “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Hemşirelik Anabilim Dalında Doktora Tezi olarak 22.11.2021 tarihinde kabul edilmiştir.


Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Jüri Başkanı:	Nimet Ovayolu	
Jüri Üyesi:	Meltem Meriç	
Jüri Üyesi:	Ayşegül Savaşan	
Jüri Üyesi:	Samineh Esmailzadeh	
Danışman:	Fatma Öz	

Anabilim Dalı Başkanı Onayı

22/11/2021


Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Savaşan
Anabilim Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı


Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer
Enstitü Müdürü

Etik İlkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Hazel Şahin Tarım

22/11/2021

Teşekkür

Doktora eğitimim boyunca her konuda rehberlik ederek, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren, değerli katkıları ile mesleki gelişimimde önemli yeri olan değerli hocam Prof. Dr. Fatma Öz'e,

Tez izleme komitesi ve tez savunma sınavı jürimde yer alan, çalışmama bilgi ve deneyimleriyle önemli katkılarda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Gürsel Öztunç, Prof. Dr. Nimet Ovayolu, Prof. Dr. Samiye Mete, Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik, Doç. Dr. Meltem Meriç, Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Savaşan ve Yrd. Doç. Dr. Samineh Esmailzadeh'e,

Doktora eğitimimde her daim yanımda olan ve bana motivasyon sağlayan, hayata daha farklı açılardan bakabilmemi sağlayan, varlığı ile yaşamıma anlam katan ve güç veren, ruhumu şenlendiren canım kızım Mira Tarım'a,

Hayatı birlikte paylaşmaktan mutluluk duyduğum, benden sevgi, ilgi ve desteğini esirgemeyen, beni her zaman cesaretlendiren, mesleğime ve bu anlamdaki çabalarımaya saygı duyan ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan eşim Mehmet Tarım'a,

Hayatımın her anında olduğu gibi eğitim öğretim hayatım boyunca benden sınırsız sevgi, güven ve desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, hayatımın en büyük şansını olan ve minnet borçlu olduğum annem Ayşe Şahin, babam İslam Şahin ve kardeşim Hasan Mert Şahin'e,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden ve eşsiz deneyimleri ile çalışmayı zenginleştiren bütün talasemi hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hazel ŞAHİN TARIM

Özet

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoëğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi

Şahin Tarım, Hazel

Doktora, Hemşirelik Bilim Dalı

Kasım 2021, 130 sayfa

Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz

Amaç: Araştırma, majör talasemi hastalarına uygulanan psikoëğitimin beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, ön test-son test izlem desenli ve kontrol gruplu bir müdahale çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini KKTC Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Talasemi merkezinde takip edilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 majör talasemi hastası oluşturmuş, 30 hasta müdahale grubuna, 30 hasta kontrol grubuna olacak şekilde dağıtılmıştır. Veriler hasta tanıtım formu, Beden İmajı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri uygulanarak toplanmıştır. Müdahale grubuna, haftada bir 90-120 dakika olacak şekilde dokuz oturum psikoëğitim programı uygulanmıştır. Ölçekler eğitim öncesi ve sonrası, ayrıca oturumdan bir ay sonra izlem amaçlı uygulanmıştır. Kontrol grubuna normal hastane rutinleri dışında herhangi bir etki verilmemiş, aynı şekilde ölçümler yapılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Ki-kare ve Spearman Rank testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Her iki grupta hastalığa ilişkin özellikleri arasında benzerlik olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Her iki gruptaki hastaların,

Beden İmajı Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, ön test son test ölçümde müdahale grubunda istatistiksel anlamlılıkta yüksek bulunmuştur. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin, "Boyun eğici yaklaşım" ve "Sosyal desteğe başvurma" alt ölçekleri son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kısa Semptom Envanteri, "Anksiyete" alt ölçeği puan ortalamaları açısından izlem ölçümü puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılıkta fark saptanmıştır.

Sonuçlar: Majör talasemi hastalarına uygulanan psikoeğitimin, hastaların umut düzeyini ve stresli durumlarda sosyal desteğe başvurma düzeyini arttırdığı, boyun eğici yaklaşım düzeyini ve psikiyatrik belirtilerde anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: majör talasemi, psikoeğitim, umut, stresle başatme, psikiyatrik belirti.

Abstract

The Effect of Psychoeducation on Body Image, Hope, Coping with Stress and Psychiatric Symptoms Patients with Thalassemia Major in the Turkish Republic of Northern Cyprus

Şahin Tarım, Hazel

PhD, Department of Nursing

November 2021, 130 pages

Supervisor: Prof. Dr. Fatma Öz

Purpose: The study was conducted to evaluate the effect of psychoeducation on body image, hope, coping with stress, and psychiatric symptoms in patients with thalassemia major.

Materials and methods: The study is an intervention study with the pre-test and post-test follow-up and a control group. The sample of the research is TRNC Nicosia Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital consisted of 60 major thalassemia patients who were followed in the thalassemia center and accepted to participate in the study. 30 patients were randomly assigned to the intervention group and 30 to the control group. The data were collected by applying the patient information form, Body Image Scale, Beck Hopelessness Scale, Stress Coping Styles Scale and Brief Symptom Inventory. Nine sessions of psychoeducation program, 90-120 minutes per week, were applied to the intervention group. The scales were administered prior to and following the education, with a final application carried out one month after the last session. Intervention wasn't conducted with the control group but the measurements were taken in the same manner. Descriptive statistics, Mann Whitney U test, Chi-square test, and Spearman Rank test were used in the analysis of the data.

Findings: Since the participants were randomly selected for both groups, there was a similarity between their characteristics regarding the disease while there was no statistically significant difference. No statistically significant difference was found

between the pre-test, post-test and follow-up mean scores of the patients in both groups in terms of the whole Body Image Scale. The scores on the whole Beck Hopelessness Scale were found to be statistically significantly higher in the intervention group in pre-test and post-test measurements. There was a statistically significant difference between the post-test and follow-up mean scores in terms of the mean scores on the “Submissive approach” and “Applying for Social Support” subscales of the Coping with Stress Styles Scale. A statistically significant difference was found between the mean scores on the “Anxiety” subscale of the Brief Symptom Inventory in terms of follow-up measurement scores.

Results: The psychoeducation increased the hope level of the patients, improved their ability to cope positively with stressful situations, and reduced their submissive approach and anxiety psychiatric symptoms.

Keywords: thalassemia major, psychoeducation, hope, coping with stress, psychiatric symptom

İçindekiler

Onay Sayfası	I
Etik İlkeler Uyumluk Beyanı	II
Teşekkür	III
Özet	IV
Abstract	VI
İçindekiler	VIII
Tablolar Listesi / Şekiller Listesi	XII
Kısalmalar	XIII

BÖLÜM I

Giriş	1
Araştırmanın Amacı	4
Araştırmanın Hipotezleri	4
Araştırmanın Sınırlılıkları	4

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller	5
Talaseminin Tanımı	5
Talaseminin Tarihçesi	5
Talaseminin Genetik Geçişi	6
Talaseminin Patofizyolojisi	6
Talasemi Tanı Yöntemleri	7
Dünyada ve Türkiye’de Talasemi	7
Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Talasemi	8
KKTC’de Talasemi Önleme Programı	8
KKTC’de Eğitim ve Toplumsal Farkındalık Çalışmaları	9
KKTC’de Taramalar ve Genetik Danışmanlık	10

KKTC’de Doğum Öncesi Erken Tanı Çalışmaları	10
KKTC’de Talasemide Tedavi Sonuçları	11
Talaseminin Sınıflandırılması	12
Minör Talasemi	13
İntermedia Talasemi	13
Majör Talasemi	13
Majör Talasemide Belirti-Bulgular	14
Majör Talasemide Tedavi Yöntemleri	15
Majör Talasemili Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar	16
Kardiyak Komplikasyonlar	16
Endokrin Komplikasyonlar	17
Kas-İskelet Sistemi ile İlgili Komplikasyonlar	17
Diğer Komplikasyonlar	17
Majör Talasemili Hastalarda Psikososyal Sorunlar	18
Majör Talasemili Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı Kavramı	19
Majör Talasemi Hastalarında Umut Kavramı.....	21
Majör Talasemi Hastalarında Stres ve Stresle Başetme	22
Majör Talasemi Hastalarında Yaşam Süresi ve Yaşam Kalitesi	25
Majör Talasemili Hastalarda Psikiyatrik Belirtiler	27
Majör Talasemili Hastalarda Psikososyal Hemşirelik	28
Majör Talasemi ve Psikoeğitim	30

BÖLÜM III

Yöntem	33
Araştırma Modeli	33
Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	34
Araştırma Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri	34
Veri Toplama Araçları	34
Hasta Tanıtım Formu	34
Beden İmajı Ölçeği (BİÖ)	35
Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	35

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	36
Kısa Semptom Envanteri (KSE)	37
Araştırmanın Ön Uygulaması	38
Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	39
Araştırmanın Uygulaması	39
Araştırmanın Zamanı	42
Araştırmanın Değişkenleri	42
Verilerin Analizi ve Yorumlanması	42
Araştırmanın Etik Yönü	42

BÖLÜM IV

Bulgular	44
Müdahale ve Kontrol Grubu Majör Talasemili Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri	45
Müdahale ve Kontrol Grubu Majör Talasemili Hastaların Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları Karşılaştırmaları	49
Müdahale ve Kontrol Grubu Majör Talasemili Hastaların Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Kullanılan Ölçeklerin Arasındaki Korelasyonlar	53

BÖLÜM V

Tartışma	57
-----------------------	----

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler	61
Sonuçlar	61
Öneriler	61
Kaynakça	62

Ekler

- Ek-1. Kontrol Grubu için Aydınlatılmış Onam Formu
- Ek-2. Müdahale Grubu için Aydınlatılmış Onam Formu

- Ek-3. Hasta Tanıtım Formu
- Ek-4. Beden İmajı Ölçeği
- Ek-5. Beck Umutsuzluk Ölçeği
- Ek-6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
- Ek-7. Kısa Semptom Envanteri
- Ek-8. Psikoeğitim Oturumları
- Ek-9. Etik Kurul Onayı I
- Ek-10. Etik Kurul Onayı II
- Ek-11. Kurum İzin Yazısı
- Ek-12. Klinik İzin Yazısı
- Ek-13. Beden İmajı Ölçeği Kullanım İzini
- Ek-14. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzini
- Ek-15. Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni
- Ek-16. İntihal Raporu
- Ek-17. Özgeçmiş

TABLolar LİSTESİ / ŞEKİLLER LİSTESİ**Sayfa**

Şekil 1. Uygulama Akış Şeması	41
Tablo 1. Majör Talasemili Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	45
Tablo 2. Majör Talasemili Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri	47
Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4. Majör Talasemili Hastaların Müdahale Öncesi BİÖ, BUÖ, SBTÖ ve KSE Puanları Arasındaki Korelasyonlar	53
Tablo 5. Majör Talasemili Hastaların Müdahale Sonrası BİÖ, BUÖ, SBTÖ ve KSE Puanları Arasındaki Korelasyonlar	55

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BIÖ	: Beden İmajı Ölçeği
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
DBNH	: Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HTF	: Hasta Tanıtım Formu
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
WHO	: World Health Organization
THD	: Türk Hematoloji Derneği
YDU	: Yakın Doğu Üniversitesi

BÖLÜM I

Giriş

Bu bölümde araştırma konusuna ve araştırmanın önemine, amacına, hipotezlerine ve sınırlılıklarına yer verilmiştir.

Problemin Tanımı ve Önemi

Talasemi, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde ve diğer Akdeniz ülkelerinde sık görülen anemi nedenleri arasında yer alan bir hastalıktır (THD, 2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı raporlara göre, talasemi dünya genelinde 229 ülkenin %72'sini tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada talasemi taşıyıcılığı %5.1'dir (WHO, 2006). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2016) verilerine göre, dünyada her yıl en az 365.000 talasemi hastası doğmakta ve tedavi görmektedir. Türkiye'de Talasemi taşıyıcı sıklığı %2,1 olup, yaklaşık 1.300.000 taşıyıcı ve 4500 hasta vardır. KKTC'de ise her yüz kişiden 17.4'ünde talasemi taşıyıcılığı görülmektedir.

Talasemi, hemoglobinin zincirlerinden bir veya birkaçının hasarlı sentezi sonucu gelişen anemi ile karakterize, otozomal resesif geçiş gösteren bir kan hastalığıdır. Talasemi, anormal eritrosit yapısı olmasına rağmen anemisi çok az olan veya olmayan hastalar talasemi minör, anemisi düzenli transfüzyon gerektirmeyen hastalar talasemi intermedia, majör klinik bulguları ve derin anemisi olan hastalar majör talasemi olarak sınıflandırılır (Aydoğmuş, 2012). Majör talasemi, anne ve babadan çocuklara kalıtsal olarak geçen, tarama programları ile önlenemeyen, tedavi uygulanmadığında ağır seyreden, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve yaşam süresini kısaltan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Ağaoğlu, 2010; Elzaree & ark., 2018; Yeşilipek, 2010).

Majör talasemide klinik bulgular, altı ay-iki yaş arasında ortaya çıkar. Anemi ve aşırı demir yüklenmesine bağlı olarak kalp, karaciğer, akciğer ve endokrin organlarda hasarlar oluşmaktadır (Taher & ark., 2018). Talasemili hastalarda büyüme geriliği, kemik deformiteleri nedeniyle yüzde, başta ve dişlerde şekil değişikliği,

kardiyak ve hepatik komplikasyonlar, gecikmiş puberte, diabetes mellitus, hipotiroidi ve hipoparatiroidi görülür. Majör talaseminin tedavisi, kan transfüzyonu, demir şelasyon tedavisinin yanında splenektomi gibi cerrahi tedavi, ayrıca komplikasyonların izlemi ve tedavisi ve psikolojik destek ile kök hücre transplantasyonu da yapılmaktadır (Capellini & ark., 2018; Sadullah & ark., 2020; Sharma & ark., 2016; Uz & ark., 2013).

Majör talasemi de diğer kronik bir hastalıklar gibi, hastaların hayatını etkileyen; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz sonuçlar doğurur (Öz, 2015). Majör talasemi tedavisindeki gelişmeler sayesinde, transfüzyon protokollerinin uygulanması ile hastaların yaşam süreleri ve yaşam kalitelerinde artış görülmüştür (Patel & ark., 2019). Buna rağmen, yetersiz kan transfüzyonu, kronik demir birikimi veya şelasyon tedavisinin yetersiz kullanımı sonucunda tedaviye bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilmekte; kas iskelet sistemi bozuklukları, kemik deformasyonları ve osteoporoz oluşmakta; şiddetli ağrı ve fonksiyonel kapasitede azalma nedeniyle yaşam kaliteleri düşmektedir (Vosper & ark., 2018; Uz & ark., 2013). Bu nedenle, hastaları psikososyal yönden de olumsuz etkileyebilmektedir.

Hastalığın doğasında fiziksel malformasyonlar, büyüme geriliği, hepatosplenomegali, sarı cilt rengi ve hatları belirgin karakteristik yüz görünümü vardır. Bu görünüm; bireylerin beden imajı, özsaygı ve özgüvenini olumsuz etkilemekte ve kendilerini diğerlerinden farklı hissetmelerine neden olmaktadır (Grift & ark., 2018; Punriddum & ark., 2018; Yıldız & ark., 2016). Bu yüzden hastalar kendilerini toplumdan izole ederek sosyal ortamlarda aktif olamamakta, yaşam kaliteleri ve ruhsal durumları olumsuz yönde etkilenmektedir (Elzaree & ark., 2018; Maden & ark., 2020; Öz, 2010). Bireylerin ayrıca, transfüzyon nedeniyle sık sık hastaneye yatmaları, aileden uzak kalmaları, aktivite kısıtlılıkları ve kas ve eklem ağrılarının olması, demir şelasyon tedavisinin yan etkileri ve ölüm korkusu yaşamaları anksiyete, umutsuzluk ve depresyona yol açabilmektedir. Bu da insanların olumsuz etkilenmesini arttırmaktadır (Seyedifar & ark., 2016; Shafie & ark., 2020; Pattanashetti & ark., 2017).

Hastalar yaşamlarının çeşitli dönemlerinde birçok duygusal sorun, kaygı ve davranış sorunu yaşayabilirler. (Çelebi, 2009; Koutelekos & Haliasos, 2013). Bunlar; engellenme, yas, keder, düşmanlık, kaygı, umutsuzluk, kaygıyla baş

edememe, depresyon, ölüm korkusu, özgüven eksikliği, somatizasyon, özsaygıda azalma, izolasyon, sinirlilik, çaresizlik, sevgisizlik hissi ve öz saygı eksikliğidir (Ishfaq & ark., 2018; Rikos & ark., 2020).

Kronik hastalıkların yönetiminde, hasta ve ailesinin hastalık sürecinde ortaya çıkan sorunlarla hasta ve ailesinin baş edebilmesinde, hastalığın neden olduğu yetersizlikte, işlev kaybında, fiziksel ve psikososyal adaptasyonda, hemşirelik uygulamalarının önemi büyüktür. Majör talasemi hastalarında yaşanan fizyolojik, ruhsal ve sosyal sorunlar düşünüldüğünde, bu hastaların beden imajlarının, umut düzeylerinin, stresle başetme tarzlarının ve görülebilecek psikiyatrik belirtilerin ele alınması gerekmektedir. Bu bağlamda bu hastalara verilecek sağlık hizmetlerinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşire, eğitici ve danışmanlık rolünü kullanarak, hastalıkları önleme ve baş etmede hastanın biyopsikososyal yaklaşım içinde en iyi seviyede fonksiyon görmesini psikoeğitim yoluyla yapabilir (Aydemir & Çetin, 2019; Şengün & ark., 2011; Üstün, 2016). Psikoeğitim, sağlık, işbirliği, başa çıkma ve güçlendirme felsefesine odaklanan bütünsel bir yaklaşım sunar. Böylece, hasta ve ailesinin sorunlarıyla ve yetersizlikleriyle baş etme becerilerini geliştirme yöntemlerine odaklanılmakta ve bu yolla hastalığı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme, iyilik düzeyini, uyumu ve yaşam kalitesini artırma hedeflenmektedir (Srivastava & Panday, 2017; Swaminath, 2009; Tatu & Demir, 2021). Psikoeğitimin hem klinik hem de toplum ortamında yararlı ve etkili olduğu bulunmuştur (Ay Kaatsız & Öz, 2020; Sarkhel & ark., 2020; Mubin & Livana, 2020).

KKTC, diğer Akdeniz ülkelerinden fazla sayıda göç alan bir Akdeniz adasıdır (Atasoy, 2011; Kocakuşak, 2019). Talasemi, KKTC için de önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2001 yılından sonra adada Talasemili doğan bir bebek olmamasına karşın, mevcut hasta sayısı azımsanmayacak kadar fazladır. KKTC’de majör talasemili 87 hasta bulunmaktadır (Bozkurt & Baysal, 2019). Bu bireylerin yukarıda söz edilen nedenlere bağlı olarak psikososyal alanda birçok sorun yaşadıkları da gözlenmektedir. KKTC’nin göç alan bir ada olması nedeniyle farklı kültürleri barındıran sosyolojik bir dokusunun olması da bu sorunun boyutlarını artırabilmektedir. Bu bağlamda, yazılmış kaynaklar çok sınırlı sayıdadır. Hastalar, fiziksel olarak takip edilse bile psikososyal boyutta yapılanlar yetersiz kalmakta ve

hastaların sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Bu alanda psikososyal yönde yapılan çalışmaların sınırlı olması da bu çalışmanın yapılmasının gereğini ortaya koymuştur. Çalışma sonuçlarının majör talasemili bireylere hizmet veren hemşirelere, uygulamalarına yön verme ve kalite katma konusunda da önemli olacağı düşünülmektedir. Ayrıca uygulanan psikoeğitim programı, hemşirelere ve tüm sağlık çalışanlarına rehber niteliğinde olacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, majör talasemi hastalarına uygulanan psikoeğitimin beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Uygulanan psikoeğitim;

H₁. Müdahale grubunun kontrol grubuna göre, beden imajı algısını olumlu yönde arttırmada etkilidir.

H₂. Müdahale grubunun kontrol grubuna göre umut düzeyini arttırmada etkilidir.

H₃. Müdahale grubunun kontrol grubuna göre stresli durumlarla başetmesini arttırmada etkilidir.

H₄. Müdahale grubunun kontrol grubuna göre psikiyatrik belirtilerini azaltmada etkilidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Talasemi merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile sınırlıdır. Ayrıca psikoeğitim gruplarının cinsiyet dağılımlarının heterojen olamaması araştırmanın sınırlılığı içerisinde yer almaktadır.

BÖLÜM II

Kavramsallar Temeller

Bu bölümde araştırma ile ilgili kavramsal açıklamalara, tanımlamalara ve araştırma ile ilgili literatürde geçen ve daha önce yapılmış olan araştırmalara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Talaseminin Tanımı

Talasemi, hemoglobin zincirlerinden bir veya birkaçının hasarlı sentezi sonucu gelişen anemi ile karakterize, otozomal resesif geçiş gösteren bir kan hastalığıdır (Ağaoğlu, 2010; Yeşilipek, 2010). Hemoglobin yapısında yer alan globin zincirlerinin sentezinin azalması veya sentezlenememesi ile oluşur. Sonuçta globin zinciri yapımı azaldığı için hemoglobin ve dolayısıyla eritrosit sentezi de azalarak derin anemi tablosu oluşur (Ovayolu, 2017).

Talaseminin Tarihçesi

Talasemi hastalığı ilk kez 1925 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşamlarının ilk yıllarında derin anemi ve splenomegali gelişen bebekleri tanımlayan pediatrist Thomas Cooley tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra benzer vakaların görülmesi üzerine bu herediter hemolitik anemiye Van Jaksch anemisi, splenik anemi, eritroblastozis, Akdeniz anemisi adları verilmiştir. 1936'da George Whipple ve Lesley Bradford inceledikleri vakaların Akdeniz ülkelerinden geldiğini saptadıkları hastalığa Yunanca deniz anlamına gelen "thalassemia" adını vermişlerdir. Daha sonra bu hastalığın sadece Akdeniz ülkeleri toplumlarında olmadığı diğer toplumlarda da bulunduğu ve katılımsal geçiş gösterdiği tespit edilmiştir (Günçağ & ark., 2003).

Talasemi hastalığında transfüzyon rejimleri 1960'larda yayımlanmış ve ilk demir şelatörü Desferrioxamine, 1970 yılında tedavide kullanılmaya başlanmıştır. 1980'li yıllarda Edward Thomas tarafından ilk kan transplantasyonu, kemik iliği transplantasyonu gerçekleştirilmiş ve yine aynı yıllarda ilk oral demir şelatörü

üretilmiştir. Gen tedavisi çalışmaları da aynı yıllarda başlamıştır. 2000’li yıllarda ikinci oral demir şelatörü olan Deferasiroks Avrupa’da kullanılmaya başlanılmıştır. 2010’lu yıllarda ise gen tedavisi çalışmalarına devam edilmiştir (Canatan & Aydınok, 2007; Canatan, 2014).

Talaseminin Genetik Geçişi

Katılımsal özellikler nedeniyle talasemi hastası olan bir çocuğun ebeveynlerinde de bu gen mutasyonu bulunmaktadır. Talasemiye neden olan gen otozomal çekinik bir eylem gösterir. Talasemi hastaları bu geni doğuştan itibaren taşırlar. Eğer hastalar çocukluk çağında hasta değiller ise ilerleyen dönemlerde de hasta olmazlar (Küçük, 2007). Bir talasemi taşıyıcısı, taşıyıcı olmayan normal bir kişi ile evlenirse doğacak her bir çocuk için %50 taşıyıcı, %50 normal olma olasılığı vardır. Bu durumda hastalık ortaya çıkmaz, ancak çocuklarda taşıyıcılık olup olmadığı araştırılmalıdır. İki taşıyıcının evlenmesi sonucunda ise her bir çocuk için %25 oranında hastalıklı doğma, %50 taşıyıcı olma ve %25 normal doğma olasılığı mevcuttur (Canatan & Aydınok, 2007)

Talaseminin Patofizyolojisi

Talasemi, bir veya daha fazla hemoglobin globin zincirinin zayıflamış sentezinin neden olduğu genetik bir bozukluktur (Shirzadfar & Mokhtari, 2018). Normal hemoglobin, dört globin birleşimi veya polipeptid zinciri içermektedir. Beta talasemide hemoglobinin beta yapısının sentezlenmesinde problem varken alfa zincirlerinin sentezindeyse telafi edici bir yükseliş bulunmaktadır. Zincirlerdeki polipeptidlerin sentezlenmesinin stabil olmayışı, eritrositlere zarar vererek ağır aneminin gerçekleşmesine sebep olur. Dolaşıma giren olgunlaşmış eritrositler, dalakta standart olan süreden daha hızlı ve önce yıkılır. Bu nedenle anemi gelişimi hızlanır (Arslan & Çalışır, 2013).

Majör talasemi nedeniyle gelişim gösteren anemi, böbreklerden eritropoetin salınmasına sebep olmaktadır. Eritropoetin kemik iliğinde daha çok eritrosit üretilmesini sağlamasına rağmen anemi nedeniyle eritrosit yıkım düzeyi

yükseldiğinden bu artış yeterli değildir. Bu döngü ile kemik iliği hiperplazisi gerçekleşir ve kemiklerde genişleme meydana gelir. Transfüzyon tedavisinde verilen ek eritrositlerin hemolizi ve defektif hücrelerin hızlı bir şekilde yıkılmasından dolayı oluşan yüksek seviyedeki demir birçok organda depolanır (Arslan & Çalışır, 2013).

Talasemi Tanı Yöntemleri

Talasemide tanı, ailedeki talasemi öyküsüne, klinik belirtilere ve laboratuvar bulgularına göre konulur. Laboratuvarda elde edilen klinik bulgular ile beta majör talasemi hastalığından şüphe duyulan kişilerde kesin tanı konulması için yüksek performans likit kromatografiyle, Hemogloblin F ve Hemogloblin A2 seviyeleri kontrol edildikten sonra moleküler testler yapılır. Ayrıca prenatal dönemde, 10. gebelik haftasında amniyosentez ya da 20. haftada fetal kan örneği alma yoluyla talasemi taşıyıcılığı prenatal dönemde tanınabilir (Arslan & Çalışır, 2013).

Dünyada ve Türkiye’de Talasemi

Talasemi, dünya üzerinde bulunan 229 ülkenin %72’sini tehdit altına alan büyük bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan raporlar doğrultusunda dünya üzerinde talasemi taşıyıcılığı %5,1’dir (WHO, 2006). Her sene doğan bebeklerin %17’si talasemi geni taşımaktadır (Canatan, 2014).

Talasemi birçok ülkede ve ülkenin farklı bölgelerinde farklı dağılımlar göstermektedir. Akdeniz ülkelerinde; Orta Doğu, Uzak Doğu’dan göçlerle birlikte Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde yoğunluk yükselmiştir. Akdeniz’i de kapsayan kıyı boyunca Yunanistan, İtalya, Malta, İspanya, Kıbrıs ve Türkiye Cumhuriyeti’nin batı ve güney kıyılarında ve uzak doğu ülkelerinde yoğunluk artmaktadır (Canatan, 2014; Kutlu & ark., 2006)

Türkiye’de gerçekleştirilen tarama çalışmalarında, talasemi taşıyıcılığı %2,1 olmakla birlikte, yaklaşık olarak 1300000 taşıyıcı ve yaklaşık olarak 4500 hasta olduğu tespit edilmiştir (Canatan, 2014). Talasemiye engelleme araştırmaları, ilk kez DSÖ 1970’lerde Akdeniz ülkelerinde başlamıştır. Türkiye’de Hemogloblinopati Önleme Programı, 2003 senesinde 33 ilde aynı anda uygulamaya konmuştur.

Uygulama yapılan iller, Akdeniz bölgesinde bulunan ve o bölgeye yakın illerden oluşmuştur (Canatan, 2014). Hemoglobinoopatilerin önlenmesinde en etkili metot taşıyıcıların tespit edilmesi, taşıyıcılara katılımsal danışma verilmesi ve prenatal tanı yöntemlerinin kullanılmasıyla hasta bebek doğumunun önüne geçilmesidir. Bu metotların kullanılmasıyla birçok ülkede hemoglobinopatili çocuk doğumlarının önüne geçilmiştir (Eleftheriou, 2003; Timur, 2008). 2003 yılındaki verilere göre evlenecek çiftlerin %30'unda tarama gerçekleştirilirken, beklenen yeni doğan talasemi sayısı 400 olarak tespit edilmiştir. 2003-2008 seneleri arasında artan tarama sayıları sonucunda tarama oranı %30'dan %81'e çıkarılmış ve talasemi hastası çocuk doğum sayısı %85 oranında azalmıştır (Aydınok & ark., 2018; Canatan & ark., 2006; Canatan, 2014).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 31 ilde 47 merkez kurularak, 2003 yılında evlenen çiftlerin %30'u taranır iken, 2010 yılında yüzde 85'i taranmış, yeni hasta çocuk doğum sayısı 2002 yılında 272 iken, 2010 yılında 25'e düşmüştür. Sonuç olarak, ülke genelinde talasemi sıklığı %2,1 iken, güney sahil bölgelerinde %4,3 sıklıkta bulunmuştur. Son 10 yılda yapılan önleme programları ile talasemili bebek doğumu %90 oranında azalmıştır (Canatan, 2014).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Talasemi

KKTC'de talaseminin tarihsel süreci incelendiğinde, önleme programları, eğitim ve toplumsal farkındalık çalışmaları, taramalar ve genetik danışmanlık ve doğum öncesi erken tanı çalışmaları karşımıza çıkmaktadır.

KKTC'de Talasemi Önleme Programı

KKTC'de, talaseminin toplumsal ve ciddi bir sağlık sorunu oluşturduğu ilk olarak 1976 yılında gündeme gelmiştir. Bu problemin çözümüne yönelik çalışmalar ülke genelinde başlatılmış ve "Talasemi Önleme Programı" oluşturularak uygulamaya konmuştur. Bu program çerçevesinde eğitim ve toplumsal farkındalık çalışmalarına 1978 yılından itibaren başlanmıştır. 1979'dan itibaren riskli aileler taranmaya, 1980 yılından itibaren ise evlilik öncesi yasal tarama testleri ve

taşıyıcılara genetik danışmanlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Doğum öncesi erken tanı çalışmalarına, 1984 yılında fetal kan örnekleme ile başlanmış olup 1991 yılından itibaren koryonik villus biyopsisi ve DNA çalışmaları ile devam edilmiştir. Talasemili hastaların tedavisinde önerilen konvansiyonel tedavi metotları uygulanmış ve hastaların yaşam süreleri ve kaliteleri iyileştirilmeye çalışılmıştır (Bozkurt & Baysal, 2019).

KKTC'de talasemi ile ilgili olarak başlatılan çalışmalar, ilk olarak Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nin değişik bölümlerinde sürdürülmüş, 1988 yılında Talasemi merkezinin kurulmasıyla tüm hizmetler aynı çatı altına toplanmıştır. Talasemi merkezi; talasemili hastaların günü birlik takip ve tedavilerinin yapılacağı klinik bölümü, taramaların ve erken tanı çalışmalarının yapılacağı laboratuvarlar ve kan bankasından oluşmaktadır. Bu merkezde aynı zamanda Talasemi Derneği ofisi de yer almaktadır. Talasemi merkezinde, günü birlik bakım ve tedavi hizmetlerini bir hematoloji uzmanı hekim ve talasemi konusunda uzmanlaşmış bir iç hastalıkları uzmanı ile transfüzyon konusunda eğitilmiş hemşireler yürütmektedirler. Ayrıca, talasemili hastalarda yaş ilerledikçe gelişen komplikasyonlara yönelik olarak, yan dal uzman hekimleri ile iş birliği yapılarak tedaviler planlanmakta ve uygulanmaktadır (Kıbrıs Thalassaemia Derneği, 2019).

KKTC'de Eğitim ve Toplumsal Farkındalık Çalışmaları

Toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi, hastalıkla mücadelede oldukça önemlidir. Bu çerçevede, Talasemi Önleme Programı'nın ilk kez başlatıldığı 1978 yılından itibaren, toplumsal bilinçlendirmeyi sağlamak amacı ile etkili eğitim çalışmaları başlatılmıştır. Talasemi ile ilgili olarak hazırlanan programlar basın ve yayın yolu ile halka duyurulmuş; okullar, askeri birlikler ve üniversitelerde konferanslar düzenlenmiş; konu ile ilgili broşürler, kitapçıklar halka dağıtılmıştır. Eğitim çalışmalarına kadın doğum ve çocuk hastalıkları uzman hekimleri, pratisyen hekimler, ebe ve hemşireler de katılmışlardır (Bozkurt & Baysal, 2019).

KKTC'de talasemi ile mücadelede en önemli ülke politikası, özellikle evlilik ve doğurganlık yaşlarındaki kişilerin taranması ve taşıyıcılığı tespit edilenlere genetik danışmanlık verilmek suretiyle, hasta çocukların doğumlarının önlenmesi idi. Bu bağlamda çalışmalar başlamadan önce, 1980 yılı öncesinde evlenen hamile

kadınlarda da talasemi taramalarının rutin olarak yaptırılması konusunda tüm kadın doğum uzmanlarına genelgeler gönderilmiş ve bu grubun da kontrol altına alınması sağlanmıştır. Tüm bu kontrollere rağmen adada talasemi insidansının yüksek olması, hasta bebek doğumlarını önlemede sadece riskli grupların eğitilmesi ve taranması ile yeterli olamayacağı düşünülmüştür. Bu amaçla evlilik öncesi taramalar 1980 yılında yasal olarak zorunlu hale getirilmiş ve evlenecek tüm çiftlerin devlet kontrolünde ücretsiz olarak taranmasına karar verilmiştir. Bu uygulamalar, Devlet tarafından desteklendiği gibi halk tarafından da oldukça kabul görmüş ve 2001 yılından sonra talasemili hiçbir bebek doğmamıştır. (Bozkurt & Baysal, 2019). Koruyucu sağlık hizmetlerinde, bir hastalığın erdike edilmesi ve hastaların da izlemi ve rehabilitasyonu oldukça önemli olduğu düşünüldüğünde ülkemiz bu bağlamda önemli bir sorunu başarıyla kontrol altına alınmıştır ve bu hizmeti de sürdürmektedir.

KKTC'de Taramalar ve Genetik Danışmanlık

Taramalar, ilk kez 1978 yılından itibaren, önce Lefkoşa'daki hastanede, sonra Talasemi merkezinde ailesinde talasemili çocuğu olanlarda yapılmaya başlanmıştır. Bu yolla sadece 1000 civarında kişi taranabilmiştir. Daha sonra 1980 yılından itibaren evlilik öncesi talasemi testi yaptırmanın yasal olarak zorunlu hale gelmesi ile yılda 4500-5000 civarında kişi taranmıştır ve bu uygulamalar rutin olarak devam etmektedir. Tarama testlerini takiben, taşıyıcılık tespit edilen çiftlere, genetik danışmanlık verilmekte ve hamileliğin gerçekleşmesi halinde doğum öncesi erken tanı yaptırılmaları önerilmektedir. Programın yeni başladığı ilk yıllarda her ikisi de talasemi taşıyıcısı olarak tespit edilen çiftlerin bir kısmı, hasta çocuk sahibi olma riskini göze alamayıp evlenmekten vazgeçmişlerdir. İlerleyen yıllarda, doğum öncesi erken tanı tekniklerinin ilerlemesi, koruma ve farkındalık eğitimleri ile daha bilinçli hale gelmiş ve bu tür davranışlar artık görülmemektedir (Bozkurt & Baysal 2019).

KKTC'de Doğum Öncesi Erken Tanı Çalışmaları

KKTC'de talasemi ile mücadele programı çerçevesinde amaçlanan en önemli konulardan biri de yeni doğacak talasemili hasta bebeklerin doğumunu önlemektir. Bu çerçevede her ikisi de taşıyıcı olan çiftlere, her doğumda %25 oranında talasemili bebek sahibi olma riskleri anlatılarak, genetik danışmanlık vermek ve doğum öncesi

erken tanı hizmetlerini sunmak hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda Talasemi Merkezi'nde 1984 yılından itibaren doğum öncesi erken tanı çalışmalarına başlanmıştır. Kordosentez yöntemi ile bebeğin göbek kordonundan kan alınması ile yapılan erken tanılarda ve fetüse majör talasemi tanısı konduğunda ve bu gebelikler ailenin de onayı ile sonlandırılmakta iken, DNA yöntemlerinin 1991 yılında uygulamaya girmesi ile bu yöntem terk edilmiştir. Böylece, gebeliğin 10-12. haftalarında uygulanan ve koryonik villus biyopsisi ile elde edilen dokuların DNA'larının incelenmesi ile erken tanı çalışmalarına başlanmış ve sürdürülmektedir (Bozkurt & Baysal, 2019).

KKTC'de 1984 yılından itibaren prenatal tanı çalışmalarının başlatılması ile yılda 18-20 civarında doğması beklenen majör talasemili hastaların sayısında yaklaşık %50 oranında düşüş kaydedilmiştir. Böylece uygulanan tarama, genetik danışmanlık ve doğum öncesi erken tanı çalışmaları ile son 30 yılda doğması beklenen 600 civarındaki yeni talasemili hastanın doğumları engellenmiştir (Kountouris & ark., 2016). KKTC'de, talasemiye önlemeye yönelik bu çalışmalarda önce toplumun bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır. Devletin doğru sağlık politikası da halka ulaşmış, riskli aileler de dahil olmak üzere adeta bir seferberlik içinde hastalıktan korunmak adına bu önerilere olumlu yaklaşmış ve doğum öncesi erken tanıyı kabul etmeyen fazla çift olmamıştır. 1984 yılından 2001 yılına kadar değişik nedenlerle toplam 10 civarında talasemili bebek dünyaya gelmiş, ancak 2001 yılından itibaren hiçbir talasemili bebek doğmamıştır (Yaprak & Bozkurt, 2012; Bozkurt & Baysal, 2019). Bu da, ülke bazında uygulanan önleyici programların, talasemiye azaltma ve önlemede ne kadar yararlı ve değerli olduğunu göstermektedir. Ancak mevcut hastalar ve çocuk sahibi olmak isteyen taşıyıcı bireylerin psikososyal açıdan çok iyi ele alınmaları ve izlemleri gerekmektedir.

KKTC'de Talasemide Tedavi Sonuçları

KKTC'de Talasemi ile mücadele çalışmalarında, hasta çocukların doğumlarının önlenmesi, mevcut talasemili bireylerin daha iyi koşullarda tedavi edilerek yaşam sürelerinin ve kalitelerinin artırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmalar, 1970'li yılların sonuna doğru başlatılmış ve 1980'li yıllarda yoğunlaşarak devam etmiştir. Kalıtsal kronik bir hastalık olan talaseminin konvansiyonel yöntemlerle

iyileştirilmesi mümkün değildir. Bu nedenle hastalığın tamamen iyileştirilmesine yönelik tedaviler, dünyada belli başlı merkezlerde hematopoetik kök hücre nakilleri ile yapılmaktadır. Kök hücre nakli için öncelikle geniş bir aile ve kardeşlerden birinin iliği ile uyumlu kök hücre bulabilmek esastır. Kardeşler arasında da uyumlu kök hücre temini ancak %30 oranlarında mümkün olabilmektedir (Lucarelli & ark., 1990). Dünyada geniş hasta kitlelerinin konvansiyonel tedavilerle daha uzun ve kaliteli yaşatılması konusunda süren çalışmalarda, oldukça iyi noktalara ulaşılmıştır (Ceylan & ark., 2018). KKTC’de de talaseminin tamamen iyileştirilmesine yönelik olarak hastalardan birine, kardeşinden alınan hematopoetik kök hücre ile nakil yapılmış ve başarılı sonuç alınmıştır. Erişkin yaşa ulaşan hasta şu anda sağlıklı bir yaşam sürmektedir (Bozkurt & Baysal, 2019).

Modern talasemi tedavisine yönelik geliştirilen yöntemler, tedavi protokolleri, kan bankacılığındaki yenilikler doğrultusunda 1987 yılında başlatılan bu hizmet geliştirilmeye çalışılmış, yeni yöntemler ülkemizde de bire bir uygulanmaya başlanmıştır (Borgna Pignatti, 2010).

KKTC’de talasemi tedavisi aşağıda yer alan protokoller çerçevesinde sürdürülmektedir (Bozkurt & Baysal, 2019).

- Yeterli, etkin ve güvenli kan transfüzyonları,
- Etkili demir şelasyonları,
- Enfeksiyonlara karşı koruma ve düzenli aşılama,
- Gelişen kardiyolojik komplikasyonlara yönelik çalışmalar,
- Hepatik komplikasyonlara yönelik takip ve tedaviler,
- Büyüme ve gelişme geriliği ve diğer endokrinolojik komplikasyonlara yönelik tetkikler ve replasman tedavileri,
- Osteoporoz ve kemik metabolizmasına yönelik tetkik ve tedaviler,
- Kan transfüzyonu ile geçebilecek bulaşıcı hastalıklara karşı, kanların hepatit B, hepatit C, HIV ve sifiliz yönünden taranması,
- Kan transfüzyon reaksiyonlarını önlemek amacı ile kanların filtrelenerek lökositlerden arındırılması veya yıkanarak verilmesi,
- İmmünolojik transfüzyon reaksiyonlarına karşı hastalarda gelişen alloimmün antikorların araştırılarak tespit edilmesi ve uygun kanlarla transfüzyon,
- Psikososyal sorunlara karşı psikolojik destek ve tedavi.

Talaseminin Sınıflandırılması

Talasemi klinik bulgularına göre; majör, intermedia ve minör olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır.

Minör Talasemi

Hafif anemi durumu ve heterozigot bir yapıyla ilerleyen talasemi tipi “talasemi minör” veya “talasemi taşıyıcılığı” şeklinde adlandırılır. Talasemi minörde tek bir β globin geni etkilenir ve sadece etkilenen gende β zincir üretimi durur. Kan sayımında eritrosit dağılım genişliği normal olmasına rağmen ortalama eritrosit hacmi hafif düşüktür. Bu talasemide eritrositler, mikrositer ve hipokrom bir yapıda bulunduğundan demir eksikliğinin neden olduğu anemiyle karıştırılabilir. Fakat bu talasemi türünde demir seviyesi normal düzeydedir (Arslan & Çalışır, 2013; Lanskowsky & ark., 2016).

İntermedia Talasemi

Yetişkinlik dönemine kadar belirti göstermeyen, ağır anemi ve splenomegaliyle kendini gösteren talasemi çeşidine ‘talasemi intermedia’ denilmektedir. Hastalığın semptomları çoğunlukla 30’lu yaşlardan sonra baş gösteren, kan ihtiyacı az olan talasemi hastalığının hafif bir şeklidir. Talasemi intermedia laboratuvar ve klinik açıdan heterojen bir eğilim göstermektedir. Talasemi intermedianın daha ağır olan tipi semptomları itibari ile majör talasemiye benzer özellikler taşımaktadır. Talasemi intermedia hastaları bazı zamanlarda demir atıcı ilaçlar ve transfüzyon tedavisi görürken, bazen transfüzyon almadan hayatlarına devam edebilirler (Ünal, 2010).

Majör Talasemi

Majör talasemi, çocukluğun erken döneminde başlayan ve ciddi problemlere neden olan klinik seyri ağır olan bir talasemi türüdür. Majör talasemide temel bozukluk, hemoglobinin beta zincirinin üretiminin olmamasıdır. Dolaşımda bulunan

eritrositler vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılama konusunda yetersiz kalmakta ve eritrosit ömrü azalmaktadır (Canatan & Aydınok, 2007; Galanello & Origa, 2010; Ünal, 2010). Majör talasemi çoğunlukla doğumdan altı ay sonra semptomları görülen, ilerleyen ve ağır bir anemi türüdür. Aneminin ilerlemesi neticesinde kalp yetmezliğinin oluşmasını engellemek için belirli dönemlerde kan transfüzyonun gerçekleştirilmesi ve tıbbi bakım gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Eğer yeterli seviyede transfüzyon yapılmazsa yüksek oranlı eritropoez nedeniyle kemik iliğinde hipertrofi meydana gelir. Çoğunlukla 20-30 yaşları arasında kalp yetmezliği sebebiyle ölüm gerçekleşir (Arslan & Çalışır, 2013).

Majör Talasemide Belirti-Bulgular

Majör talasemili bebeklerde doğum esnasında hiçbir klinik bulgu yoktur. Bulgular β -globulin üretilmemesi ve hepatosit büyüme faktörü üretiminin azalmasıyla altı ay-iki yaş arasında görülmeye başlamaktadır. Majör talasemi genellikle iki yaşından küçük bir bebekte derin anemi, hafif sarılık ve hepatosplenomegali gibi belirtilerle ortaya çıkar. Kısa boy, büyük baş, belirginleşmiş abdomen inspeksiyonda göze çarpar. Hastalar halsizlik, iştahsızlık, açıklanamayan ateş, beslenme güçlüğü, solukluk, kilo alamama, büyüme ve gelişmede gecikme, karın şişliği, sık enfeksiyon gibi bulgular ile hastaneye başvururlar. Bu hastalara kan transfüzyonu yapılmazsa anemi derinleşir, kalp yetmezliği bulguları gelişir ve hastalar kalp yetmezliğinden kaybedilebilirler (Canatan & Aydınok 2007, Ünal 2010, Törüner & Büyükgönenç, 2012).

Majör talasemili hastaların laboratuvar bulgularında; eritrosit değerlerinde azalma, periferik yaymada ağır hipokromi, mikrositoz, poikilositoz, anizositoz, normoblast, bazofilik noktalanma ve hedef hücreleri dikkati çekmektedir (Aydoğmuş, 2012). Serum demir düzeyi yüksek, demir bağlama kapasitesi düşmüştür (Arslan ve Çalışır, 2013). Kronik hipoksi nedeniyle kemik iliğinde aşırı eritropoez oluşur. Bu da kemik iliği kavitelerinde genişlemeye bağlı, frontal ve maksillar kemiklerde belirginleşmeye neden olur. Maksillanın büyümesine bağlı ön dişlerde ayrılma ortaya çıkar. Bu çocukların burun kökleri basıktır. Uzun kemiklerde spontan kırıklar görülebilir (Törüner & Büyükgönenç, 2012).

Düzenli kan transfüzyonuna bağlı olarak gelişen demir birikimi hastalarda organ yetmezliklerine yol açmaktadır. Karaciğerde fibrotik doku oluşumu sonucu siroz ve pankreasta diabetes mellitus, hemosiderinin deride birikmesi sonucu pigmentasyonda artma gözlenir. Cinsel gelişimde gecikme, tiroid, paratiroid fonksiyon bozuklukları, nörolojik bulgular görülebilir. Günümüzde kan transfüzyonları ile birlikte düzenli demir şelasyon tedavisi uygulanan hastalarda belirtiler daha hafif görülür (Canatan & Aydınok, 2007).

Majör talasemi hastasının en önemli sorunlarından biri de, yaşam boyu kan transfüzyonu, şelasyon tedavilerini uygulamak zorunda olmaları, büyüme gelişme geriliği, kendilerini akranlarından farklı hissetme nedeniyle yaşadıkları psikolojik sorunlardır. Hasta bireylerde, düşük benlik saygısı, anksiyete, ümitsizlik, umutsuzluk, düşük yaşam kalitesi ve depresyon gibi psikolojik problemlerin ortaya çıkma riski fazladır (Çelebi, 2009; Törüner & Büyükgöneç, 2012).

Majör Talasemide Tedavi Yöntemleri

Son 30 yılda edinilen klinik deneyimler, talasemili hastalara optimal konvansiyonel tedavi ile uzun ve iyi yaşam kalitesi sağlanabileceğini göstermiştir (Galanello, 2003). Optimal tedaviden kasıt yeterli miktarda güvenli kan transfüzyonu ve efektif bir demir şelasyon tedavisidir. Tedavide amaç; hastada normal fiziksel görünüm, büyüme ve cinsel gelişme, kaliteli bir psikososyal yaşam ve komplikasyonların önlenmesini sağlamaktır (Yaprak, 2004). Bazı durumlarda splenektomi gerekebilir. Ancak günümüzde hastalığın kesin tedavisi hematopoetik kök hücre transplantasyonu olarak görülmektedir (Arslan & Çalışır, 2013; Aydınok, 2010; Canatan, 2014).

Düzenli kan transfüzyonu majör talasemili hastaların yaşam sürelerinin uzaması ve kalitesinin artmasını sağlayan en önemli etkenlerden biridir. 1960'lı yıllardan sonra talasemi tedavisinde önemli bir husustur. Düzenli kan transfüzyonlarını içeren tedavi süreci büyüme ve gelişme sürecinin normal bir şekilde olmasına katkıda bulunmaktadır. Kan transfüzyonunda amaç kan hemoglobin düzeyini 9-10 mg/dl'de tutmaktır (Mehta & Hoffbrand, 2000; Wonke 2001). Eğer

kan transfüzyonu etkin bir şekilde düzenlenmezse ciddi anemi ve majör talasemiye özgü kemik iliğinin aşırı genişlemesi, yüz ve diğer kemiklerde deformiteleri, gelişmede gerilik, kırılabilir kemikler ve kemik kırıkları ve normal fiziksel aktivitede bozulmalara öncülük eder (Eleftheriou, 2003). Kan transfüzyonlarında istenmeyen komplikasyonlar ve istenmeyen reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Transfüzyon aralıkları kandaki hemoglobin düzeyine göre iki ile altı hafta arasında değişmektedir.

Sık yapılan kan transfüzyonları sonucunda hastalarda demir yüklenmesi görülür. Özellikle organlarda yüklenmesi, vücut için güvenli olan demir düzeyini aştığında, özellikle karaciğer, pankreas ve kalp gibi organlarda ölümcül doku hasarı meydana gelmektedir. Bu komplikasyonları önlemek için demiri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla şelasyon tedavisi uygulanır. Şelasyon tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında Desferrioksamin (Desferal), Deferipron (Ferriprox) ve Deferasirox yer almaktadır. Desferal adlı demir bağlayıcı ilaç deri altı infüzyonu veya intravenöz infüzyon şeklinde verilir. Desferal subkutan olarak pump ile 8-12 saat günde verilir. Yeterli şelasyon tedavisi yapılmadığı takdirde ise demir birikimine bağlı komplikasyonlar ve ölüm gerçekleşebilir (Özbolat & Tuli, 2019; Yaprak, 2004).

Majör Talasemili Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar

Kardiyak Komplikasyonlar

Majör talasemili hastalarda en sık mortalite nedeni kardiyak komplikasyonlardır, bunlar içerisinde en sık neden ise aşırı demir yüküne bağlı kalp yetmezliğidir. Sık kan transfüzyonları, artmış hemoliz ve intestinal sistemden demir emiliminin artmasına bağlı olarak vücutta aşırı bir demir yükü oluşmaktadır. Kalpte ise demir özellikle ventrikül duvarlarında, epikardiyal bölgede birikmekte ve tutulan miyokardiyal lif sayısı ile doğru orantılı olarak hastalığın ciddiyeti artmaktadır. Majör talasemili hastalar anemi, hemoliz ürünleri, transfüzyon, transfüzyona bağlı enfeksiyon, demir birikimi ve şelasyonda uygulanan ajanlara bağlı nedenlerle ciddi kardiyak etkilenmeye maruz kalmaktadırlar. Bunların sonucunda konjestif kalp yetersizliği ve ciddi aritmiler gelişerek ölüme neden olmaktadır (Olgar, 2010; Pennell & ark., 2013).

Endokrin Komplikasyonlar

Majör talasemili hastaların uzun dönem takiplerinde sıklıkla endokrin komplikasyonlar görülmektedir. Biriken demir yükünün dokularda oluşturduğu hasarlar, şelasyon tedavilerinin yan etkileri, kronik anemi, hipoksemi ve kalıtsal faktörler endokrin bozukluklara yol açan nedenler arasındadır. En sık endokrin bozuklukları anormal glukoz metabolizması, hipotiroidi ve hipoparatiroididir. Anormal glukoz metabolizması; pankreas adacık hücrelerinde aşırı demir birikimi hücre hasarına neden olmakta, yetersiz insülin salınımı ile sonuçlanmaktadır. Karaciğerde de oluşan demir birikimi hepatik kapasiteyi ve dokularda insülin kullanımını azalmaktadır, ayrıca biriken demir serbest yağ asidi oksidasyonunu arttırıp, glikojen salınımını azaltmaktadır, böylece hiperinsülinizm, insülin direnci ve bozulmuş glukoz toleransı gelişmektedir (He & ark., 2019). Boy kısalığı, puberte gecikmesi, hipogonadizm, osteoporoz gibi kemik hastalıkları, diabetes mellitus, hipotiroidizm ve hipoparatiroidizm majör talasemili olgularda görülebilen endokrin bozukluklardır (Sangün & Dünder, 2010).

Kas-İskelet Sistemi ile İlgili Komplikasyonlar

Hastalarda kemik iliği boşluğunun genişlemesi ve uzun kemik kortekslerindeki incelmeden dolayı patolojik kırıklar oluşur. Yüz bölgesindeki kemiklerin etkilenmesi ile burun kökünde basıklık ve maksiller çıkıntıların belirginleşmesi şeklindeki tipik bir görünüm oluşabilir. Maksiller kemikteki deformitelere bağlı olarak diş sorunları ile ısırma ve çiğneme bozuklukları da gelişir. Kemik lezyonlarının şekli ve şiddeti yaş ile birlikte değişkenlik gösterir (Çelebi, 2009).

Diğer Komplikasyonlar

Majör talasemi hastalarında en sık ikinci ölüm nedenlerinden biri enfeksiyonlardır. En sık kan transfüzyonu ile bulaşan HBV, HCV, HIV ve malarya ile karşılaşılırken, pnömoni, yumuşak doku enfeksiyonları, septisemi ve karaciğer apseleri görülen bakteriyel kaynaklı enfeksiyonlardır (Sönmezoğlu, 2010).

Majör Talasemili Hastalarda Psikososyal Sorunlar

Kronik hastalıklar uzun süren ve bireye yaşamında belirsizlikler getiren kalıcı hastalıklardır. Kronik hastalığın alevlenme ve hafifleme dönemleri ve sağıktaki değişimler hastayı ve ailesinin baş etme mekanizmasını zorlayabilir. Ayrıca hasta ailesinin yaşantısındaki roller, bakım veren rolünde olma, cinsel yaşam, sosyal ilişkiler, maddi değişimler gibi yaşamın rutinindeki değişiklikler kronik hastalığa psikososyal yanıtı etkiler. Kronik hastalıklar uyum gerektiren süreçleri içerir. Hastalığa uyum sağlayamama; depresyon, inkar, benlik saygısında azalma, bağımlılık ve yaşam kalitesinde düşmelere neden olabilir (Öz 2015, Gorman & Sultan, 2014).

Kronik bir hastalık olan talasemi ile mücadele eden hastalarda fiziksel ve ruhsal travmalar yaşanmaktadır. Hastalığın seyrindeki olumlu gelişmeler ve giderek daha fazla hastanın erişkin yaşa ulaşması nedeni ile psikolojik ve sosyal problemler artmaktadır. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi majör talasemilide de hastalar birçok durumla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Hastalığın seyrini kontrol altında tutmak isterken, ruh sağığı göz ardı edilmektedir (Capellini & ark., 2000; Eleftheriou, 2003; Vosper & ark., 2018).

Tıbbi tedavi ile talasemili hastaların yaşadığı zorluklar azalmasına rağmen, psikososyal problemler bu hastalarda birincil derecede önem kazanmaktadır. Hastalığının kronik olması, yaşam boyu düzenli aralıklarla kan transfüzyonu gerektirmesi, beden imajı bozuklukları, büyüme gelişmenin gecikmesi nedeniyle yaşlılarından farklı değerlendirilme, yüksek tedavi maliyetleri, işe alınmalarda zorlukla karşılaşma, çalışma hayatı ve eğitimleri boyunca tedaviye devam edebilmek için düzenli izin alma gereksinimi sıklıkla yaşadıkları sorunlardır. Tüm bunlar majör talasemi hastalarının yaşamı boyunca, ciddi sağık sorunlarını yenmek için sürekli bir uğraş vermesini gerektirmektedir. Bu nedenle, bu hastalar için en önemli sorunlar psikososyal sorunlar olabilmektedir (Aydınok & ark., 2005; Yazman, 2010).

Sosyal bütünleşme, iş problemleri, cinsel problemler ve bir aile kurma isteği gibi yaşanan sorunlar da bireyin anksiyetesinin artmasına neden olmaktadır. Ciddi anemiler hastaların kendilerini güçsüz ve zayıf hissetmelerine neden olur. Hemoglobin miktarını optimal düzeyde tutmak için yapılan transfüzyonlar hastalarda

görülen bu semptomları ve anksiyeteyi azaltmakta yardımcı olmaktadır. Her ay düzenli olarak yapılan kan transfüzyonları hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olurken, kan yoluyla bulaşan virüs hastalıkları ve demir yüksekliği gibi ekstra sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu durum hastalarda tedaviye yönelik psikolojik reaksiyonlara neden olmaktadır (Capellini & ark., 2000). Şelasyon tedavisinin sürekli olması hastaların günlük yaşamlarında önemli bir yük haline gelmekte ve psikolojik ve sosyal yaşamlarını da olumsuz etkilemektedir.

Hastalığa uyum değişikliklere alışmayı, etkin baş etmeyi ve uzlaşmayı içermektedir. Hastalığa psikososyal uyum hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünden etkilenmekle beraber, hastalığın seyrini olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Psikososyal uyumun iyi olması hastanın hastalığın etkileri ile daha iyi başa çıkabilmesini, daha az komplikasyon yaşamasını, sosyal ve aile çevresinde daha az sorun yaşamasını sağlayabilir. Hastanın kontrol duygusunu artırabilir. Bunun yanında hastanın hastalıktan kaynaklı kayıplarını kabul edip var olan potansiyelini amaçları doğrultusunda kullanabilmesi, gerektiğinde amaçlarını değiştirebilme esnekliği gösterebilmesi hastanın hastalık uyumunu da artırmaktadır (Capellini & ark., 2000; Eleftheriou, 2003; Jain & ark., 2013).

KKTC’de talasemi tedavi protokolünde de yer alan psikososyal sorunlara karşı psikolojik destek ve tedavi, geçmiş yıllarda Talasemi merkezinde bulunan bir psikolog tarafından verilirken, günümüzde tedavi merkezinde psikiyatrist hekim, psikolog veya psikiyatri hemşiresi bulunmamaktadır. Bu durum hastalar tarafından büyük eksiklik olarak görülmektedir (Kıbrıs Thalassaemia Derneği, 2019). Talasemili hastaların tedavisinde biyopsikososyal bakım modelinin kullanılması ile, biyolojik, psikolojik ve toplumsal iyilik halinin yükseleceği ve hasta memnuniyetinin artacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda talasemili hastaların yaşadığı psikososyal sorunların detaylı ele alınmasının da önemi büyüktür.

Majör Talasemili Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı Kavramı

İnsan, biyopsikososyal bir varlıktır. Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül 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 (Cevher ve Buluş, 2007). Birey kendi bedenini algıladığı ve değerlendirdiği zaman bedeni, öz saygısını ve güvenini belirlemede önemli rol oynar. Beden imajı fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşur. Kendi beden imajı hakkında olumlu düşünen birey olumlu tutum gösterir ve bu da olumlu kişilik ve özgüvene yöneldiğinin ifadesidir (Canpolat, 2003; Gürsoy, 2003).

Yörükoğlu'na (2004) göre benlik kavramının beğenilip benimsenmesi benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendisini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Bedendeki küçük ya da büyük değişikliklerde kişinin dikkatinin o bölgeye çekildiği ve bedeni ile ilgili olarak zihninde var olan tablo ile bir uyumsuzluk yaşadığı belirtilmektedir (Üstündağ & ark., 2007). Yapılan bazı çalışmalarda özellikle kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde, hastalık beden şeklinin bozulmasına, kendi bedenini kontrol edememe gibi durumlara neden olabildiğinden, bunların beden imajını ve benlik saygısını etkileyebildiği saptanmıştır (Kuru, 2002; Kurt & ark., 2013; Küçük, 2007; Yaprak 2004).

Majör talasemi, kemik deformiteleri ve gelişme geriliği görülmesi nedeniyle beden imajı ve benlik saygısının değişimi gibi psikolojik durumlarla yakından ilişkilidir ve bu ilişki kliniksel açıdan oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklarda bedensel eksiklik, şekil bozukluğu ve fiziksel hastalıkların beden imajını bozup yetersizlik duyguları yaratarak benlik saygısını azalttığı da gösterilmiştir (Kelleci & Doğan, 2001). Benlik saygısı ve beden imajı düzeylerinin psikolojik ve fizyolojik hastalıklara karşı direnci etkilediği, düşük benlik saygısı ve beden imajına sahip bireylerin olumlu geri bildirim reddettikleri, tedavide iş birliği yapmadıkları belirtilmiştir (Jorge & ark., 2010). Benlik saygısı ve beden imajı düşük olan bireyler depresyona girebilmektedirler (Monaghan, 2007). Gerek kronik hastalık olan talaseminin verdiği korku ve endişeler, gerekse fiziksel değişiklikler ve güçsüzlükler nedeni ile hastalar özgüven eksikliği yaşamaktadırlar. Öz güven eksikliği hastanın sosyal ilişkilerin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olması açısından önemlidir.

Majör Talasemili Hastalarda Umut ve Umutsuzluk Kavramı

Umut, bireyin zor ve stresli durumlarla başa çıkmasını sağlayan en önemli kaynaktır. Bireyin motivasyonunu artırarak ihtiyaç duyduğu birçok şeye ulaşmasına olanak sağlayan bir güçtür (Kargın ve Ünal, 2011). Hastalık ortaya çıktığında umut, bireyin umutsuzluk ve karamsarlık yaşamasını engeller ve çaresizlik duygularının önüne geçer. İnsan yaşamı için önemli olan umut, bireyin olduğu kadar ailenin de psikolojik ve fizyolojik savunmalarını güçlendiren hayati öneme sahip iyileştirici bir güçtür. Umut, kederi önlemek, iyileşmek için gereksinim duyulan enerjiyi harekete geçirmek, pozitif bir geleceği yaşayabilme beklentisi içinde olmak, fiziksel kötüleşmeye ve ölüme daveti önlemek için gerekli olan bir kavramdır (Öz, 2010).

Umutsuzluk ise geçmişte yaşanmış olumsuz yaşam örüntüsünün genelleme yapılarak geleceğe atfedilmesidir. Kişinin sorunlarına çare bulamaması, kişiyi umutsuzluğa yöneltir. Umutsuzluk çaresizliğin getirmiş olduğu bir sonuçtur (Tercanlı ve Demir, 2012). Bireylerin sorunların çözümü ya da arzu ettikleri şeylerin başarılması için, hiçbir seçeneklerinin olmadığı ve amaçlarına ulaşabilmek için sahip oldukları enerjiyi harekete geçiremedikleri, duygusal bir durumdur (Öz, 2004).

Talasemi hastalığı da çoğunlukla bireyin emosyonel durumunu etkileyen, bireyin kendisine geleceğe ve dünyaya bakış açısını değiştiren, hayatla ilgili beklentileri etkileyip, otonomiye azaltan bir hastalık olması sebebiyle hastaların umudunu etkilemektedir. Hasta bireylerde umudun desteklenmesi, artırılması ve umutsuzluğun ortadan kaldırılması, psikososyal bakım kapsamında önemle yer almaktadır (Öz, 2010).

Umut, talasemili bireylerin tedaviye uyum sağlamalarını ve kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan önemli bir kaynaktır. Sağlık profesyonelleri, umutsuzluk içindeki bireyin problem çözebilmesine, isteklerinin gelişmesine ve karar vermesinin kolaylaşmasına yardım etmeli hastalara umut aşılamalıdır (Öz, 2010). Umut düzeyi düşük bireye bakım verilirken hastanın özellikleri, kişisel nitelikleri, otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik, spiritüel yönü ve ümit kaynakları, uyum sağlaması tanımlanmalı ve girişimler bunlara göre planlanmalıdır. Umutsuz bir kişi kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olsa bile, problemin hiçbir çözümünün olmadığını, istenen amaca ulaşma yolunun bulunmadığını düşünmektedir. Bu

nedenle, kronik hastalığı olan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi, sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için daha çok desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılma ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır (Bayramova & Karadakovan, 2004). Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut hastanın var olan sorunları ile etkin baş etmesinde önemli bir faktördür. Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin, kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme gibi sorumlulukları vardır. Umutsuzluk yaşayan talasemili bireyler sorunları ile baş edebilmeleri için profesyonel yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu gibi durumlarda bireylerin problem çözme, karar verme, arzu ve isteklerinin gelişmesine yardımcı olmak, olumlu hasta ve sağlık profesyoneli ilişkisini geliştirmek, hastanın tedavi ile ilgili işlemlere daha fazla katılması, problemlerin çözümü için iş birliğini artıracaktır (Bayramova & Karadakovan, 2004).

Majör Talasemili Hastalarda Stres ve Stresle Başetme

Stres kavramı çeşitli bakış açılarına ve/veya yaklaşıma göre farklı şekilde tanımlanmaktadır. Lazarus ve Folkman'ın ifade ettiğine göre stres, kişi ile çevre arasındaki etkileşim sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşimin esas noktası, bireylerin yaşadıkları olayları veya durumları stres kaynağı olarak algılamasıdır. Bir olayın stres olarak algılanıp algılanmayacağı bireyden bireye değişiklik göstermektedir ve insanların aynı olayı değerlendirme dereceleri birbirinden de farklıdır.

Strese yol açan faktörler kişiden kişiye farklılık gösterse de strese karşı bireyler ortak bazı tepkiler verirler. Organizma bir tehdit ya da uyaran ile karşılaştığında beyindeki hipotalamus, bedene bazı sinyaller gönderir, bu sinyaller de vücutta bedensel tepkiye dönüşür. Hormon salgılanması artar, şeker ve yağlar kana karışır, solunum ve kalp atımı hızlanır, kan basıncı yükselir, kaslar gerginleşir, göz bebekleri büyür. Bu durum organizmanın doğal savunma mekanizmasıdır.

Stresle başa çıkma, kişinin stres yaratan durumlar karşısında kendini psikolojik olarak iyi hissedebilmesi için duruma uygun olarak kullandığı davranışsal yaklaşımlar veya kişinin kendisini kötü hissetmemek amacıyla kullandığı kaçınma

davranışlarını içermektedir. Stresin sebep olduğu negatif duyguların ve rahatsız edici psikolojik uyarılmanın olması, kişiyi bu durumdan kurtulmaya veya durumu eski haline döndürmek için bir şeyler yapmaya güdülenmektedir. Varolan güdülenme sonucunda bireyler, stres yaratan duruma yönelik duygularını kontrol ederek, davranışlarını düzenleyerek ve stres kaynağını azaltarak strese uyum göstermektedirler. Yani, stresle baş etmeye ve stresin yarattığı negatif etkileri minimize etmeye çalışmaktadırlar (Atkinson, 2010).

Strese neden olan olayların ya da etkenlerin olumsuz etkilerini minimuma indirmek ya da tamamen yok etmek için bazı başa çıkma yaklaşımlarını kullanmak evrensel yaklaşımdır. “Başa çıkma”, bireyde stres yaratan olay ya da etkenlere karşı çaba göstermesi ve bu durumlara yönelik dayanıklılığı artırma için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tamamı şeklinde ifade edilebilir.

Stresle başa çıkma ya da diğer adıyla stres yönetimi, ruh ve beden sağlığının korunması, verimli ve üretici bir yaşam sürdürmek için esastır. Stres yönetiminde amaç, stresten tamamen kurtulmak değil, verimlilik, enerji ve atılganlığa doğru pozitif bir güç yaratmaktır. Stresin tamamen ortadan kalkması bireyi pasifleştirebilir. Bu durumu yaşamamak için, bireyin belli bir seviyede stresi deneyimlemesi gerekmektedir. Stres yönetimi ve stresle başa çıkmada ana hedef, stresin tolere edilebilir düzeye getirilmesinin nasıl mümkün olacağı ve bu süreçte hangi yöntemlerin kullanılacağıdır. Stresle başa çıkmak, stres yaşantısının olumsuz etkilerini azaltabilmek için kullanılacak bazı uygulamalar olduğu ifade edilmektedir. Stres yaşantısını ve stresin yarattığı olumsuz etkileri azalttığı ifade edilen bu uygulamalara stresle baş etme yöntemleri adı verilmektedir (Baltaş, 2008; Onbaşıoğlu, 2004).

Stres ilk olarak psikolojik durumda değişiklik yaratırken özellikle uzun süren stres varlığında bedensel rahatsızlıklara da neden olmaktadır. Günlük yaşamda stresin tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir. Bu nedenle bireylerin stresin olumsuz etkilerinden korunmak için stresi yönetebilmesi ve stres ile baş etmeyi öğrenmesi gerekmektedir. Stres yönetimi, strese uyum veya stresle başa çıkabilme becerisinin geliştirilmesi ile sağlanmaktadır (Özel & Bay Karabulut, 2018). Öncelikle strese neden olan faktörlerin belirlenmesi ve yaşanan stresin en aza

indirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için kişisel olarak uygulanan birtakım stratejiler, stresi azaltmada gerekli ve önemli bir yer tutmaktadır. Böylece organizmada gerçekleşen stres tepkisine karşı önlemler alınarak etkisiz hale getirilmesi hedeflenmektedir (Güçlü, 2001).

Stres kontrolü, sağlığın geliştirmesine katkı sağlayan, yaşam kalitesini arttıran ve morbiditeyi azaltan önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Stresle baş etmeye yönelik olarak; sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek, baş etme stratejileri geliştirmek, eğitim ve sosyal destek sistemlerini geliştirmek katkı sağlayabilir (Sürme, 2019).

Günlük yaşantıda stres engellenememektedir. Varlığı engellenemeyen stres iyi yönetilmezse ve uyum sağlanmazsa mide ülseri, hipertansiyon, ateroskleroz ve myokard enfarktüsü, enfeksiyonlar ve kanser gibi birçok hastalığa yatkınlık artmaktadır. Bu nedenlerde bireylerin yaşadığı stres faktörlerini tanımlamak ve bu faktörleri etkisizleştirmek, bireyin başa çıkma yöntemlerini öğrenmesini ve kendine uygun olanı ifade etmesini sağlamak önemli hemşirelik işlevlerinden birisidir.

Stresle başa çıkmada tüm bireylere göre olan evrensel bir çözüm yolu bulunmamaktadır. Bireylerin zayıf ve güçlü yönleri, stresi algılayış biçimleri ve strese maruz kalma biçimleri farklıdır. Bundan dolayı, kişi kendi yaşam tarzına uygun olan yöntemleri bulup denemelidir. Diğer bir ifadeyle birey stres yönetimini tek ele almalıdır (Güçlü, 2001). Stres nedeniyle gelişen hastalıkların tedavisinde de bu hastalıkların sadece fizyolojik boyutunu ele alan tedavilerle sınırlı kalınmamalı aksine; iletişim, öfke ve stres yönetimi becerisi eğitimleri, özgüveni arttırma gibi yöntemlerin tedavi planına dahil edilmesi ve hastaların buna uyumunun sağlanması gerekmektedir. Stres yönetimi becerisi eğitimlerinin, gevşeme egzersizleri, solunum ve nefes egzersizleri, masaj, müzik dinleme, yürüyüşler, vb. bedensel egzersizlere ek olarak duygu durum yönetimine yardımcı bilişsel-davranışçı psikoeğitim uygulamalarının da yararlı olacağı düşünülmektedir. Beden ve ruh halini yükseltici uygulamalar, hem bedensel belirtilerin giderilmesinde yardımcı olur hem de hastanın yaşaması muhtemel, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasında katkı sağlamaya yardımcı olur. Böylece hastaların, biyopsikososyal model kapsamında, bütüncül bir yaklaşımla bakımı sağlanarak bir yandan stres nedeniyle gelişebilecek kalp damar hastalıkları, mide hastalıkları kanserler vb. bedensel hastalıklar

önlenirken bir yandan da depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar önlenecektir (Batıgün Durak & ark., 2011).

Majör talasemi hastalarının hastalık sürecinde yaşadığı belirsizlik ve kaygı, strese duyarlılığını artırmakta ve hastalıkla birlikte ortaya çıkan yeni stres kaynakları oluşturmaktadır. Sağlık ekibi tarafından hastaların stresle barışmalarını, stresin yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu, stresin etkin yönetildiğinde gelişim/ değişim için fırsat sunduğunu fark etmelerini sağlayan ve stresin olumlu yönlerine odaklayan bir bakış açısı kazandırmak gereklidir. İlk olarak hastaların hali hazırda kullandıkları stresle baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi ve sorunlu alanların desteklenmesi önem kazanmaktadır. Stresle baş etmede öncelikli olarak hastanın strese verdiği tepkileri tanıması faydalı olacaktır.

Majör Talasemili Hastalarda Yaşam Süresi ve Yaşam Kalitesi

Talasemide yaşam kalitesi ve süreleri, önerilen konvansiyonel tedavi protokollerinin uygulanıp uygulanmamasına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Talasemi alanında, teşhis ve tedaviye yönelik yenilikler sayesinde, hastaların yaşam sürelerinde ve kalitelerinde çok anlamlı iyileşmeler kaydedilmiştir. Özellikle demir yüküne bağlı komplikasyonların, etkili şelasyon tedavileri ile önlenmesi sonucu yaşam süresi uzamıştır. Şelasyon tedavisinde kullanılan Desferal'in keşfi ve yaygın olarak kullanılmaya başlanması, talasemi tedavisinde önemli bir dönüm noktasını oluşturmuştur. Tedavi olanakları iyi olan ülkelerdeki talasemili hastalarda bile en büyük sorun, hastaların şelatör ajanları, önerilen dozlarda kullanmaması sonucu gelişen komplikasyonlardır. Bu da yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir (Ağaoğlu, 2010; Aydınok & ark., 2005; Aydoğmuş, 2012; Canatan & ark., 2003; Telfer & ark., 2005). Bu nedenle talasemi tedavisi ile uğraşan sağlık çalışanlarının ve ailelerinin, etkili şelasyon tedavilerinin uygulanması konusunda hastalara eğitim vermelerinin yanında rehberlik etmeleri de gerekmektedir.

KKTC'de talasemili hastalar, 1980'li yılların ortasından itibaren Talasemi Federasyonu'nun önerdiği protokol çerçevesinde tedavi edilmektedir. Desferal ile yapılan düzenli şelasyon tedavilerini takiben hastaların yaşam sürelerinde ve

kalitelerinde olumlu gelişmeler gözlenmiştir. İlerleyen yıllarda yeterli ve daha güvenli kan transfüzyonları, yeni çıkan oral şelatörler, endokrinolojik replasman tedavileri ve noninvaziv MRI yöntemleri ile kardiyolojik, hepatik demir yükünün daha doğru tespiti ve tedavileri sonucunda, talasemili hastaların yaşam kaliteleri ve sürelerinde anlamlı iyileşmeler kaydedilmiştir. Majör talasemili hastalar, tedaviye yönelik gelişmeler nedeni ile geleceğe daha güvenle bakmaya başlamışlar, normal bir yaşam sürme, spor ve kültürel aktiviteler, eğitim ve çalışma hayatı konularında cesaretlendirilmişlerdir. Birçok hasta, lise ve üniversitelerde eğitime devam etmiş, iş hayatına atılmış, evlenerek aile ve çocuk sahibi olmuşlardır (Eleftheriou, 2003). Ancak bu, psikososyal alanda bir hizmete gereksinim olmadığı anlamına gelmemektedir. Bu alandaki hizmet gereksinim boyutu günün koşullarına ve insanların gelişim sürecine ve sosyokültürel özelliklerine göre sürekli olarak değişebilmektedir.

KKTC Talasemi merkezinde, 1980'lerin ikinci yarısından itibaren başlatılan etkili konvansiyonel uygulamalara, yeterli ve güvenilir kan transfüzyonları ve şelasyon tedavilerine karşın, hastalar başta ani kalp yetmezliği olmak üzere, enfeksiyonlar, hepatik hastalıklar ve değişik nedenlerle yaşamlarını yitirmişlerdir. Önerilen konvansiyonel tedavi uygulamalarından sonra, hastaların yaşam sürelerinde ve kalitesinde anlamlı bir iyileşme tespit edilmiş ve ortalama yaşam süresi uzamıştır (Bozkurt, 2007; Bozkurt & Baysal, 2019).

Erişkin yaşa ulaşan talasemili hastalar hayatlarını kendileri yönetmeye başlamaktadır. Bu dönemde birçok hastada büyük bir dönüşüm yaşanmakta ve iyi tedavilerle daha uzun ve kaliteli yaşayabileceklerinin farkına varmaktadırlar. Hastalar, önerilen tedavileri uygulama konusunda daha istekli davranmaktadırlar. Özellikle evlenip, aile ve çocuk sahibi olan talasemili hastalarda, sorumluluk duygularının çok iyi geliştiği gözlenmiştir.

Talasemili hastaların, sosyal ve psikolojik sorunlarının temelinde yer alan en önemli etken, uzun ve kaliteli yaşama arzusuna yönelik endişeleridir. Her türlü alt yapısı gelişmiş talasemi merkezlerinde, uzman doktorların çabaları ile hastaların yaşamları hakkındaki korku ve endişeleri, büyük oranda giderilebilmektedir. Hastalar ve ailelerini, hastalığın nedenleri ve sonuçları hakkında bilgilendirmek, uygulanacak

tedaviler konusunda ikna etmek, talasemiye tedavi eden hekimin en önemli görevleri arasında olmalıdır. Hastalar ve ailelerinin, tedaviler konusunda endişeleri giderildikten ve yeterli tıbbi destek sağlandıktan sonra, işler daha da kolaylaşmaktadır. Talasemililerin önerilen tedavileri, düzgün bir şekilde uygulamaları sonucunda, yaşam sürelerinin ve kalitelerinin iyileşmekte olduğunun gözlenmeye başlaması ile yaşanan korku ve endişeler azalmaktadır (Canatan & ark., 2003; Ratip, 2002).

Bunun yanı sıra Kuzey Kıbrıs Thalassemia Derneği çatısı altında örgütlenen hastalar ve aileleri, sosyal, psikolojik ve tedaviye yönelik konularda sorunlarını paylaşmaktadırlar. Sorunlar paylaşıldıkça, hafiflemekte ve mevcut eksiklikler daha güçlü bir sesle dile getirilmektedir. Dernek aynı zamanda hastalık hakkında farkındalık yaratılması, güncel tedaviler ve bu alandaki yenilikleri de takip ederek hastaları aydınlatmaktadırlar. Ayrıca hastalar dernek yönetiminde yer alarak sorunlarına sahip çıkmaktadırlar (Yalyalı, 2002; Kuzey Kıbrıs Thalassemia Derneği 2019).

Majör Talasemili Hastalarda Psikiyatrik Belirtiler

Majör talasemi KKTC’de sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Majör talasemi hastalarında geleceğe ilişkin kaygılar, sık aralıklarla hastanede kan transfüzyonu uygulanma zorunluluğu, komplikasyonların yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte ve güçlü bir uyum gerektirmektedir (Ağaoğlu, 2010).

Talasemi tanısı, tekrarlayan kan transfüzyonları, sayısız enjeksiyon gereksinimi ve bazen cerrahi tedavi ihtiyacı nedeni ile fiziksel ve psikolojik travma anlamına gelmektedir. Hastalığın psikiyatri dışı tedavisine öncelik verilirken bu tedavi ile sağlanan uzamış yaşam süresi ruhsal problemleri ön plana çıkarmıştır. Talasemide psikososyal gelişim, hastalığın herediter doğasından dolayı etkilenebilir. Erken başlangıç yaşı, hastaneye yatış gerekliliği, tedavinin katılığı, uzun süreli tedavi kullanımı, tedaviye düzenliliğini sağlamak zorunda olmak sebebi ile psikiyatrik problemler yaşanabilmektedir (Çelebi, 2009).

Günümüzde yoğun eritrosit transfüzyonları ve şelasyon tedavileri ile, talasemi hastalarının yaşam süreleri ve yaşam beklentileri oldukça iyi düzeylere gelmiştir. Hastaların tıbbi tedavilerine ağırlık verilmesi ve beklenen yaşam süresinin uzaması, psikiyatrik problemlerin açığa çıkmasını kolaylaştırmıştır. Yapılan çalışmalarda, majör talasemi hastalarında %25-80 arasında değişen oranlarda anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar saptandığı belirtilmektedir (Çelebi, 2009; Uz & ark., 2013).

Çelebi (2009)'nin, majör talasemi hastalarında psikiyatrik komorbidite sıklığı ve psikiyatrik bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada, psikiyatrik bozukluk sıklığını %42 olarak bulduğu, psikiyatrik rahatsızlık saptanan olgularda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yükseldikçe yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmektedir.

Aydın ve arkadaşlarının, 12–19 yaşları arasındaki 25 majör talasemi hastasını dahil ettikleri kontrollü çalışmada ise, bir psikiyatrist tarafından yapılan görüşmelerde DSM-IV tanı ölçütlerine göre değerlendirilen hastaların %80'inde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmış ve bu psikiyatrik bozuklukların talasemili hastaların özsayılarını etkilediğini göstermişlerdir (Aydın & ark., 1997).

Genel olarak araştırmacılar talasemili bireylerin, %80'e kadar değişen oranlarda ruhsal problemler yaşadıklarını bildirmişlerdir. İlgili çalışmalarda anksiyete ve bununla ilişkili belirtiler, duygusal problemler, özellikle depresyon, bedenselleştirme, davranış problemleri ana bulgulardır (Aydınok & ark., 2005; Çelebi, 2009; Shaligram & ark., 2007; Uz & ark., 2013).

Majör Talasemili Hastalarda Psikososyal Hemşirelik

Kronik hastalıkların tedavi ve bakım sürecinin uzun olması, hastalar ve hasta yakınları açısından zorlayıcı olmaktadır. Hastalık yaşantısı sadece fiziksel olarak tanımlanan organik rahatsızlıkları değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal alanları da ilgilendiren bir durumdur. Kronik hastalıklar, fiziksel sorunların yanı sıra farklı psikososyal sorunlara da neden olmaktadır. Özellikle öfke, üzüntü, çaresizlik, anksiyete, depresyon, gelecek kaygısı, belirsizlik, beden imajı problemleri, ölüm

korkusu, rol ve işlev kayıpları, sosyal geri çekilme, ümitsizlik, güçsüzlük, tedaviyi reddetme, utanç, başarısızlık, yetersizlik ve özgüven kaybı gibi psikolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getirmektedir (Çam & Engin, 2014; Özdemir & Taşcı, 2013).

Hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlardan birinde yaşanan bir uyum problemi diğer alanlarda da uyum problemleri yaşamasına neden olmaktadır. Hastanın bakım ve tedavisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarıyla bir bütün olarak değerlendirilmesi hastanın hastalığına uyumunu artırması açısından çok önemlidir. Hasta bakım ve tedavisinde biyopsikososyal anlayışı hayata geçiren KLP, tıbbi bölümlerde hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek, tanımlamak, tedavi etmek, hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmayı amaçlamaktadır (Çam & Engin, 2014; Özdemir & Taşcı, 2013).

KLP hemşireliği, fiziksel hastalık ya da yakınma nedeniyle sağlık sistemine başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştirerek, birincil korumadan rehabilitasyona kadar uzanan süreçte ortaya çıkan bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlamakta ve psikososyal bakımı sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanı olan KLP hemşireliği, ekibe, bireye, aileye danışmanlık ve eğitim vermektedir. KLP hemşireliği uyum, stresle başa çıkma, sağlık ve hastalık yaşantısında biyolojik ve sosyokültürel faktörlerin birbiri ile etkileşimi üzerine temellenir (Kocaman, 2010). KLP hemşiresinin; fiziksel hastalığı olan hastaları bütüncül bir anlayışla ele alarak, hastanın psikososyal uyumuna yardım etmek, hastanın hastalığı ve hastalığın neden olduğu yaşam sorunlarıyla baş edebilmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmak ve psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak birincil amacıdır.

Majör talasemi ülkemizde sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Majör talasemi hastalarında geleceğe ilişkin kaygılar, sık aralıklarla hastanede kan transfüzyonu uygulanma zorunluluğu, komplikasyonların yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte ve güçlü bir uyum gerektirmektedir (Ağaoğlu, 2010).

Kronik hastalığı olan bireylerde hemşirelik bakımında amaç; hastanın hem fiziksel hem de psikososyal yönden ele alınması ve olası komplikasyonların önlenmesidir. Psikososyal problemlerin ele alınarak tedavi edilmesi, diğer tıbbi problemleri de önemli ölçüde azaltmakta ve hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır. Majör talasemili bireyler, tedavisinin zor olması, ömür boyu kan transfüzyonu gerektirmesi, büyüme gelişme geriliği gibi ciddi komplikasyonlar ve fiziksel gelişimlerdeki farklılık nedeniyle geleceğe ilişkin kaygılar yaşadıklarından, anksiyete, depresyon düzeylerinin yüksek olması sonucu umut düzeyleri de etkilenebilir. Bu yönüyle de hastalar desteklenmelidir (Çelebi, 2009; Küçük, 2007; Uysal & Çalışır, 2020). Ayrıca kronik hastalığa sahip bu bireyler kendilerini çevrelerindeki diğer kişilerden farklı hissettiklerinden, bu konuda duygu ve düşüncelerini ifade edebilecekleri ortamlar yaratılmalıdır. Tedavi merkezlerinde hizmet veren hemşirelerin bakım verdikleri hastaların psikososyal durumlarını değerlendirmede ve problemlerine yönelik kendi çözümlerini üretebilmeleri için hastalara destek olma konusunda önemli rolleri vardır. Aynı zamanda sağlık bakım profesyonellerinin talasemi hakkında güncel gelişmeleri takip etmeleri, hastalığa bütüncül olarak yaklaşmaları ve hastaya ve ailesine gerekli bilgi ve desteği sağlamaları gerekmektedir (Aydemir & Çetin, 2019; Yazman, 2010).

Majör Talasemi ve Psikoeğitim

Bireylere, ailelere ve topluma ruh sağlığını geliştirmede, hastalıkları önleme ve baş etmede yardımcı olan psikiyatri hemşirelerinin en önemli rollerinden biri eğitici rolüdür. Psikiyatri hemşirelerinin eğitici rolü, sağlığı koruma ve geliştirmede hasta ve ailenin gereksinimlerini belirlemeyi ve bu gereksinimleri karşılamak için spesifik eğitim programları planlamayı ve sağlamayı gerektirir. Hemşirelik mesleğinin temel felsefesi olan yaklaşımlarından biri olan biyopsikososyal bütünlük içerisinde hastanın ve ailesinin maksimum fonksiyon görmesine yardımcı olmaktadır. Hemşireler bu fonksiyonlarını psikoeğitim vasıtasıyla yerine getirirler (Çam & Engin, 2014).

Psikoeğitim; fiziksel ya da psikolojik hastalıklarda bireylere bilgi verme, hastalığa verdikleri yanıtları öğretme, hastalığa uyumu ve hastalığın etkileri ile baş

etme becerilerini artırmaya yönelik yapılandırılmış müdahalelerdir. Psikoeğitimde hasta ve ailesinin problemleri ile baş etme becerilerini geliştirme yöntemlerine odaklanılmakta ve bu yolla hastalığı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir (Donker & ark. 2009; Griffiths, 2010; Rummel & ark. 2006; Üstün, 2016; Şengün & ark., 2011). Müdahalelerde amaç; bilgi ve davranış değişikliği oluşturarak bireylere problemleriyle nasıl baş edebileceklerini öğretmek, kendi durumunu anlamasına yardımcı olmak, öz bakım aktivitelerini geliştirmek, komplikasyonları önlemek, iyilik düzeyini ve yaşam kalitesini artırmaktır (Srivastava & Panday, 2017; Swaminath, 2009; Tatu & Demir, 2021).

Psikoeğitim günümüzde sadece ruhsal hastalıklarda değil, fiziksel rahatsızlıklarda ve sağlıklı bireylerin sağlığını geliştirme, iyilik halini artırma gibi alanlarda da kullanılmaktadır. Psikoeğitim uygulamaları, kronik hastalıklarda hastalık ve tedaviye yönelik sadece öğretici bir anlatımı değil, bunun yanında sosyal desteği de içeren belirli bilişsel ve davranışsal yöntemleri de içermektedir. Yetişkin eğitiminin temel ilkelerinin kullanıldığı psikoeğitim, öğrenen merkezli ve aktif bir süreçtir. Psikoeğitim içeriği eğitimin verileceği grubun ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmakta ve “şimdi” ve “burada”ya odaklanılmaktadır.

Psikoeğitim uzun süreli ve yaşam tarzı düzenlemesi gereken hastalıklar için oldukça etkili bir yöntemdir. Sıklıkla kullanıldığı gruplar yeni tanı almış hasta ve yakınları, tekrar hastaneye yatma riski olan hastalar ve aileleri, hastalıkları ile baş etmede uzun süreli stratejiler geliştirmeleri gereken hasta gruplarıdır. Psikoeğitimin açıklık getirme, terapötik etkileşim ve baş etme becerisinin geliştirilmesi olmak üzere üç temel ögesi vardır (Swaminath, 2009).

Psikoeğitim müdahaleleri; problemi tanılama, ihtiyaçları saptama, belirlenen gereksinimler neticesinde hedefler oluşturma, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içermektedir. Bu süreçte altı temel basamaktan söz edilmektedir. Bu basamaklar; bireyin hastalık ile ilgili kaygılarını, hastalıkla ilgili bilgilerini ve yanlış anlamaları tespit ederek hastalığın net bir şekilde anlatılması yoluyla kişinin hastalıkla ilgili belirsizliğini giderip anksiyetesini azaltmak, hastanın hastalığı ile ilgili duygularını ifade etmesine yardımcı olmak, gerçekçi emosyonel destek sağlayıp umut aşılamak, bireyin hastalığını anlayacağı şekilde durumu açıklamaktır. Bu süreç

anlatılan bilgilerin birey tarafından nasıl kavrandığının kontrol edilmesi ile son bulmaktadır (Swaminath, 2009; Tatu & Demir, 2021).

Psikoeğitimin hem klinik hem de toplumsal araştırmalar sonucunda etkinliği kanıtlanmış olup günümüzde psikososyal müdahale boyutlarından biri olarak hasta ve sağlıklı birey ve aileye yönelik olarak pek çok alanda uygulanmaktadır. Literatürde farklı hastalık gruplarında, birçok çalışmada tek başına psikoeğitim müdahalesi ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla entegrasyonunun uygulandığı çalışmalar bulunmakta ve psikoeğitimsel müdahalelerin etkinliğine vurgu yapılmaktadır (Alataş & ark., 2007; Ay Kaatsız & Öz, 2020; Donker, 2009; Griffiths, 2010; Mubin & Livana, 2020; Lukens ve Mcfarlane, 2004; Sarkhel & ark., 2020).

Psikiyatri alanında psikoeğitim müdahaleleri tüm kronik hastalıklarda kullanılmakla birlikte, ağırlıklı olarak şizofreni hasta ve yakınlarıyla yürütülmüştür. Ayrıca duygu durum bozuklukları, depresyon, alkol madde kullanımı, post travmatik stres bozukluğu, kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarında yürütülmüş randomize kontrollü psikoeğitim çalışmaları bulunmaktadır (Gümüş, 2006; Lukens & Mcfarlane, 2004). Bu alanda yürütölen çalışmaların sonuçları psikoeğitim müdahalelerinin tedaviye uyumu arttırdığı, hastalık sonuçlarını geliştirdiği, relaps ve rekürrensi azalttığı, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi düzeyini arttırdığını göstermektedir. Donker ve ark. (2009) meta analiz çalışmada psikoeğitim müdahalelerinin kalitesinin önemine dikkat çekmekte ve pasif psikoeğitim müdahalelerinin depresyon ve distress semptomlarını azaltmada etkinliği olduğunu belirtmektedir. Gümüş (2006) ise yaptığı bir çalışmada psikoeğitimin; şizofreni hasta ve ailelerinin problem çözme becerilerini arttırdığı, yaşam kalitesini yükselttiği, hastalığın yinleme riskini azalttığı ve aile işlevlerinin düzelmesinde olumlu sonuçlar oluşturduğu saptanmıştır. Libya'da yapılan bir araştırmada da, psikoeğitim programının travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda etkili olduğunu ortaya koymuştur (Mughairbi & ark., 2019).

Farklı çalışmalarda ise kronik hastalıklarda verilen psikoeğitimin yaşam kalitesini arttırdığı, psikiyatrik belirtileri azalttığı, stresle baş etmeyi ve hastalık uyumunu arttırdığı ve katılımcıların stres düzeylerini azaltmada ve başa çıkma kapasitelerini geliştirmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Nehir, 2011; Ozan & ark., 2020; Öz, 2017; Öz & Öz, 2020).

BÖLÜM III

Yöntem

Bu bölümde araştırmanın modeline, araştırmanın evren ve örneklemine, verilerin toplanması ve değerlendirilmesine ve çalışmanın etik yönüne ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırma Modeli:

Araştırma, ön test-son test ve izlem desenli kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma KKTC'de bulunan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Talasemi Merkezi'nde yürütülmüştür. Bu kurumun tercih edilmesinin nedeni KKTC'de talasemi hastalarının tedavi aldığı tek merkez olmasıdır.

Talasemi Merkezi, KKTC'nin en büyük devlet hastanesi olan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi (BNDH)'ne bağlı, ülkedeki tek merkezdir. Merkezde 87 majör talasemi, 40 talasemi intermedia hastasının düzenli takip ve tedavileri yapılmaktadır. Ayrıca merkezde, toplum taramaları ile talasemi taşıyıcılarının tespiti, genetik danışmanlık, doğum öncesi erken tanı uygulaması ve talasemi hastalarının tedavisine yönelik yeni gelişmeler de uygulanmakta ve takip edilmektedir.

Talasemi Merkezi'nde üç hemşire, bir dahiliye uzmanı ve bir hematolog görev almaktadır. Merkezde 200 kişilik bir konferans salonu, 6 adet hasta odası, bir oturma salonu, bir hasta mutfağı ve Kıbrıs Thalassaemia Derneği'nin ofisi mevcuttur. Merkezde 07:00-14:00 saatleri arasında hizmet verilmekte, ayrıca tüm adaya hizmet veren kan bankası ve Talasemi erken tanı laboratuvarı yer almaktadır. Talasemi merkezinde günde yaklaşık 12 hasta tedavi edilmektedir. Hastalar kan transfüzyonu ve rutin muayene için randevu sistemi ile merkeze

gelmektedir. Merkezin işleyiş biçimi içerisinde hastalara yönelik psikososyal müdahale yer almamaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; KKTC Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Talasemi merkezinde takip edilen majör talasemili hastalardan oluşmuştur (N= 87).

Araştırmada, örneklem seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. 60 gönüllü hasta rastgele numaralandırılmış, sırasıyla bir kişi kontrol grubuna, diğer kişi müdahale grubuna ayrılmıştır. Her iki grup 30'ar hastadan oluşmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Majör talasemi tanısı almış olmak,
- Okur-yazar olmak,
- İletişim engeli olmamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması için aşağıdaki form ve ölçekler kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu (HTF):

HTF, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 33 sorudan oluşmaktadır (Maheri & ark., 2018; Uysal &

Çalışır, 2020). HTF’de hastaların cinsiyet, yaş, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, iş-meslek durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelirin gideri karşılama durumu, şu an yaşadıkları yer, birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik sorular ve talasemiye ek olarak gelişen hastalık, sürekli kullandığı ilaçlar, ilaç yan etkileri, ilaçların günlük yaşamı etkileme durumu, kan alma sıklığı, tedavi planı, kan bulma problemi yaşama durumu, kan alırken komplikasyon gelişme durumu, talasemi hakkında eğitim ihtiyacı, tedavi ile ilgili sevdiği ve sevmediği durumlar, hastalığın yaşamını etkileme durumu gibi hastalığı ile ilgili sorular yer almaktadır. (Ek3)

Beden İmajı Ölçeği (BİÖ):

BİÖ, Secord ve Jourand tarafından 1953 yılında geliştirilmiş, 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (Hovardaoğlu, 1992). Ölçek 40 maddeden oluşmakta ve her bir madde bir organ ya da vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar.

Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “Hiç beğenmiyorum 1”, “Beğenmiyorum 2”, “Kararsızım 3”, “Beğeniyorum 4”, “Çok beğeniyorum 5” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçekten alınabilecek en düşük puan 40 en yüksek puan 200’dür. Kesme noktası bulunmayan ölçekte alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. (Ek4)

Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri, 0,96 olarak bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):

BUÖ, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçen bir ölçektir. Toplam 20 maddeden oluşmaktadır. İlk olarak Beck ve arkadaşları (1974) tarafından uygulanmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,93$, madde-

toplam puan korelasyonlarının 0,39 ile 0,76 arasında değiştiği bulunmuştur. Geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Seber ve ark. (1993) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,86$ olarak bulunmuştur. Durak ve ark. (1994) Beck umutsuzluk leği geçerlik çalışmasında ise Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.85$ bulunmuştur. Bu alışmanın Cronbach alfa değeri ise 0,86 olarak bulunmuştur.

Ölçekteki maddelerden 11’inde (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, ve 20. Sorular) “evet” yanıtı, 9’unda (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, ve 19. sorular)ise “hayır” yanıtına birer puan verilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 20’dir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir (Seber ve diğerleri, 1993; Durak ve Palabıyıkğlu, 1994). (Ek5)

Stresle Başa ıkma Tarzları leği (SBTÖ):

Folkman ve Lazarus (1984) tarafından geliştirilen bu ölçek, 4’l likert tipinde olup 30 maddeden oluşmaktadır. SBTÖ’nn geçerlik ve güvenirlik çalışması şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. SBTÖ alt ölçekleri için hesaplanan iç tutarlılık katsayısı; iyimser yaklaşım alt testi için 0.68, kendine güvenle yaklaşım alt testi için 0.80, çaresiz yaklaşım alt testi için 0.73, boyun eğici yaklaşım alt testi için 0.70 ve sosyal desteğe başvurma alt testi için 0.47’dir. Ölçeğin; probleme yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar şeklinde iki boyutu olup, 5 alt leği bulunmaktadır.

Probleme yönelik etkili yaklaşımlar kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma olarak; duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar ise çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir.

Bu alt ölçekler, maddeleri ve alınabilecek alt ve st puanlar;

- İyimser yaklaşım (2,4,6,12,18.maddeler), 0- 15 puan
- Kendine güvenle yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26. maddeler), 0- 21 puan
- Çaresiz yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28. maddeler), 0- 24 puan

- Boyun eğici yaklaşım (5,13,15,17,21,24. maddeler), 0- 18 puan
- Sosyal desteğe başvurma (1,9,29,30. maddeler). 0-12 puan arasında değişmektedir.

Ölçeğin toplam puanı olmayıp, her bir alt ölçeğin toplam puanı üzerinden değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerin puanları her bir soruya verilen cevapların 0-3 arası (Hiç uygun değil ‘0’, uygun değil ‘1’, uygun ‘2’, tamamen uygun ‘3’ puan) puanlanması ile elde edilmektedir. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeğinin 1. ve 9. maddeleri tersinden puanlanırken, diğer alt ölçekler düzden puanlanmaktadır.

Her bir alt ölçekten alınan toplam puan o alt ölçeğe ilişkin madde sayısına bölünerek alt ölçek puan ortalaması elde edilmektedir. Her bir alt ölçek için toplam puanın artışı bireyin o baş etme tarzını daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır. (Ek6)

Bu çalışmada SBTÖ alt ölçekleri için hesaplanan Cronbach alfa değeri; iyimser yaklaşım alt ölçeği için 0.71, kendine güvenle yaklaşım alt ölçeği için 0.66, çaresiz yaklaşım alt ölçeği için 0.63, boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için 0.50 ve sosyal desteğe başvurma alt testi için 0.63’dür.

Kısa Semptom Envanteri (KSE):

Derogatis (1992) tarafından geliştirilen bu ölçek 53 maddeden oluşan, 0-4 arası puanlanan, likert tipi bir ölçektir. KSE’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. KSE cevapları üzerine işaretlenebilir soru formu şeklinde bir ölçektir. Bireylerin kendi kendilerine cevaplayabilecekleri bu formun başında, nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi yer almaktadır.

Uygulayıcıların her madde için “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var” ve “çok fazla var” seçeneklerinden birini seçmesi ve işaretlemesi istenmektedir. Toplam puan dağılımı 0-212 arasındadır ve belirlenmiş bir kesme değeri yoktur. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyde o

semptomun daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Ölçeğin 5 alt ölçeği için maddeler, faktör analizi ve alınabilecek alt ve üst puanlar;

- “Anksiyete” (12,13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddeler; alfa=0.87, 0-52 puan),

- “Depresyon” (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddeler; alfa=0.88, 0- 48 puan),

- “Olumsuz benlik” (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53.maddeler; alfa=0.87, 0-48 puan),

- “Somatizasyon” (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. maddeler; alfa=0.75, 0-36 puan),

- “Hostilite” (1,3,4,6,10,40 ve 41. maddeler; alfa=0.76, 0-28 puan) (Ek7)

Bu çalışmanın KSE toplam Cronbach alfa değeri, 0,95 olarak bulunmuştur. KSE alt ölçekleri için hesaplanan Cronbach alfa değeri ise; anksiyete alt ölçeği için 0,85, depresyon alt ölçeği için 0,89, olumsuz benlik alt ölçeği için 0,83, somatizasyon alt ölçeği için 0,81, hostilite alt ölçeği için 0,68’dir.

Araştırmanın Ön Uygulaması:

Hazırlanan tanıtım formunun ve psikoeğitim programının anlaşılabilirliği, kullanılabilirliğini ve süresini saptamak amacı ile örneklemin %10’unu oluşturan 6 hasta ile ön uygulama yapılmış olup, düzenleme gerekmediği için ön uygulamada yer alan katılımcılar örnekleme dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:

Veri toplama araçları gerekli Etik izinler alındıktan sonra uygulanmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak, araştırmaya katılımının tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek sözel ve yazılı onamları alınmıştır (Ek1, Ek2). Veri toplama araçları, psikoeğitim öncesi ve sonrası araştırmacı

tarafından katılımcı hastanın uygun olduğu zaman Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Talasemi merkezinde, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Araştırmanın Uygulaması

Araştırma, 05.09.2019-15.05.2020 tarihleri arasında uygulanmıştır. Kurum izni aldıktan sonra merkezden majör talasemi hastalığı tanısı ile takip edilen hastaların listesi alınmış, hastalara rutin kontrolleri ve kan transfüzyonu randevuları sırasında ulaşılmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş, amacı ve yürütme planı açıklanmış, katılım için gönüllü olup olmadığı sorulmuş, gönüllü olanlardan sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar rastgele numaralandırılarak, sırasıyla bir hasta kontrol grubuna, diğer bir hasta müdahale grubuna dahil edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubunu 30'ar hasta oluşturmuştur. Müdahale grubunda psikoeğitim oturumlarının heterojen olması planlanmıştır. Ancak, kadın hastaların beden imajına ilişkin sorunlarını erkek hastaların bilmesini istemedikleri için gruplar altı kişilik kadın ve erkek olarak ayrı ayrı oluşturulmuştur. Hastaların kendi içlerinde gruplandırılması ise tedavi merkezindeki kontrol ve kan transfüzyonu tarihleri aynı olanlara göre yapılmıştır. İletişimi sağlamak amacıyla gönüllü hastaların telefon numaraları alınmış, araştırmacının da telefon numarası verilmiş, oturumların tarih ve saati tedavi planları kararlaştırılmıştır.

Kontrol grubuna yalnızca veri toplama araçları uygulanmış, herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Kontrol grubundaki hastalar sadece hastanedeki normal rutin hizmetten yararlanmışlardır. Müdahale grubuna ise hastaların beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtiler, kazandırılmak istenen hedefler, kullanılacak yöntemlerin yer aldığı psikoeğitim oturumları yapılmıştır. Programda her bir oturum; konusu, hedefleri, süresi, yöntemi ve işleyişini içeren bir plan doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (Ek 8). Oturumlar, Talasemi

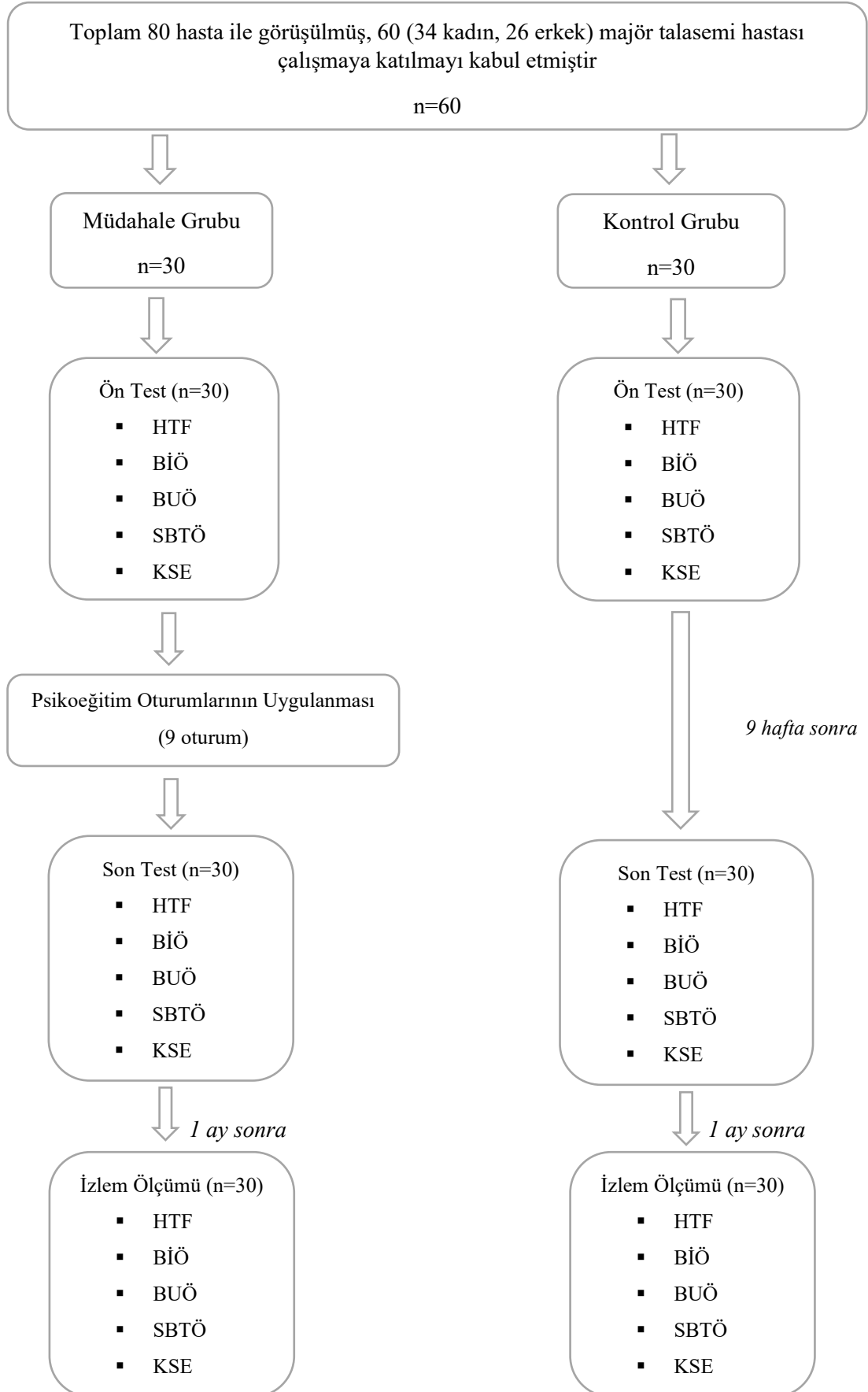
merkezinde haftada bir kez olacak şekilde 9 oturumda gerçekleştirilmiştir. Her bir oturum 90-120 dakika arasında sürmüştür, bazı oturumlarda hastanın isteğine göre 10 dakika ara verilmiştir. Oturumlarda anlatım, soru cevap, beyin fırtınası, problem çözme, cümle tamamlama, tartışma ve ısınma oyunu gibi eğitim ve öğretim teknikleri kullanılmış, ayrıca bazı oturumlarda görsel materyal olarak slayt sunumu kullanılmıştır. Her bir oturumun sonunda katılımcıların “Bugünden bana kalan” başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve öğrenilenlerin somut olarak görmeleri sağlanmıştır. İki oturuma katılmayan hastalar için telafi oturumu yapılmıştır. Veri toplama araçları, ilk oturumda ön test için, dokuzuncu oturumda ise son test için tekrar uygulanmıştır. Oturumlar tamamlandıktan 1 ay sonra izlem ölçümü için hastalarla tekrar biraraya gelinmiştir. Kontrol grubuna da ölçekler aynı şekilde uygulanmış olup hastalarla genel bir toplantı yapılarak, soruları yanıtlanmıştır.

Müdahale grubuna uygulanan psikoeğitim oturum başlıkları şu şekildedir:

- 1. Oturum:** Grup üyelerinin tanışması, ölçüm araçlarının uygulanması, psikoeğitim programının işleyiş planının açıklanması
- 2. Oturum:** Hastalığın algılanması ve yaşanma biçimi
- 3. Oturum:** Hastalığın bireyi etkileme biçimi ve oluşturduğu etkiler
- 4. Oturum:** Yaşanan psikososyal sorunlar: Hastalığın beden algısına etkisi
- 5. Oturum:** Yaşanan psikososyal sorunlar: Hastalığın benlik saygısına etkisi ve baş etme biçimleri
- 6. Oturum:** Yaşanan psikososyal sorunlar: Stres ve stresle baş etme
- 7. Oturum:** Yaşanan psikososyal sorunlar: Umut ve umutsuzluk
- 8. Oturum:** Talasemi ile uyumlu bir yaşam için ne yapılmalı. Yaşam nasıl anlamlandırılmalı.
- 9. Oturum:** Psikoeğitimde anlatılan ve konuşulanların değerlendirilmesi ve psikoeğitim sürecini sonlandırma.

Şekil 1.

Uygulama Akış Şeması



Araştırmanın Zamanı:

Çalışma Eylül 2019 – Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Beden imajı, umutsuzluk, stresle baş etme, psikiyatrik belirti

Bağımsız Değişkenler: Majör talasemili hastalara uygulanan psikoeğitim

Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu vb.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 24.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk Testi ile test edilmiş, normal dağılmayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde Spearman Rank korelasyon katsayısı, kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının başlangıçtaki farklılıklarının etkisinin giderilmesinde ise genel lineer model kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile test edilmiş, sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Hematoloji klinik izninin yanında yazılı kurum izni (YTK.01-629-19-E.2862) ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin

(YTK.1.01) alınmıştır. Ayrıca Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu'ndan da (YDU/2020/80-1111) yazılı izin alınmıştır.

Majör talasemili hastalara veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmanın amacı ile ilgili açıklama yapılarak, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca veri toplama aracı olarak kullanılan tüm ölçeklerin, ölçek sahiplerine ulaşılarak yazılı izin alınmıştır.

BÖLÜM IV

Bulgular

Bulgular bölümünde çalışmadan elde edilen veriler üç bölümde sunulmuştur.

1. Bölüm

Müdahale ve kontrol grubundaki majör talasemili hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir.

2. Bölüm

Müdahale ve kontrol grubundaki majör talasemili hastaların ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamalarının karşılaştırmaları yer almaktadır.

3. Bölüm

Müdahale ve kontrol grubundaki majör talasemili hastaların müdahale öncesi ve müdahale sonrası kullanılan ölçeklerin arasındaki korelasyonlar yer almaktadır.

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Majör Talasemili Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Tablo 1.

Majör Talasemili Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Cinsiyet					0,271	0.602
Kadın	18	60,0	16	53,3		
Erkek	12	40,0	14	46,7		
Yaş grubu					0.710	0.871
19-29	2	6,7	3	10,0		
30-39	6	20,0	8	26,7		
40-49	16	53,3	14	46,7		
50-59	6	20,0	5	16,7		
Medeni durum					0.606	0.436
Evli	15	50,0	18	60,0		
Bekar	15	50,0	12	40,0		
Çocuk sahibi olma durumu					0,067	0.796
Olan	16	53,3	15	50,0		
Olmayan	14	46,7	15	50,0		
Eğitim durumu					1,971	0,373
İlköğretim	11	36,7	8	26,7		
Lise	12	40,0	10	33,3		
Yükseköğrenim	7	23,3	12	40,0		
Meslek					3,611	0,607
Öğrenci	0	0,0	2	6,7		
Memur	13	43,3	12	40,0		
Özel sektör çalışanı	6	20,0	8	26,7		
Emekli	2	6,7	2	6,7		
Ev hanımı	8	26,7	6	20,0		
İşsiz	1	3,3	0	0,0		
Sağlık güvencesi					0,000	1,000
Olan	30	100,0	30	100,0		

Tablo 1. Majör Talasemili Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (Devamı)

Çalışma durumu					1,026	0,599
Tam gün çalışıyor	19	63,3	20	66,7		
Yarım gün çalışıyor	1	3,3	0	0,0		
Hiç çalışmıyor	10	33,3	10	33,3		
Gelir Durumu					0,606	0,436
Gelir gideri karşılıyor	15	50,0	18	60,0		
Gelir gideri karşılmıyor	15	50,0	12	40,0		
Birlikte yaşadığı bireyler					5,483	0,241
Yalnız	6	20,0	3	10,0		
Eş	3	10,0	2	6,7		
Eş ve çocuk	11	36,7	14	46,7		
Anne-baba	4	13,3	9	30,0		
Diğer	6	20,0	2	6,7		
Yerleşim yeri					9,643	0,002*
Köy	8	26,7	20	66,7		
İlçe	22	73,3	10	33,3		
	Ort±SS	Min – Max	Ort±SS	Min - Max	t	
Yaş	43,17±7,18	27-58	41,40±9,11	19-55	0,834	0,408

*0,05 düzeyinde anlamlı; χ^2 :Ki-kare testi, t:Student t testi.

Tablo 1’de çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki majör talasemili hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların %60’ının kadın, %53,3’ünün 40-49 yaş grubunda olduğu, %63,3’ünün tam gün çalıştığı, %43,3’ün memur statüsünde olduğu, hepsinin sağlık güvencesinin olduğu ve %73,3’ünün ilçede yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %53,3’ünün kadın, 46,7’sinin 40-49 yaş grubunda olduğu, %66,7’sinin tam gün çalıştığı, %40’ının memur statüsünde olduğu, hepsinin sağlık güvencesinin olduğu ve %66,7’sinin köyde yaşadığı saptanmıştır.

Tablodan da görüldüğü gibi müdahale ve kontrol grubunda yalnızca yerleşim yeri köy olanlar hariç tüm özellikler istatistiksel analizde anlamlı olmayıp denktir. Yerleşim yeri köy olanlar kontrol grubunda fazladır.

Tablo 2.*Majör Talasemili Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri*

Hastalığa ilişkin özellikler	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Hastalık süresi (Yıl)					0,710	0,871
19-28	2	6,7	3	10,0		
29-38	6	20,0	8	26,7		
39-48	16	53,3	14	46,7		
49-58	6	20,0	5	16,7		
Talasemiye ek gelişen başka bir hastalık varlığı					0,071	0,791
Var	18	60,0	19	63,3		
Yok	12	40,0	11	36,7		
Hastalıkla ilgili sürekli kullanması gereken ilaç varlığı					0,000	1,000
Evet	30	100,0	30	100,0		
Hayır	0	0,0	0	0,0		
Hastaneye kan almak için gelme sıklığı					3,096	0,213
Ayda 2 defa	29	96,7	25	83,3		
Ayda 1 defa	1	3,3	5	16,7		
Kan bulma problemi yaşama durumu					0,162	0,688
Yaşayan	27	90,0	26	86,7		
Yaşamayan	3	10,0	4	13,3		
Kan alırken komplikasyon yaşama durumu					2,222	0,136
Yaşayan	25	83,3	20	66,7		
Yaşamayan	5	16,7	10	33,3		
Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu					0,000	1,000
Olan	30	100,0	30	100,0		
Olmayan	0	0,0	0	0,0		
Talasemi hakkında eğitim ihtiyacı varlığı					0,741	0,389
Var	2	6,7	4	13,3		
Yok	28	93,3	26	86,7		

Tablo 2. Majör Talasemili Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri (Devamı)

					0,373	0,542
Hastalık nedeniyle herhangi bir problem yaşama durumu						
Yaşayan	24	80,0	22	73,3		
Yaşamayan	6	20,0	8	26,7		
Hastalığın yaşamını etkileme durumu					1,270	0,260
Etkileyen	23	76,7	19	63,3		
Etkilemeyen	7	23,3	11	36,7		
	Ort±SS	Min - Max	Ort±SS	Min - Max	t	P
Hastalık süresi	42,43±7,14	27-56	40.47±8.84	19-54	0.948	0.347

*0,05 düzeyinde anlamlı; χ^2 :Ki-kare testi, t:Student t testi.

Müdahale grubunun hastalık süresi ortalaması 42,43±7,14 yıl iken, kontrol grubunun hastalık süresi ortalaması 40.47±8.84 yıl olarak tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki tüm hastaların hastalığı için sürekli ilaç kullanması gerektiği, %60'ının talasemiye ek başka bir hastalığının olduğu, %96,7'sinin hastaneye ayda iki defa kan transfüzyonu için geldiği, %90'ının kan bulmak için sorun yaşadığı, %80'inin hastalık nedeni ile problem yaşadığı ve %76,7'sinin talaseminin yaşamını etkilediği saptanmıştır.

Kontrol grubundaki tüm hastaların hastalığı için sürekli ilaç kullanması gerektiği, %63,3'ünün talasemiye ek başka bir hastalığının olduğu, %83,3'ünün hastaneye ayda iki defa kan transfüzyonu için geldiği, %86,7'sinin kan bulmak için sorun yaşadığı, %73,3'ünün hastalık nedeni ile problem yaşadığı ve %63,3'ünün talaseminin yaşamını etkilediği saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analize göre müdahale ve kontrol grubu arasında hastalığa ilişkin özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Majör Talasemili Hastaların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamalarının Karşılaştırmaları

Tablo 3.

Müdahale ve Kontrol Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Beden İmaji Ölçeği (BİÖ)		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Z	P
BİÖ	Ön Test	142,07 ± 26,69	153,17 ± 27,36	-1,686	0,092
Toplam Ölçek Puanı	Son Test	153,5 ± 24,77	152,4 ± 27,78	-0,089	0,929
	İzlem	153,47 ± 24,63	152,23 ± 27,72	-0,081	0,935
Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)					
BUÖ	Ön Test	9,5 ± 4,94	6,83 ± 3,43	-2,094	0,036*
Toplam Ölçek Puanı	Son Test	6,67 ± 3,94	7,07 ± 3,33	-0,780	0,001*
	İzlem	6,67 ± 3,94	7,07 ± 3,33	-0,780	0,001*
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)					
İyimser Yaklaşım	Ön Test	1,95 ± 0,79	2,01 ± 0,62	-0,097	0,923
	Son Test	2,3 ± 0,46	1,99 ± 0,62	-1,878	0,060
	İzlem	2,3 ± 0,46	1,99 ± 0,62	-1,878	0,060
Kendine Güvenli Yaklaşım	Ön Test	2,53 ± 0,41	2,51 ± 0,42	-0,187	0,852
	Son Test	2,67 ± 0,33	2,5 ± 0,43	-1,484	0,138
	İzlem	2,67 ± 0,33	2,5 ± 0,43	-1,492	0,136
Çaresiz Yaklaşım	Ön Test	1,53 ± 0,47	1,37 ± 0,52	-0,913	0,361
	Son Test	1,33 ± 0,36	1,39 ± 0,52	-0,586	0,558
	İzlem	1,33 ± 0,36	1,39 ± 0,52	-0,586	0,558
Boyun Eğici Yaklaşım	Ön Test	1,62 ± 0,41	1,68 ± 0,51	-0,380	0,704
	Son Test	1,07 ± 0,31	1,72 ± 0,51	-5,092	0,001*
	İzlem	1,07 ± 0,31	1,72 ± 0,51	-5,092	0,001*
Sosyal Desteğe Başvurma	Ön Test	1,92 ± 0,58	2,21 ± 0,62	-2,082	0,037*
	Son Test	2,08 ± 0,57	2,2 ± 0,62	-1,239	0,001*
	İzlem	2,08 ± 0,57	2,2 ± 0,62	-1,239	0,001*
Kısa Semptom Envanteri					
Anksiyete	Ön Test	2,77 ± 5,61	0,37 ± 0,76	-2,497	0,013*
	Son Test	1,3 ± 2,78	0,5 ± 0,9	-1,195	0,076
	İzlem	1,27 ± 2,78	0,5 ± 0,9	-1,136	0,048*
Depresyon	Ön Test	4,77 ± 7,93	0,93 ± 1,8	-2,382	0,017*
	Son Test	2,57 ± 4,06	1,07 ± 1,89	-1,438	0,328
	İzlem	2,57 ± 4,06	1 ± 1,84	-1,505	0,407

Tablo 3. *Müdahale ve Kontrol Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)*

Olumsuz Benlik	Ön Test	2,07 ± 4,79	0,5 ± 0,9	-0,796	0,426
	Son Test	1 ± 2,12	0,5 ± 0,9	-0,387	0,699
	İzlem	1 ± 2,12	0,5 ± 0,9	-0,387	0,699
Somatizasyon	Ön Test	1,87 ± 4,01	0,57 ± 1,41	-1,916	0,055
	Son Test	1,13 ± 2,33	0,63 ± 1,38	-1,247	0,133
	İzlem	1,1 ± 2,32	0,63 ± 1,38	-1,238	0,089
Hostilite	Ön Test	2,97 ± 3,97	1,73 ± 2,2	-0,676	0,499
	Son Test	1,7 ± 2,15	1,73 ± 2,29	-0,024	0,981
	İzlem	1,53 ± 2,03	1,73 ± 2,29	-0,249	0,803
KSE Toplam Ölçek Puanı	Ön Test	14,43 ± 24,51	4,1 ± 4,74	-1,561	0,119
	Son Test	7,7 ± 11,96	4,43 ± 4,49	-0,387	0,699
	İzlem	7,47 ± 11,97	4,37 ± 4,46	-0,250	0,802

*0,05 düzeyinde anlamlı; Z:Mann whitney u testi.

Tablo 3'te çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ölçek puanlarının ölçümlere göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir. Beden İmajı Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, müdahale grubu ön test puan ortalaması 142,07±26,69, son test puan ortalaması 153,5±24,77, izlem puan ortalaması 153,47±24,63; kontrol grubu ön test puan ortalaması 153,17±27,36, son test puan ortalaması 152,4±27,78, izlem puan ortalaması 152,23±27,72 olarak tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların Beden İmajı Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği müdahale grubu ön test puan ortalaması 9,5±4,94, son test puan ortalaması 6,67±3,94, izlem puan ortalaması 6,67±3,94; kontrol grubu ön test puan ortalaması 6,83 ± 3,43, son test puan ortalaması 7,07±3,33, izlem puan ortalaması 7,07±3,33 olarak tespit edilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, ilk ve müdahale sonrası ölçümde (ön test-son test) müdahale grubunda istatistiksel anlamlılıkta yüksek bulunmuştur. Bu yükseklik, gruplarda müdahale sonrası son test ve izlem ölçümleri arasında da değişmemiş, istatistiksel anlamlılıkta fark saptanmamıştır.

Müdahale grubunun Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, iyimser yaklaşım için ön test puan ortalaması $1,95 \pm 0,79$, son test puan ortalaması $2,3 \pm 0,46$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $2,3 \pm 0,46$ olarak saptanmıştır ve iyimser yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Müdahale grubunun kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için ön test puan ortalaması $2,53 \pm 0,41$, son test puan ortalaması $2,67 \pm 0,33$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $2,67 \pm 0,33$ olarak saptanmıştır ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Müdahale grubunun çaresiz yaklaşım alt ölçeği için ön test puan ortalaması $1,53 \pm 0,47$, son test puan ortalaması $1,33 \pm 0,36$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $1,33 \pm 0,36$ olarak saptanmıştır ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Müdahale grubunun boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için ön test puan ortalaması $1,62 \pm 0,41$, son test puan ortalaması $1,07 \pm 0,31$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $1,07 \pm 0,31$ olarak saptanmıştır ve boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Müdahale grubunun sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için ön test puan ortalaması $1,92 \pm 0,58$, son test puan ortalaması $2,08 \pm 0,57$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $2,08 \pm 0,57$ olarak saptanmıştır ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği puan ortalamaları açısından son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Kontrol grubunun Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, iyimser yaklaşım için ön test puan ortalaması $2,01 \pm 0,62$, son test puan ortalaması $1,99 \pm 0,62$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $1,99 \pm 0,62$; kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için ön test puan ortalaması $2,51 \pm 0,42$, son test puan ortalaması $2,5 \pm 0,43$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $2,5 \pm 0,43$; çaresiz yaklaşım alt ölçeği için ön test puan ortalaması $1,37 \pm 0,52$, son test puan ortalaması $1,39 \pm 0,52$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $1,39 \pm 0,52$; boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için ön test puan ortalaması $1,68 \pm 0,51$, son test puan ortalaması $1,72 \pm 0,51$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $1,72 \pm 0,51$; sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için ön

test puan ortalaması $2,21 \pm 0,62$, son test puan ortalaması $2,2 \pm 0,62$ ve izlem ölçümü puan ortalaması $2,2 \pm 0,62$ olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda SBTÖ alt ölçeklerinin ön test, son test ve izlem ölçümleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p < 0.05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki majör talasemi hastalarının KSE'nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puan ortalamaları KSE toplam puan ortalaması bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Kısa semptom envanteri Anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde izlem de müdahale grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur.

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Majör Talasemili Hastaların Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Kullanılan Ölçeklerin Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 4.

Majör Talasemili Hastaların Müdahale Öncesi BİÖ, BUÖ, SBTÖ ve KSE Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Beck Umut suzlu k Ölçeğ i	İyims er yaklaş ım	Kendi ne güven li yaklaş ım	Çaresi z yaklaş ım	Boğu n eğici yaklaş ım	Sosyal desteğe başvur ma	Kısa Semptom Envan teri	Anksi yete	Depre syon	Olum suz benlik	Somat izasyo n	Hostil ite
Beden İmajı Ölçeği	-,439*	,193	,318	-,448*	-,266	,272	-,641**	-,643**	-,712**	-,638**	-,721**	-,287
Beck Umutsuz luk Ölçeği	1,000	,640**	,691**	-,195	-,224	,401*	,586**	,497**	,661**	,263	,371*	,374*
İyimser Yaklaşım		1,000	,600**	-,305	-,179	,349	-,372*	-,0322	-,449*	-,0107	-,0281	-,0316
Kendine Güvenli Yaklaşım			1,000	-,500**	-,429*	,088	-,501**	-,453*	-,609**	-,421*	-,0359	-,0287
Çaresiz Yaklaşım				1,000	,512**	-,051	0,259	0,233	,455*	,377*	0,361	0,038
Boğun Eğici Yaklaşım					1,000	-,023	0,207	0,215	0,262	0,224	0,240	0,130
Sosyal Desteğe Başvurm a						1,000	-,0225	-,0205	-,0171	-,0062	-,0116	-,0352
Kısa Semptom Envanter i							1,000	,908**	,900**	,783**	,813**	,813**
Anksiyet e								1,000	,739**	,789**	,870**	,743**
Depresyo n									1,000	,716**	,711**	,570**
Olumsuz Benlik										1,000	,726**	,599**
Somatiza syon											1,000	,601**

*0,01 düzeyinde anlamlı, **0,05 düzeyinde anlamlı.

Tablo 4’te majör talasemili hastaların müdahale öncesi Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği, Stresle Başetme Tarzları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir.

Beden İmajı Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,439$, $P=0,015$). Beden İmajı Ölçeği ile SBTÖ’nin Çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,448$, $P=0,013$). Beden İmajı Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri toplam puanları arasında negatif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,641$, $P=0,001$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği ile SBTÖ İyimser yaklaşım alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,640$, $P=0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği ile SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,691$, $P=0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği ile KSE puanları arasında pozitif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,586$, $P=0,001$).

SBTÖ İyimser yaklaşım alt ölçeği ile KSE puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,372$, $P=0,043$). SBTÖ İyimser yaklaşım alt ölçeği ile KSE Depresyon alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,449$, $P=0,013$). SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,501$, $P=0,005$). SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE Anksiyete alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,453$, $P=0,012$). SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE Depresyon alt boyutu puanları arasında negatif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,609$, $P=0,001$). SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile KSE Olumsuz benlik alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,421$, $P=0,021$).

Tablo 5.

Majör Talasemili Hastaların Müdahale Sonrası BİÖ, BUÖ, SBTÖ ve KSE Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Beck Umutsuzluk Ölçeği	İyimser yaklaşım	Ken dine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boğun eğici yaklaşım	Sosy al deste ğe başvur ma	Kısa Semptom Envanteri	Anksiyete	Depresyon	Olu msuz benlik	Somati zasyon	Host ilite
Beden İmajı Ölçeği	-,093	,036	,033	0,241	,181	,080	,540*	-,406*	-,605**	-,545*	-,585**	-,231
Beck Umutsuzluk Ölçeği	1,000	,724*	0,691**	,004	,253	0,353	,348	,414*	,463*	,018	,236	,202
İyimser yaklaşım		1,000	,565*	-,157	-,186	,383*	0,295	0,269	0,381*	,017	-,0213	0,271
Kendine güvenli yaklaşım			1,000	-,168	,461*	,151	0,291	0,383*	0,359	0,105	-,0211	0,253
Çaresiz yaklaşım				1,000	-,020	,035	,082	,135	,265	,135	,110	0,136
Boğun eğici yaklaşım					1,000	-,349	0,159	0,036	0,130	0,369*	-,0340	0,055
Sosyal desteğe başvur ma						1,000	0,082	0,216	0,035	,071	,125	0,152
Kısa Semptom Envanteri							1,000	,797*	,879**	,764*	,800**	,766**
Anksiyete								1,000	,620**	,643*	,671**	,592**
Depresyon									1,000	,673*	,787**	,493**
Olumsuz benlik										1,000	,712**	,574**
Somati zasyon											1,000	,500**

*0,01 düzeyinde anlamlı, **0,05 düzeyinde anlamlı.

Tablo 5’te majör talasemili hastaların müdahale sonrası Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği, Stresle Başetme Tarzları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri puanları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir.

Beden İmajı Ölçeği ile KSE puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,540$, $P=0,002$). Beden İmajı Ölçeği KSE Anksiyete alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,406$, $P=0,026$). Beden İmajı Ölçeği KSE Depresyon alt boyutu puanları arasında negatif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,605$, $P=0,001$). Beden İmajı Ölçeği KSE Olumsuz benlik alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,545$, $P=0,002$). Beden İmajı Ölçeği KSE Somatizasyon alt boyutu puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=-0,585$, $P=0,001$).

Beck Umutsuzluk Ölçeği ile SBTÖ İyimser yaklaşım alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,724$, $P=0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği ile SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,691$, $P=0,001$). Beck Umutsuzluk Ölçeği ile KSE Anksiyete alt boyutu puanları arasında pozitif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,414$, $P=0,023$). Beck Umutsuzluk Ölçeği ile KSE Depresyon alt boyutu puanları arasında pozitif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,463$, $P=0,010$).

BÖLÜM V

Tartışma

Majör talasemi hastalarına uygulanan psikoeğitimin beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatürde yer alan araştırmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

Yapılan araştırmalarda majör talasemili hastaların olumsuz beden imajını sahip olduğu bildirilmiştir (Küçük, 2007; Punriddum & ark., 2018; Yıldız & ark., 2016). Dhawan ve arkadaşlarının (2021) talasemili ergenlerin beden imajı ve benlik kavramı ile ilgili yaşadıkları sorunları, özellikle bunun fiziksel gelişim ve sosyalleşme üzerindeki etkisini kavramak amacıyla yaptıkları bir çalışmada, ergen hastaların beden imajı, ten rengi, yüz özellikleri, vücut ağırlıkları ile ilgili endişeleri vurgulanmış ve benlik kavramına ilişkin sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan hastaların BİÖ toplam puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, araştırmada hedeflenen ilk hipotezin kabul edilmediğini yani verilen müdahalenin hastaların zaten senelerce mevcut olan beden imajı değişikliklerine olumlu etki anlamında yeterli olmadığını gösterebilir. Beden imajına yönelik yapılan psikoeğitim oturumlarının sonunda hastaların “Bugünden bana kalan...” cümle tamamlama etkinliğinde hastaların “Benim bedenim, benim çirkinliğim” ve “Düşüncelerim değişebilir ama bedenim kolay değişmez” şeklinde ifadeleri de bu sonucu destekler niteliktedir.

Uysal ve Çalışır (2020) ve Tajvidi ve Zeighami (2012)’nin majör talasemili adölesanlarda umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarda, adölesanların umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. İran’da Makaremnia ve arkadaşları (2021) tarafından 78 majör talasemi hastası ile pozitif düşünme eğitim programının umut ve uyku kalitesine etkisini belirleme amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubundaki hastaların müdahaleden hemen sonra ve müdahaleden bir ay sonra kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bir umut düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda ise, müdahale grubundaki hastaların son ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre umut düzeylerinde anlamlı düzeyde artma saptanmış, kontrol grubunda ise bu ölçümlerde anlamlı düzeyde bir değişim saptanmamıştır.

Psikoeğitim programında; umut kavramı, umudunu koruyabilme ve umudun aşılması başlıkları altında paylaşılan eğitim programının içeriğinin, hastalarla gerçekleştirilen uygulamaların hastaların umut düzeylerini arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Umut ve umutsuzluğa yönelik yapılan psikoeğitim oturumlarının sonunda hastaların “Bugünden bana kalan...” cümle tamamlama etkinliğinde hastaların “Umut hep var.”, “Umut benim.” ve “Umut etmek, hasta olmaktan zor değil.” ifadeleri de oturumların olumlu etkisini gösterir niteliktedir. Müdahale sonrası yapılan izlem ölçümünde bu etkinin bir ay sonra da devam etmesi, verilen etkinin sürdüğünü göstermektedir. Bu bulgu, verilen müdahalenin umut düzeyini arttırmada etkili olduğunu; yani ikinci hipotezimizin kabul edildiğini göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda hastalarda psikososyal uyumsuzluk prevalansının %25 ile %80 oranında olduğu bildirilmiştir (Behdani & ark., 2015; Çelebi, 2009; Törüner & Büyükgönenç 2012; Koutelekos & Haliasos, 2013; Pattanashetti & ark., 2017; Aydınok & ark., 2005; Uz & ark., 2013). Yine İran’da yapılan bir araştırmada, majör talasemili hastaların psikiyatrik bozukluk riski taşıdığı ve genel popülasyondan daha fazla psikososyal problemleri olduğu saptanmıştır (Nasiri & ark., 2014). Suudi Arabistan’da Zolaly ve arkadaşları (2020) tarafından 62 majör talasemi hastası ile yapılan bir araştırmada, hastaların %60’ında depresyon semptomları, %38,7’sinde stres, %50’inde ise anksiyete saptandığı belirtilmiştir. Yine benzer araştırmalarda talasemi hastalarında depresyon prevalansının %10 ile %50 arasında değiştiği saptanmıştır (Mednick & ark., 2010; Koutelekos & Haliasos, 2013). Bazı araştırmalarda ise talasemi hastalarının %54’ünün bir tür psikopatolojik bozukluğa sahip olduğu bildirilmiştir (Behdani & ark., 2015; Maheri & ark., 2018; Naderi & ark., 2012). Araştırmamızda müdahale grubundaki hastaların son ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre stresle başetme tarzlarından “sosyal desteğe başvurma” yaklaşımında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde artma, “boyun eğici” yaklaşımda ise azalma saptanmıştır. Kontrol grubunda ise SBTÖ’nün tüm alt ölçeklerinde aynı dönemdeki ölçümlerde istatistiksel anlamlılıkta bir değişim saptanmamıştır. Psikoeğitim programında; stres kavramı, hastalığın ve yaşamın

yarattığı stresörlerin farkına varılması, stresle etkili baş etme teknikleri; sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme başlıkları altında paylaşılan eğitim programının içeriğinin, hastalarla gerçekleştirilen uygulamaların ve grup etkileşiminin hastaların stresle baş etme becerilerini olumlu yönde geliştirdiği söylenebilir. Yine aynı bulgularla psikoeğitim sonunda müdahale grubundaki hastaların kendilerine daha güvenerek, daha olumlu bir bakış açısıyla ve daha çok sosyal destek arayarak başa çıkmalarını arttırdıkları, boyun eğici yaklaşımları ise azalttıkları şeklinde yorumlanabilir. Stres ve stresle başetmeye yönelik yapılan psikoeğitim oturumlarının sonunda hastaların “Bugünden bana kalan...” cümle tamamlama etkinliğinde ise hastaların “Stres benden daha güçlü değil”, “Stresli olmak sonucu değiştirmiyor ama ben değiştirebilirim” ve “Stresli olmaktan değil, stresimi yönetememekten korkmalıyım” şeklinde ifadeleri de oturumlarını etkisi göstermektedir. Müdahale sonrasında yapılan izlem ölçümünde ise elde edilen bu etkinin bir ay sonra da devam etmesi, verilen etkinin istenilen düzeyde sürdüğünü ifade etmektedir.

Libya'da yapılan bir araştırma, psikoeğitim programının travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda etkili olduğunu ortaya koymuştur (Mughairbi & ark., 2019). Psikoeğitimin palyatif bakım tedavisi alan hastalara bakım vericilerin stres ile baş etme ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren bir çalışmada da bakım vericilere verilen psikoeğitim palyatif bakım vericilerin stresle baş etme becerilerini arttırmıştır. Farklı çalışmalarda ise psikoeğitim programının katılımcıların stres düzeylerini azaltmada ve başa çıkma kapasitelerini geliştirmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Öz & Öz, 2020; Ozan & ark., 2020; Bani Ahmad & Meriç, 2021). Literatürde farklı hastalık gruplarında, birçok çalışmada sadece psikoeğitim müdahalesi ya da diğer tedavi yaklaşımlarıyla entegrasyonunun uygulandığı çalışmalar bulunmakta ve psikoeğitimsel müdahalelerin etkinliğine vurgu yapılmaktadır (Ay Kaatsız & Öz, 2020; Mubin & Livana, 2020; Sarkhel & ark., 2020).

Araştırmamızda KSE Anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, izlem ölçümünde müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Psikoeğitim programının içeriğinde anksiyete kavramına, anksiyete ve stresle başetme tekniklerine yer verilmesi ve bu başetme becerinin kazandırılmasının, anksiyete düzeyini olumlu yönde değiştirdiği söylenebilir. İzlem

ölçümünde bu etkinin görülmesi, günlük yaşam seyrinde anksiyete ile karşılaşıldığında başetme becerilerinin kullanıldığını dolayısıyla kişilerin bu becerileri kazandığını ve yaşamlarında kullandıklarını göstermektedir.

Çalışmamız psikoeğitim programının majör talasemili hastaların ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebildiğini göstermiştir. Psikoeğitim programının farklı hastalık gruplarında da etkili olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında (Alizioti & Lyrakos, 2019) ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda (Rodrigues & ark., 2018) anksiyetenin iyileşmesi ve azaltılması üzerindeki olumlu etkisi, bizim çalışmamızla tutarlılık göstermektedir. Metodolojik olarak çalışmamıza benzeyen tüm bu çalışmaların sonuçları, bu programın farklı hastalıklarda uygulanmasının umut verici etkisini göstermektedir.

Hastaların müdahale öncesi BİÖ ile KSE toplam puanları arasında negatif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır. Müdahale sonrası aynı değerlendirme yapıldığında ise BİÖ ile KSE puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu, müdahale sonrası Majör talasemili hastalara verilen bilgi, danışmanlık, duygu ifadesi kendini kabul şekli konusunda verilen etkiler beden algısı doyumunu artırmış ve psikiyatrik belirtileri azalttığı anlamına gelmektedir.

Hastaların müdahale öncesi ve sonrası BUÖ ile SBTÖ iyimser ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçekleri puanları arasında pozitif yönde güçlü şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu ilişkinin pozitif yönde ve güçlü şiddette devam etmesinin nedeni, hastaların stresleriyle duygu yerine sorun odaklı baş etmeleri ve buna bağlı umut düzeylerinin de artması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Hastaların müdahale öncesi SBTÖ iyimser ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçek puanları ile KSE puanları arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu, müdahale öncesi Majör talasemili hastaların stresle sorun odaklı baş etme düzeylerinin az olduğu ve buna bağlı psikiyatrik belirtiler arasında yer alan depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete düzeylerinde artma olduğu anlamına gelmektedir. Müdahale sonrası ise istatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla birlikte son test ve izlem ölçümlerinde SBTÖ “iyimser” ve “kendine güvenli yaklaşım” alt ölçek puanlarında artış, KSE toplam ve alt boyut puanlarında düşüş saptanmıştır.

Mednick ve arkadaşları tarafından (2010) yapılan ve talasemili adölesan ve erişkin hastalarda depresif ve anksiyete belirtilerinin yaygınlığını belirlemeyi ve bu semptomların olası demografik, tıbbi ve psikososyal ilişkilerini saptamayı amaçlayan bir çalışmada, hastaların anksiyete ve depresyon belirtileri yaşadığı ve anksiyete ve depresyon belirtileri, kişinin uyum zorluğuna ilişkin beyanı ile pozitif, yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan farklı araştırmalarda ise depresyon, anksiyete ve olumsuz benlik algısı ile yaşam kalitesi ve olumlu başatme becerileri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Gören, 2019; Soğuksu, 2018). Bu bulgular da araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde araştırmanın amaç ve alt amaçları doğrultusunda ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlardan yola çıkarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

Sonuçlar

Bu araştırma, KKTC’de talasemi hastaları ile yürütülen ilk psiko eğitim programı olması açısından önemlidir. Majör talasemi hastalarına verilen psiko eğitim programından elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Psiko eğitim programının majör talasemili hastaların,

- Beden imajı algısında olumlu yönde değişim yarattığı ancak istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı,
- Stresle baş etmede iyimser ve kendine güvenli yaklaşım tarzlarında olumlu yönde değişim yarattığı ancak istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı,
- Depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite gibi psikiyatrik belirtilerde olumlu yönde değişim yarattığı ancak istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı,
- Umut düzeylerini artırmada istatistiksel açıdan anlamlı ve etkili olduğu,
- Stresle baş etmede sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarını artırmada istatistiksel açıdan anlamlı ve etkili olduğu,
- Stresle baş etmede boyun eğici yaklaşımlarını azaltmada istatistiksel açıdan anlamlı ve etkili olduğu,
- Anksiyete düzeylerinin azaltılmasında istatistiksel açıdan anlamlı ve etkili olduğu,
- Beden imajı ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu,
- Umut düzeyi ile stresle baş etmede “iyimser yaklaşım” ve “kendine güvenli yaklaşım” arasında pozitif yönde güçlü şiddette anlamlı bir ilişki olduğu
- Umutsuzluk düzeyi ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında,

- Psiko eğitim programının birçok olumlu etkisinin yanında, süresi nedeniyle planlanan etkiyi yaratamadığı beden imajı, stresle baş etmede iyimser ve kendine güvenli yaklaşım, psikiyatrik belirtilerde hostilite, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon değişkenleri için daha uzun süreli ve çok yönlü psiko eğitim programının uygulanması,
- Psiko eğitim programının majör talasemi hastalarında yaygın olarak uygulanması,
- Psikososyal açıdan iyileşmenin devamlılığını sağlayabilmek için, uygulanacak psikososyal müdahalelerin sık periyotlarla tekrarlanması önerilmektedir.

Kaynakça

- Ağaoğlu, L. (2010). Talasemide yaşam. *Türkiye Klinikleri Journal Hem Onc-Special Topics*, 3(1), 9-13.
- Alataş, G., Kurt E., & Alataş E. T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psiko eğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196-205.
- Alizioti, A., & Lyrakos, G. (2019). Measuring the effectiveness of psychoeducation on adherence, depression, anxiety and stress among patients with diagnosis of schizophrenia. *Curr Psychol*. <http://doi.org/10.1007/s12144-019-00255-4>
- Anwar, K., & Waqar, S. (2018). Psychopathological tendencies and quality of life among patients with thalassemia major. *Rawal Medical Journal*, 43(1), 32-38.
- Atasoy, A. (2011). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin nüfus coğrafyası. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 29-62.
- Aydemir, T., & Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.
- Aydınok Y, Erermis Bukuşoğlu N, Yılmaz D ve ark. (2005) Psychosocial implications of thalassemia major. *Pediatrics International* 47(1): 84-89.
- Aydınok, Y., Oymak, Y., Atabay, B., Aydoğan, G., Yeşilipek, Y., Ünal, S. (2018). A national registry of thalassemia in Turkey: Demographic and disease characteristics of patients, achievements, and challenges in prevention. *Turk J Haematol*, 35(1), 12–18. <http://doi.org/10.4274/tjh.2017.0039>
- Aydın, B., Yaprak, I., ve Akarsu, D. (1997). Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. *Acta Pediatr J*. 39(3), 354-357. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.1997.tb03752.x>
- Aydoğmuş, N. (2012). *Beta talasemi majörlü hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. [Uzmanlık tezi]. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Ay Kaatsız, M. A., & Öz, F. (2020). The effectiveness of psychoeducation given to mothers of children with cancer. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 129-140. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.85570>
- Bani Ahmad, T., & Meriç, M. (2021). The effect of an online psychoeducational stress management program on international students' ability to cope and

adapt. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1673–1684.

<https://doi.org/10.1111/ppc.12735>

Batıgün Durak., A., Şahin Hisli, N., & Demirel, E. (2011). Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 245-54.

Bayramova, N. ve Karadakovan, A. (2004). Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 39-47.

Behdani, F., Badiee, Z., Hebrani, P., Moharreri, F., & Rostami, Z. (2015). Psychological aspects in children and adolescents with major thalassemia: a case-control study. *Iranian Journal of Pediatrics*, 25(3), 322-328.

[http://doi.org/10.5812/ijp.25\(3\)2015.322](http://doi.org/10.5812/ijp.25(3)2015.322)

Borgna Pignatti, C. (2010). The life of patients with thalassemia major.

Hematologica 95(3), 345-348. <http://doi.org/10.3324/haematol.2009.017228>

Bozkurt G (2007) Results from the North Cyprus thalassemia prevention program.

Hemoglobin 31(2), 257-264. <https://doi.org/10.1080/03630260701297204>

Bozkurt, G., & Baysal, E. (2019). *Thalassemia syndromes: Thalassemia prevention program in Cyprus and its results*. Ateş Press.

Cappellini M.D., Potter, J. B., Viprakasit, V., & Taher, A. (2018). A paradigm shift on beta-thalassaemia treatment: How will we manage this old disease with new therapies?. *Blood Reviews*, 32(4), 300-311.

<https://doi.org/10.1016/j.blre.2018.02.001>

Canatan, D. (2014). Talasemi ve hemoglobinopatilerin Dünyada ve Türkiye’de durumu. *Turkey Journal of Clinical Hematology, Oncology Special Topics*, 3(1), 1-4. <https://doi.org/10.3109/03630269.2014.938163>

Canatan, D. ve Aydınok, Y. (Ed.). (2007). *Talasemi ve hemoglobinopatiler tanı ve tedavi kitabı*, Talasemi Federasyonu.

Canatan, D., Ratip, S., Kaptan, S., & Cosan, R. (2003). Psychosocial burden of beta-thalassaemia major in Antalya, south Turkey. *Soc Sci Med*, 56(4), 815-819.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00080-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00080-1)

Capellini, N., Cohen, A., & Eleftheriou A. (2000). *Guidelines for the clinical management of thalassaemia*. Thalassaemia International Federation.

- Canatan, D., Köse, M. R., & Üstündağ, M. (2006). Hemoglobinopathy control program in Turkey. *Community Genetics*, 9(2), 124-126.
<https://doi.org/10.1159/000091493>
- Canpolat, B. I., Örsel, S. ve Akdemir, A. (2003) Ergenlerin kendilik algısında beden imajının ve beden kitle indeksinin rolü. *3P Dergisi*, 11(2), 143-154.
- Cevher, F. N. ve Buluş, M. (2007). Benlik kavramı ve benlik Saygısı: Önemi ve geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*, 2, 52-64.
- Ceylan, S., Çetinkaya, B. ve Karabudak S. (2018) Beta talasemili çocuklarda ve adölesanlarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 8(1), 15-22.
<https://doi.org/10.5222/buchd.2018.015>
- Çelebi, B. (2009). *Beta talasemi major hastalarında psikiyatrik komorbidite sıklığı ve psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisi*. [Uzmanlık tezi]. Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Dhawan, M., N T, S., & Kakkar, S. (2021). Body image issues and self-concept dilemmas in adolescents living with thalassemia. *Psychology, Health & Medicine*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1903050>
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Durak, A., & Palabıyıköğlü, R. (2006). Validity study of Beck Hopelessness Scale. *Journal of Crisis*, 2(2), 311-319.
- Durgun Ozan, Y., Duman, M., & Baksi, A. (2020). The effects of clinical education program based on Watson's theory of human caring on coping and anxiety levels of nursing students: A randomized control trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 621-628. <https://doi.org/10.1111/ppc.12477>
- Eleftheriou, A. (2003). *About Thalassaemia*. Thalassaemia International Federation.
- Elzaree, F., Shehata, M., Abushady, M. M., & Helal, S. (2018). Adaptive functioning and psychosocial problems in children with beta thalassemia majör. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(12), 2337-2341.
<https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.367>

- Erkal, H. ve Pek, H. (1993). Beden imajında değişimler ve hemşirenin rolü. *Hemşirelik Bülteni*, 7(30), 61-71.
- Galanello, R., & Origa, R. (2010). Beta-thalassemia. *Orphanet J Rare Dis.* 5, 11. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-5-11>
- Gorman, L., ve Sultan, D. (2014). Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı için. (F Öz, M Demiralp, Çev.). Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Günçağ, D., Pekçelen, Y., ve Atamer, T. (2003) *Talasemi: Klinik Hematoloji*. İstanbul Nobel Matbaacılık.
- Grift, T. C., Cohen-Kettenis, T., Vries, A. C., & Kreukels, B. P. C. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334-343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
- He, L. N., Chen, W., Yang, Y., Xie, Y. J., & Sun, X. F. (2019). Elevated prevalence of abnormal glucose metabolism and other endocrine disorders in patients with β -thalassemia major: A meta-analysis. *BioMed Research International*, 6573497. <https://doi.org/10.1155/2019/6573497>
- Hovardaoğlu, S. (1992). Body image scale. *Journal of Psychiatry, Psychology, Psychopharmacology*, 1(1), 26-27.
- Ishfaq, K., Diah, N. M., Ali, J., Fayyaz, B., & Batool, I. (2018). Psychosocial problems faced by thalassemia major patients of district multan. *Pakistan Pediatric Journal*, 42(1), 22-26. <https://www.pakmedinet.com/32320>
- Jain, M., Bagul, A. S., & Porwal, A. (2013). Psychosocial problems in thalassemic adolescents and young adults. *Chronicles of Young Scientist*, 1, 21-23. <https://doi.org/10.4103/2229-5186.108800>
- Kocakuşak, A. S. (2019). Distribution of gender according to the age groups in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Journal of Cyprus Studies*, 20(44), 67-82.
- Kountouris, P., Kousiappa, I., Papasavva, T., & Pavlou, E. (2016). The molecular spectrum and distribution of haemoglobinopathies in Cyprus: a 20-year retrospective study. *Scientific Reports*, 6, 263-271. <https://doi.org/10.1038/s.263-71>

- Kuosmanen, K., Rovio S., Kivipelto M., & Kulmala J. (2016). Determinants of self-rated health and self-rated physical fitness in middle and old age. *Semmelweis University Institute of Mental Health*, (11), 128–143.
<https://doi.org/10.5708/EJMH.11.2016.1-2>
- Kuru, Ö. S. (2002). *Anne-baba tutumları ile 8. sınıf öğrencilerin benlik saygıları ve alınganlıkları arasındaki ilişki*. [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Kurt, E., Özdilli, K. & Yorulmaz, H. (2013). Romatoid artritli hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 202-208.
<https://doi.org/10.4274/npa.y6195>
- Kutlu, M., Çekmiş, H. ve Başak, M. (2006). Talasemiler. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2, 33-40.
- Küçük, N. (2007). *Talasemi majörlü adölesanlarda beden imajının benlik saygısına etkisi*. [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Lanskowsky, P., Lipton, J. M., & Fish, J. D. (2016). *Lanzkowsky's manual of pediatric hematology and oncology*. Academic Press.
- Lukens, E.P., & Mcfarlane, WR (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225.
- Maden, A., Hortu, H., Üzüm, Ö., Eliaçık, K., & Helvacı, M. (2018). Evaluation of anxiety and depression levels of adolescents with thalassemia trait. *Izmir Kâtip Çelebi University Faculty of Health Sciences Journal*, 5(3), 277-280.
- Maheri, A., Sadeghi, R., Tol, A., & Rohban, A. (2018). Depression, anxiety, and perceived social support among adults with beta-thalassemia major: cross-sectional study. *Korean Journal of Family Medicine*, 39(2), 101-107.
<https://doi.org/10.4082/kjfm.2018.39.2.101>
- Makaremnia, S., Dehghan Manshadi, M. & Khademian, Z. (2021). Effects of a positive thinking program on hope and sleep quality in Iranian patients with thalassemia: a randomized clinical trial. *BMC Psychol*, 9(43).
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00547-0>
- Mednick, L., Yu, S., & Thalassemia Clinical Research Network (2010). Symptoms of depression and anxiety in patients with thalassemia: prevalence and

- correlates in the thalassemia longitudinal cohort. *American Journal of Hematology*, 85(10), 802–805. <https://doi.org/10.1002/ajh.21826>
- Mubin, M. F. & Livana, P. H. (2020). Reduction of family stress level through therapy of psychoeducation of skizofrenia paranoid family. *Enfermeria Clinica*, 30(3), 155-159. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.048>
- Mughairbi, F. A., Abdulaziz Alnajjar, A., & Hamid, A. (2020). Effects of psychoeducation and stress coping techniques on posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychological Reports*, 123(3), 710–724. <https://doi.org/10.1177/0033294118825101>
- Morselli, D. (2017). Contextual determinants of hopelessness: Investigating socioeconomic factors and emotional climates. *Social Indicators Research*, 133(1), 373-393. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1346-x>
- Origa, R. (2017). β -Thalassemia. *Genetics in Medicine*, 19, 609-619. <https://doi.org/10.1038/gim.2016.173>
- Ovayolu, N. (2017). *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Öz, F. (2015). Psychosocial nursing in cancer. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing - Special Topics*, 1(2), 46-52.
- Öz, H. S., & Öz, F. (2020). A psychoeducation program for stress management and psychosocial problems in multiple sclerosis. *Nigerian Journal Clinical Practice*, 23, 1598-1606. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_462_19
- Öz, F. (2004). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Ankara İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.
- Öz, F. (2015). Kanserde psikososyal hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 1(2), 46-52.
- Özbolat, G., & Tuli, A. (2019). Demir fazlalığı için şelasyon tedavisi ve şelasyon ligandları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1), 66-81. <https://doi.org/10.17827/aktd.404814>
- Patel, P., Beamish, P., Kaushalya, D., Williams, S., & Ravindran, A. V. (2019). Examining depression and quality of life in patients with thalassemia in Sri Lanka. *Int J Non-Commun Dis*, 4(1), 27-33. https://doi.org/10.4103/jncd.jncd_49_18

- Pattanashetti, M., Mugali, J., Pattanashetty, N., & Patil, S. (2017). A study of severity of depression in thalassemia patients, *The International Journal of Indian Psychology*, 4(2), 30. <https://doi.org/10.25215/0402.005>
- Punriddum, J., Sanasuttipun, W., & Sangperm, P. (2018). Factors related to body image of adolescents with thalassemia. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 57-72. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/145510>
- Pennell, D. J., Udelson, J. E., Arai, A. E., & Wood, J. (2013). Cardiovascular function and treatment in β -thalassemia major: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(3), 281–308. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829b2be6>
- Rikos, N., Giannadaki, G. K., Spontidaki, A., & Linardakis, M (2020). Health status, anxiety, depression, and quality of life of patients with thalassemia. *Journal of Public Health*, 13: 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01241-y>
- Rodrigues, F., Bártolo, A., Pacheco, E., Pereira, A., & Silva C. F. (2018). Psychoeducation for anxiety disorders in adults: a systematic review of its effectiveness. *Journal Foren Psy*, 3, 142. <https://doi.org/10.4172/2475-319X.1000142>
- Ratip, S. (2002). Thalassemeide psikososyal sorunlar. 2.nd Internationa Summerschool on Thalassemia.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., & Bauml, J. (2006). Psychoeducation in schizophrenia: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765-777.
- Sadullah, R. K., Atroshi S. D., & Al-Allawi, N. A. (2020). Complications and challenges in the management of Iraq patients with β -thalassemia major: A single-center experience. *Oman Medical Journal*, 35(4), 152. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.72>
- Seyedifar, M., Dorkoosh, F. A., Hamidieh, A.A., & Akbari Sari, A. (2016). Health-related quality of life and health utility values in beta thalassemia major patients receiving different types of iron chelators in Iran. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res*, 10(4), 224-231.
- Shafie, A. A., Chhabra, I., Mohammed, N., & Wong, J. (2020). Health-related quality of life among children with transfusion-dependent thalassemia: A

- cross-sectional study in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes*, 18, 141.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01381-5>
- Sarkhel, S., Singh, O. P., Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian Journal Psychiatry*, 62(2), 319-323.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
- Sharma, R., Seth, A., Chandra, J., & Pemde, H. (2016). Endocrinopathies in adolescents with thalassaemia major receiving oral iron chelation therapy. *Pediatrics and International Child Health*, 36(1), 22-27.
<https://doi.org/10.1179/2046905514Y.0000000160>
- Srivastava, P., & Panday, R. (2017). Psychoeducation an effective tool as treatment modality in mental health, *The International Journal of Indian Psychology*, 4(1), 123-130. <https://doi.org/18.01.153/20160401>
- Shirzadfar, H., & Mokhtari, N. (2018). Critical review on thalassemia: types, symptoms and treatment. *Advancements Bioequiv Bioavail*, 1(2), 15-18.
<https://doi.org/0.31031/ABB.2018.01.000507>
- Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 51(3), 171-172.
- Sözüöz A, Berkalp A., & Figus, A. (2002). B-thalassaemia mutations in Turkish Cypriots, *Journal of Medical Genetics*, 25, 766-68.
- Sürme, Y. (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(64), 525.
<http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2019>
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1995). A Brief coping styles inventory for university students, *Turkish Journal of Psychology*, 10(34), 56-73.
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1994). Brief Symptom Inventory-BSI: Adaptation for Turkish youth. *Turkish Journal of Psychology*, 9(31), 44-56.
- WHO. (2006). Thalassaemia and other haemoglobinopathies: report by the secretariat. *World Health Organization*. <https://apps.who.int>
- Taher, A. T., Weatherall, D. J., & Capellini, M. D. (2018). Thalassaemia. *Lancet*, 391(10116), 155-167. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31822-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31822-6)
- Taheri, P., Nooryan, K., Karimi, Z., & Zoladl, M. (2020). Effect of individual psychotherapy with a focus on self-efficacy on quality of life in patients with

- thalassemia major: A clinical trial. *J Clinic Care Skill*, 1(2), 49-54.
<http://jccs.yums.ac.ir/article-1-58-en.html>
- Tatu, M., & Demir, S. (2021). Effect of group psychoeducation on treatment adherence, quality of life and well-being of patients diagnosed with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(3), 256-266.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793244>
- Telfer, P., Constantinidou, G., Andreou, P., & Angastiniotis, M. (2005). Quality of life in thalassemia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1054: 273–282. <https://doi.org/10.1196/annals.1345.035>
- Tercanlı N, Demir V (2012) Beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi (Gümüşhane ili örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 29-40.
- Törüner, E. ve Büyükgönenç, L. (2012). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları*. (1.Baskı). Ankara Göktuğ Yayıncılık.
- Uysal, D., & Çalışır, H. (2020). Factors affecting levels of hopefulness in adolescents with thalassemia major. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(1), 78-100.
- Üstün, B. (2016). Psychoeducation. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 2(3), 100-106.
- Üstündağ, H., Demir, N. & Gül, A. (2007). Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 522-527.
- Uz, B., Ongun, M., Eliaçık, E. ve Özcebe, O. (2013). Beta talasemi majör hastalarında yaşam kalitesinin KF-36 ölçeği ile değerlendirilmesi: Tek merkez çalışması. *Yeni Tıp Dergisi*, 30(2), 70-4.
- Vosper, J., Evangeli, M., Porter, J., & Shah, F. (2018). Psychological factors associated with episodic chelation adherence in Thalassemia. *Hemoglobin*, 42(1), 30-36. <https://doi.org/10.1080/03630269.2018.1433686>
- Yıldız, D., Suluhan, D., Fidancı, B., Kızıler, E., & Boyraz, G. (2016). Determining the relationship between self-esteem, body image, and anxiety levels of children with Thalassemia, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), 209.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.336>

- Yazman, D. (2010). Erişkin talasemili hastanın sorunları. *Türkiye Klinikleri J Hem Onc- Special Topics*, 3(1), 119-22.
- Yaprak, I. (2004). Beta talasemi tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Sted*, 13(2), 58-59.
- Yalyalı, M. (2002). *Thalassemia kontrol programı*. KKTC Thalassemia Derneği Yayını.
- Yeşilipek, A. (2010). *Hemolitik anemiler, Hematoloji. Temel Pediatri*, E Hasanoğlu, R Düşünsel, A Bideci (Ed), Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.
- Yeşilipek, A. (2014). Hematopoetic stem cell transplantation in patients with beta thalassemia major, *Archive and Survey Journal*, 23(1), 49-59.
- Yörükoğlu, A. (2004). *Gençlik çağı ruh sağlığı ve ruhsal sorunlar*. (12. Basım). Ankara Özgür Yayınları.
- Zolaly, M. A., Zolaly, F. M., & Albadrani, M. (2020). Depression, anxiety, and stress symptoms in patients with beta thalassemia major in Almadinah Almunawwarah, Saudi Arabia. *Journal of Cureus*, 12(11), e11367. <https://doi.org/10.7759/cureus.11367>

Ekler

Ek 1.

Kontrol Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcılar,

“Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi” adlı bir araştırma yapmaktayız. Siz bu araştırmanın kontrol grubunda yer alacaksınız.

Sizin bu araştırmaya katılmanız ve verdiğiniz yanıtlar bizim için önemli ve değerlidir. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formun altında “Araştırmaya katılmak istiyorum” kutucuğuna (X) şeklinde işaretleyiniz.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, siz majör talasemi hastalarına uygulanan psikoeğitimin beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Hazel şahin Tarım tarafından yanıtlamanız için sizlere anketler verilecektir. Sizlere herhangi bir müdahale yapılmayacaktır. Ancak müdahale grubuna uygulanan psikoeğitim sonrasında sizlere anketler tekrar doldurmanız için verilecektir. 1 ay sonra ise tekrar anketleri doldurmanız istenecektir. Doldurmanız gereken anketlerde tanıtıcı bilgi formu, beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtileri değerlendiren sorular bulunmaktadır. Sizin verilerinizle ile müdahale grubunun verileri karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.

Uzm. Hem. Hazel ŞAHİN TARIM

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğr.

e-posta: hazelsahintarim@gmail.com

Tel: 0533 848 70 16

Katılımcının Beyanı:

Sayın Hazel Şahin Tarım tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tedavi sürecimi etkilemeyeceğini de biliyorum.

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

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmaya katılmak istiyorum. ()

Katılımcı Adı/Soyadı:

Adres:

Telefon Numarası:

İmza:

Ek 2.

Müdahale Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcılar,

“Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi” adlı bir araştırma yapmaktayız. Siz bu araştırmanın müdahale grubunda yer alacaksınız.

Sizin bu araştırmaya katılmanız ve verdiğiniz yanıtlar bizim için önemli ve değerlidir. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formun altında “Araştırmaya katılmak istiyorum” kutucuğuna (X) şeklinde işaretleyiniz.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, siz majör talasemi hastalarına uygulanan psikoeğitimin beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Hazel Şahin Tarım tarafından yanıtlamanız için sizlere anketler verilecektir. Sizlere 10 oturumdan oluşan psikoeğitim uygulaması yapılacaktır. Psikoeğitim sonrasında sizlere anketler tekrar doldurmanız için verilecektir. Son oturumdan 1 ay sonra ise tekrar anketleri doldurmanız istenecektir. Doldurmanız gereken anketlerde tanıtıcı bilgi formu, beden imajı, umut, stresle başetme ve psikiyatrik belirtileri değerlendiren sorular bulunmaktadır. Sizin verilerinizle kontrol grubunun verileri karşılaştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.

Uzm. Hem. Hazel ŞAHİN TARIM

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğr.

e-posta: hazelsahintarim@gmail.com

Tel: 0533 848 70 16

Katılımcının Beyanı:

Sayın Hazel Şahin Tarım tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

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

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tedavi sürecimi etkilemeyeceğini de biliyorum.

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

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmaya katılmak istiyorum. ()

Katılımcı Adı/Soyadı:

Adres:

Telefon Numarası:

İmza:

Ek 3.

Hasta Tanıtım Formu**A. Sosyo-demografik Özellikler****1-Cinsiyetiniz nedir?**

- a) Kadın b)Erkek

2-Kaç yaşındasınız?

.....

3- Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekar

4- Çocuğunuz var mı?

- a) Evet (Varsa kaç tane?) b) Hayır

5- Öğrenim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Lise d) Yükseköğrenim

6- İş-Meslek durumunuz nedir?

- a) Öğrenci b) Memur c) Özel sektör çalışanı d) Emekli
e) Ev hanımı f) İşsiz

7-Sağlık güvenceniz var mı?

- a) Evet b) Hayır

8- Çalışma durumunuz nedir?

- a) Tam gün çalışıyor b) Yarım gün çalışıyor c) Hiç çalışmıyor

9- Gelir gider durumunuz nedir?

- a) Gelir-gideri karşılıyor b) Gelir-gideri karşılamıyor c) Gelir-giderden fazla

10- Birlikte yaşadığınız bireyleri belirtiniz.

- a) Yalnız b) Eş c) Eş ve çocuk d) Anne-baba e) Diğer

11- Yerleşim yeriniz nedir?

- a) Köy b) İlçe

B. Hastalığa İlişkin Bilgiler

12-Talasemiye ek olarak gelişen başka bir hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

13-İsimleri nelerdir?

.....

14- Talasemi süresi nedir? (Kaç yıldır Talasemi hastalığınız var?)

.....

15-Hastalıkla ilgili sürekli kullanmanız gereken ilaçlar var mı?

- a) Evet b) Hayır

16- Evet ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

İlacın adı	Kullanım şekli	İlacın dozu

17- Kullandığınız ilaçların yan etkileri nelerdir?

.....

18- İlaçlar günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?

.....

19-Hastaneye kan almak için ne sıklıkta geliyorsunuz?

- a) Ayda 2defa
b) Ayda 1defa
c) İki ayda 1 defa
d) Diğer.....

20- Tedavi planınız nedir?

.....

21- Bu planı siz mi yapıyorsunuz? Hastane işbirliği ile mi yapılıyor?

.....

22- Hastane işbirliğinizde her hangi bir sorun yaşıyor musunuz?

.....

23- Tedavi planınızın nasıl olmasını istersiniz?

.....

24- Kan bankasından kan bulma problem yaşıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

25- Kan alırken bugüne kadar herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?

a) Evet b)Hayır

26- Hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a) Evet b)Hayır

27- Talasemi hakkında eğitime ihtiyacınız var mı?

a) Evet b) Hayır

28- Evet ise hangi konularda eğitim almak istersiniz?

.....

29- Tedavi süreciniz ile ilgili sevdiğiniz ve sevmediğiniz durumlar nelerdir?

Sevdiğiniz durumlar

Sevmediğiniz durumlar

30- Hastalık nedeniyle herhangi bir problem yaşadınız mı?

a) Evet b)Hayır

31- Evet ise nedir açıklayınız.

.....

32- Hastalık yaşamınızı etkiliyor mu?

a) Evet b)Hayır

33- Etkiliyor ise nasıl olduğunu açıklayınız.

.....

Ek 4.

Beden İmajı Ölçeği

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

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
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 sistemim					
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 şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					

Ek 5.

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu işaretleyiniz.

	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15. Geleceğe büyük inancım var		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

Ek 6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışları size uygunluk derecesine göre işaretleyiniz.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...		Çok uygun	Biraz uygun	Uygun değil	Hiç uygun değil
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11	Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				

15	Problemin çözümü için adak adarım				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım				
20	Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadeleden vazgeçerim				
22	Sorunun benden kaynaklandığını Düşünürüm				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24	Olanlar karşısında kaderim buymuş derim				
25	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye Düşünürüm				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim				
27	Benim suçum ne diye düşünürüm				
28	Hep benim yüzümden oldu diye Düşünürüm				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

Ek 7.

Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

	Bu belirtiler son bir haftadır : ne kadar var?				
	Hiç				Çok fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4

22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışma	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

Ek 8.**Psikoeğitim Oturumları****1. Oturum:**

Konu: Grup üyelerinin tanışması, grup bilincinin oluşumu ve psikoeğitim programının işleyiş planının açıklanması

Amaç:

- Grup üyelerinin tanışması ve etkileşimini sağlama,
- Grup kurallarını belirleme,
- Grup sürecinin ayrıntıları konusunda bilgilendirme,
- Grup üyelerinin beklentilerini gözden geçirme.
- Psikoeğitim programının amacını ve işleyiş planını açıklama.

Hedef Davranışlar:

- Grup üyeleri birbirlerini tanıyacak ve etkileşim sağlanacak,
- Grup kurallarını bilecek ve grup bilinci oluşacak,
- Eğitim süreci ile ilgili beklentilerini ifade edecek.
- Psikoeğitim oturumlarının amaçları ve içeriği konusunda bilgi sahibi olacak,

Süre: 90 dakika

Öğretim Yöntemleri: Anlatım, soru-cevap, tartışma.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kalem

Uygulana Teknik ve Egzersiz: Cümle tamamlama

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Grup yöneticisi kendisini tanıtır.
2. Grup üyeleri daire şeklinde oturtulur.

3. Grup üyelerinden, kendilerini isimlerini söyleyerek ve kendileri için en önemli buldukları bir özelliklerini, **“Ben, en önemli özelliğim”** cümlesiyle açıklamaları istenir. Bu etkinliğin temel amacı; hem grubun birbirini tanınması, hem de kendi özelliklerini tanımayla ilgili farkındalık sağlamaktır.
4. Daha sonra grup üyelerinden **“Şu an buradayım, çünkü”** cümlesini tamamlamaları istenir.
5. Grubun etkin bir şekilde yürütülebilmesi için oturumlarda dikkat edilmesi gereken kurallar, sorumluluklar grup üyeleri ile birlikte belirlenir ve yazılı hale getirilir. Daha sonra bu kurallar diğer oturumlarda herkesin görebileceği bir yere asılır.
6. Üyelerin grup müdahalesinden beklentilerini paylaşmaları istenir.
7. Psiko eğitim programının amacını ve içeriği hakkında grup üyelerine bilgi verilir. Psiko eğitim oturum konularının yazılı olduğu broşür hastalara verilir.
8. Üyelere tüm oturumlar için oturum numarası, konusu ve toplantı tarihlerini yazabileceği “Psiko eğitim Oturum Planı” kartları verilir. Hastalara bu takvimsel kartı ne şekilde kullanacakları açıklanır. Bunun amacı hastaların oryantasyonunu ve konuya hazır oluşunu sağlamak, olabilecek unutmalara karşı hatırlatıcı bir araç olarak kullanmaktır. Ayrıca, bu planda her oturum numarasının içine hastaların oturum sonunda oluşturacakları **“Bugünden bana kalan”** başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve somut olarak kendilerinin de görmelerini sağlamak için **“Bugünden bana kalan,”** şeklinde bir bölüm oluşturulmuştur.
9. Oturum özetlenir.
10. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.
11. Her bir üye, o oturumla ilişkili ve kendisi için anlamlı olan **“Bugünden bana kalan,”** cümlesini ilgili alana yazar ve grupla paylaşır.
12. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

2. Oturum:

Konu: Hastalığın algılanması ve yaşanma biçimi

Amaç:

- Grup üyelerinin hastalığını nasıl aldıklarının ve yaşadıklarının anlaşılması, farkına varmalarını sağlama.

Hedef Davranışlar:

- Talaseminin kendisi için anlamını ifade edecek,
- Talasemili olmanın kendi yaşamını nasıl değiştirdiği ve yaşadığını anlayacak,
- Hastalığına nasıl bir tepki verdiğini açıklayacak,
- Hastalığı yaşama biçimiyle ilgili en az bir deneyimini paylaşacak.

Süre: 90 dakika

Yöntem: Anlatım, soru – cevap, tartışma.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kalem

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Grup üyelerine bir önceki oturumdan bu yana neler yaşandı, paylaşmak istedikleri var mı? sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
2. Bir önceki psikoeğitim oturumu hatırlatılır ve bu oturum gündemi açıklanır.
3. Gündem konusu doğrultusunda aşağıdaki görüşmeyi başlatan ve sürdüren sorular sorularak devam edilir.
 - Hastalığınızı ilk nasıl öğrendiniz?
 - Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde o an ne düşündünüz ve ne hissettiniz?
 - Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde neler yaşadınız, o an neler yaptınız?
 - Talasemi kavramı ve talasemi hastası olmak sizin için ne ifade ediyor?
 - Bu hastalık ile yaşamak sizin için nasıl bir deneyim?

4. Hastaların hastalığı yaşama biçimleriyle ilgili deneyimlerini paylaşımları istenir. Bu paylaşımı kolaylaştırmak için “Hasta olduğunuzu öğrendiğinizden bu yana neler yaşıyorsunuz? Bizimle paylaşır mısınız?” sorusu sorulur.

Daha sonra “Bundan sonra yaşamınızda ne tür değişimler olacağını düşünüyorsunuz?” diye sorulur.

5. Oturum kısaca özetlenir.

6. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.

7. Ayağa kalkarak derin nefes alıp, vererek gevşemeleri istenir.

8. **“Bugünden bana kalan,**” başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve grupta paylaşımları söylenir.

9. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

3. Oturum:

Konu: Hastalığın bireyi etkileme biçimi ve oluşturduğu etkiler

Amaç:

- Talaseminin ve talasemi tedavisinin kendisinde ve yaşamında yarattığı değişimlerin etkisinin anlaşılması ve değişime açık olmayı sağlama.

Hedef Davranışlar:

Birey, talaseminin ve talasemi tedavisinin kendisinde yarattığı;

- Fiziksel etkileri ifade edecek,

- Psikososyal etkileri ifade edecek,

- İş yaşamı ve ekonomik etkileri ifade edecek.

- Talaseminin ve talasemi tedavisinin şimdiki ve gelecekteki yaşamına etkisini belirtecek.

Süre: 120 dakika

Öğrenme Yöntemleri: Anlatım, soru – cevap, beyin fırtınası, tartışma.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kalem

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Psikoeğitimde bir önceki oturumda paylaştıkları hastalığı yaşama biçimleriyle ilgili deneyimleri özetlenir. Oturumdan bu yana neler yaşandı, paylaşmak istedikleri var mı? sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.

2. Bugünkü oturum gündemi hatırlatılır.

3. Daha sonra kendi farkındalıklarını artırmak için bir ısınma oyunu oynanır.

Oyun: “Herhangi bir nesne olmak isteseydiniz ne olmak isterdiniz? Niçin?” sorusu sorulur.

4. Talasemi ve talasemi tedavisinin hastanın üzerinde yarattığı etkileri anlayabilmek amacıyla deneyimlerini paylaşımlarına olanak sağlamak için aşağıdaki görüşmeyi başlatan ve sürdüren sorular sorulur ve kısaca yanıtlar alınır.

- Sahip olduğunuz talasemi hastalığı hakkındaki bilgilerinizi paylaşır mısınız?
- Bu bilgileri hangi kaynaklardan edindiniz?
- Talaseminin tedavi biçimleriyle ilgili bilgileriniz nelerdir?
- Bu tedaviye nasıl karar verdiniz. Bizimle paylaşır mısınız?
- Hastalığınız ve tedaviniz sizi nasıl etkiledi?
 - Fiziksel olarak nasıl etkiledi?
 - Duygusal olarak nasıl etkiledi?
 - Sosyal olarak nasıl etkiledi?
 - Ekonomik olarak nasıl etkiledi?

5. Değişme cesaretini gösterme ve engelleri aşmayla ilgili, mücadeleci bir ruhun başarısı üzerine bir öykü olan “Ping: Yeni Bir Göl Arayan Kurbağa” hikayesi anlatılır.

Ping: Yeni Bir Göl Arayan Kurbağa

Ping suyu giderek azalan bir gölde kurnalarla, kurbağalarla yaşamaktaydı. Gün geçtikçe sular azalıyor artık çamurun içinde yatıp kalkıyordu. En büyük zevki ise sıçramak, en uzağa sıçramaktı. Bu çok hoşuna gidiyordu. Ancak giderek göl artık yaşanmaz bir hale geliyordu. Diğer kaplumbağalar, kurnalar bu durumdan rahatsız değildi oysaki Ping hiç hoşnut değildi. Zıplayabilmek için suya ihtiyacı vardı. Artık başka yerlere gitmesi gerekiyordu ve bir gün karar alıp yola koyuldu. Ormanın içinde zıplayarak gidiyordu. Ancak yol ilerledikçe sorunlar da artıyordu. Ormanda önünü göremiyor hangi tarafa gideceğini bilemiyordu. Eğer bunu bilseydi yerinden kesinlikle kıpırdamazdı ama yapacak bir şeyi yoktu bu saatten sonra. Artık oldukça yorulmuş pes edecekti ki etrafından “huuuuu ne yapıyorsun?” diye sesler duymaya başladı. Kendi kendine “artık deliriyorum herhalde” derken sesin gerçek olduğunu ve önündeki ağacın tepesinden kendine bakan yaşlı bir baykuşun seslenmiş olduğunu anladı. Ona güzel bir bahçe bulmaya çıktığını, ama bu yüksek ağaçların kendisine engel olduğunu, yolu bulamadığını söyledi. Baykuş da ona “seni alıkoyan o ağaçlar çıkardı beni buraya aynı ağaçlar değil mi bunlar?” diye sordu. Ping baykuşa tepeden bakarak kendisine yolu göstermesini rica etti ancak baykuş “yol senin kendi içindedir” diyerek söylemedi. “Görmek istiyorsan buraya gelmen gerekiyor” dedi. Ping zıplayarak oraya çıkabilirdi ama çok çalışması gerekiyordu ve bunun için çalışmaya, zıplamaya başladı. Zıpladıkça daha yukarıya, daha yukarıya çıkmaya başladı ve sonunda baykuşun yanına çıktı. Yolun çok uzak olduğunu anladı. Baykuş ona Çinlilerin ünlü Bahçelerin bahçesinden söz etti. Ancak oraya gidebilmek için çok yol katetmesi ve Savuran nehrini geçmesi gerekiyordu. Baykuşla birlikte yola çıktılar, Bing yolda giderken sorular sorup duruyordu; baykuş ise ona konuşmadan bir süre gitmesini söyledi. Ping giderek sabırsızlanıyordu baykuş ona ayaklarının üzerinde yürümesini söyledi. Ping bunun için uğraştı ama yapamadı. Baykuş bunu öğrenmesi gerektiğini söylüyordu. Ping arka ayaklarının güçlenmesi için tomruk kaldırıyor, kaslarını çalıştırıyordu. Ping defalarca denedi, düştü dizleri parçalandı, canı çok yandı ama baykuş vazgeçmemesi gerektiğini söylüyordu. Ve bir gün Ping ayaklarının üzerinde bir adım atabildi. Başarmıştı ve denedikçe arka ayaklarının üzerinde yürümeyi öğrendi.

Savuran Nehrine geldiler. Artık çok heyecanlıydı, nehri zıplayarak geçecek ve bahçelerin bahçesine ulaşacaktı. Baykuş ona gülümsedi “yapacaksın ama dediklerimi unutma” diyerek havalandı ve nehrin tam ortasındaki bir dala kondu izlemek için. Ping’e baktı ve “evet” dedi. Ping omuzlarını gevşetti, konsantre oldu arka ayaklarının üzerinde tüm gücüyle sıçrayarak nehrin üzerinde havalandı. Tam bu sırada onu izleyen baykuş bir kartalın pençeleri arasında parçalanırken tüyleri Ping’in üzerinde uçtu. Bunu gören Ping’in konsantrasyonu bozuldu, oldukça üzgündü ve nehrin suları arasına karıştı. Tüm nehir üzerinden geçiyordu ve kaybolup gidecekti, bacaklarıyla yüzmeye çalıştı, artık giderek yorulmuştu, dalgalara karşı koyamıyordu ve düşünemiyordu. Tam o sırada baykuşun söyledikleri aklına geldi ve başardı. “Kendin gibi ol su gibi ol! Akışkan ve esnektir, kıvrılır akar gider su yönü özgürce değişir. Hedeflenen hayatı yaşamak için akıp giden bir hayatın içinde ayakta durabilmeyi öğrenmek gerekir, mutluluk bir hedef değildir, bir süreçtir. Mutluluk olağanüstü ve dolambaçlı bir yoldur. Zaman nehir gibidir. Mutluluğu yaşamak için ne kadar zaman beklemek gerekir belli değildir, buna da gerek yoktur zaten... Mutluluk gerçeğin özüdür, içimizdedir...”

Sonuç: Nereye gittiğimizi bilmezsek bütün yollar aynı yere çıkar. Ne yapmak istediğimizi ve nereye varmak istediğimizi, nasıl bunu başarabileceğimizi bulmaya çalışmak zaten işin yarısını çözümlenektir.

6. Oturum özetlenir.

7. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.

8. “*Bugünden bana kalan,*” cümlesini kendi düşündükleriyle doldurmaları ve grupta paylaşımları söylenir.

9. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

4. Oturum:

Konu: Yaşanan psikososyal sorunlar: Hastalığın beden algısına etkisi

Amaç:

- Hastalığın beden algısına etkisini belirleme,
- Olumlu beden algısını güçlendirme, olumsuz yöndeki algıyı değiştirme.

Hedef Davranışlar:

- Beden algısına yönelik olumlu ifadeler kullanacak (Örneğin, “Bu benim bedenim ve bedenimi olduğu gibi kabul ediyorum”)
- Negatif yöndeki beden algısının nedenlerini bilecek ve pozitif yönde değiştireceğini söyleyecek.

Süre: 110 dakika

Öğrenme Yöntemleri: Anlatım, soru-cevap, cümle tamamlama, tartışma.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, kağıt, kalem.

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Psikoeğitim oturum gündemi hatırlatılır.
2. Bir önceki oturumdan bu yana neler yaşandı, paylaşmak istedikleri var mı? sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
3. Beden algısı kavramının tanımı yapılarak grup üyelerinden bu konudaki duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenir.

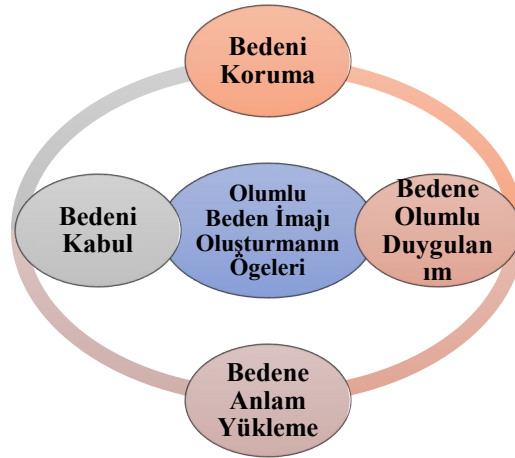
“Beden algısı zihnimizde şekillendirdiğimiz bedenimizin kendimizce nasıl olduğudur. Yani, bir kişinin kendi bedeni hakkındaki düşüncelerini, duygularını ve algılarını ifade eder.”

4. Grup üyelerinin gönüllü olanlarından, *“Vücudumda en sevdiğim yerim,.....”* ve *“Vücudumda en sevmediğim yerim,.....”* cümlelerini sözlü tamamlamaları istenir. Bu egzersizle grup üyelerinin bedenlerinde olumlu ve olumsuz yönde gördükleri noktaları bir kez daha fark etmeleri sağlanır. Sözel ifade etmek istemeyenlerden yazıp vermeleri istenir.

5. Grup üyelerine beden algısına ilişkin bazı sorular sorulur ve cevaplarını değerlendirmeleri istenir.

- Aynaya baktığınızda ne hissediyorsunuz?
- Diğer insanların sizi nasıl gördüklerini düşünüyorsunuz?
- Görünüştünüzü sık sık kontrol eder, değerlendirir misiniz?

6. Grup üyelerine olumlu beden algısı oluşturma öğeleri şema üzerinden anlatılır.



7. Grup üyeleri ile Oscar Wilde'nin sözleri paylaşılır.

Beden ile ruhun ahengi, ne büyük bir şeydir! Bizler kendi deliliğimizin içinde bu ikisini ayırdık, yabancı bir gerçekçilik beyhude bir düşüncelilik icat ettik.

Oscar Wilde

8. Oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur.

9. "**Bugünden bana kalan,**" başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve grupta paylaşmaları söylenir.

10. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

5. OTURUM:

Konu: Yaşanan psikososyal sorunlar: Hastalığın benlik saygısına etkisi ve baş etme biçimleri

Amaç:

Grup üyelerinin;

- Benlik algılarının ne olduğunu fark etmelerini sağlama,
- Hastalık yaşantısının benlik algıları üzerine etkisini anlamalarını sağlama.
- Kendilerini olduğu gibi kabul etmelerini sağlama,
- Yüksek benlik saygısına sahip olmalarını sağlama.

Hedef Davranışlar:

- Her grup üyesi kendisinin olumlu ve olumsuz özelliklerini sayabilecek,
- Kendi benliklerine yönelik olumsuz özellikleri fark ederek, olumlu özellikleri artıracak,
- Hastalık yaşantısının benlik algıları üzerine etkilerini sayacak.
- Yüksek benlik saygısına sahip olacak.

Süre: 120 dakika

Öğrenme Yöntemleri: Anlatım, soru-cevap, cümle tamamlama, tartışma.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kağıt, kalem

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Ben aktivitesi

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur ve oturum gündemi hatırlatılır. Öncekine göre düzenle
2. Benlik ve benlik saygısı açıklanarak grup üyelerinin kendi benlik algılarını düşünmeleri ve paylaşımları istenir.

“Benlik kavramı; bireyin kendine ilişkin algıları, duyguları, tutumları olup kim olduğuna ilişkin fikrini ifade eder. Yani, insanın kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimi olarak kendisini nasıl görüp, nasıl değer biçtiğini anlatmaktadır. Benliğin oluşması yaşam boyu devam eder ve bireyin kendisini tanımasıyla daha da gelişir.

Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumu olup, kendini değerli bulup bulmadığı ya da ne derece değerli bulunduğunu ifade eden bir kavramdır. Benlik saygısı ; öğrenilmiş bir yaşantıdır ve yaşam boyu devam eder.”

3. Benlik saygısını etkileyen faktörler üzerinde tartışılır ve üyelerin kendilerinde bu faktörlerden hangileri olduğu sorulur.

4. Grup üyelerinden, benlik kavramı bağlamında **“En olumlu özelliğim,.....”** ve **“En olumsuz özelliğim,.....”**cümlelerini sözlü tamamlamaları istenir. Bu egzersizle grup üyelerinin kendilerinin olumlu ve olumsuz özelliklerinin nasıl tanımlandıklarını farkına varmaları sağlanır.

5. Grup üyelerine **“Ben”** aktivitesi yaptırılır. “Ben” aktivitesini yapmak için, grup üyeleri kağıda, “Ben” in bir listesini oluştururlar. Her bir cümle **“Ben**” ile başlamalıdır. Üyeler, kim olduklarını yapan şey hakkında olumlu ve düşünceli düşünmeye teşvik edilir. Bu fikir, olumlu düşünceler yazılarak kişilerin zihninde pekiştirilir, kendileri ve öz nitelikleri hakkında olumlu düşünerek, benlik saygısı artar.

6. Grup üyesinin bir birey olarak ne kadar değerli ve eşsiz olduğunu fark etmesini sağlamak için şu ana kadar olan yaşamını gözden geçirmesi ve kendisini çok mutlu hissettiği bir olayı düşünmesi istenir. Ardından bu olayı grupta paylaşması istenir. Sorular sorularak bireyin kendini ifade etmesine yardımcı olunur.

- Bu olayın senin için anlamı nedir?
- Olaydaki kişinin senin için anlamı nedir?
- Bu olay sana kendini nasıl hissettirdi?

7. “Her insanın güçlü ve zayıf yönleri olabilir. Bir alanda iyiyken başka bir alanda olumsuz olabiliriz. Hiçbir insan mükemmel değildir. Sağlıklı olan, insanın

potansiyelinin farkına varması ve hayatta gerçekçi hedefler oluşturmalarıdır. Hastalık nedeniyle bazı sorunlar yaşayabiliriz. Bu sorunları kabul edip var olan potansiyelimizi kullanmak, değiştiremeyeceğimiz güçsüz yönlerimiz yerine değiştirebileceklerimize ve güçlü yönlerimize odaklanmak bizim kendimizi daha iyi hissetmemizi sağlayabilir”. Konuları anlatılarak grubun bu konu ile ilgili düşünceleri ve deneyimleri paylaşılır.

8. Grup üyelerinin güçlü ve zayıf yönlerini fark edebilmeleri için sonraki oturuma kadar kendilerinin güçlü ve güçsüz yönlerini yazarak getirmeleri istenir.

9. Virginia Satir’in “*Benim Özdeğer Bildirgem*” metni okunur ve grup üyelerinin metin hakkında düşünceleri sorulur.

Benim Özdeğer Bildirgem

Ben Kendimim

Tüm dünyada benim gibi hiç kimse yok. Bazı yönleri bana benzeyenler var. Fakat kimse tam olarak tüm yönleriyle benim gibi değil. Dolayısıyla bende varlık bulan her şey sadece bana özgü, çünkü ben onları tek başıma seçtim

Benimle İlgili Her Şey Benim

Vücudum ve onu oluşturan her şey;

Zihnim ve onu oluşturan tüm düşünce ve fikirler;

Gözlerim ve onun ifade ettiği tüm görüntüler;

Öfke, neşe, kaygı, sevgi, hayal kırıklıkları, heyecan dahil tüm duyguları;

Ağzım ve oradan çıkan her nazik, yumuşak ya da kaba, doğru ya da yanlış sözcük;

Sesim, yüksek ya da alçak ve başkalarına ya da kendime karşı tüm davranışlarım;

Kendi fantezilerim, rüyalarım, umutlarım, korkularım, tüm zafer ve başarılarım

BENİM;

Tıpkı tüm hatalarım gibi. Çünkü beni oluşturan tüm parçalar benim

Ben kendimle tamamen yüzleşebilirim ve böyle yaparak beni oluşturan tüm parçaları sevip onlarla dost olup dostça yaşayabilirim. Böylece benim için en önemli şeylere ulaşmak üzere, bir bütün olarak amaçlarımı gerçekleştirebilirim. Kendi kendimi şaşırtan bazı yönlerim olduğunu biliyorum. Ve bilmediğim başka yönlerim de var. Fakat kendimle dost olduğum ve kendimi sevdiğim sürece, beni şaşırtan bu yönlerin üzerine cesaret ve umula gidip kendimle ilgili daha pek çok şey bulabileceğimi biliyorum.

İnsanlara nasıl görünürsem görüneyim ne söylersem ne yaparsam yapayım, herhangi bir anda ne düşünürsem ve ne hissedersen hissedeyim, hepsi de *BENİM*.

Bu bana özgü zamanın o noktasında nerde olduğumun ifadesi

Ne yaptığıma, nasıl düşündüğüme, ne hissettiğime baktığımda bazı yönlerim uyumsuz olabilir ve ben bu uymayan yönleri çıkarıp, uyduğuna emin olduklarımla yola devam edebilirim. Çıkardıklarımın yerine yeni şeyler yaratabilirim. Görebilir, duyabilir, hissedebilir, düşünebilir, söyleyebilir ve yapabilirim.

Benim dışındaki dünyada, insanlara bir düzen yaratabilecek, ilişkileri anlamlı kılabilen, üretken ve onlara yakın olabilecek, gerekirse dışarda hayatta kalabilecek birikimim var. Kendime aitim ve böylece kendimi yeniden biçimlendirebilirim.

Ben Kendimim ve Bundan Mutluyum.

10. Oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur.

11. “*Bugünden bana kalan,*” başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve grupta paylaşımları söylenir.

12. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

6. Oturum:

Konu: Yaşanan psikososyal sorunlar: Stres ve stresle başetme

Amaç: Grup üyelerinin;

- Hastalığın ve yaşamın yarattığı stresörlerin farkına varmasını sağlama,
- Etkili başetme yöntemlerini kullanarak etkin bir şekilde stresle baş edebilmesini sağlama.

Hedef Davranışlar:

- Grup üyeleri stresin yaşamlarındaki önemli stres olaylarını ifade edecek,
- Bedenlerinde yarattığı etkileri tanımlayabilecek,
- Bu stresörlerle mevcut baş etme yollarını açıklayacak,
- Kullandıkları başetme yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönlerinin farkına varacak,
- Olumsuz/etkisiz başetme yöntemleri yerine olumlu/etkili başetme yöntemlerini sayacak ve kullanacak.

Süre: 120 dakika

Öğrenme Yöntemleri: Anlatım, soru-cevap, cümle tamamlama, tartışma, role-play.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kalem.

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Problem çözme yöntemi, gevşeme egzersizi

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Bir önceki oturumdan bu yana neler yaşandı, paylaşmak istedikleri var mı? sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
2. Bir önceki oturumda paylaştıkları deneyimleri özetlenir ve oturum gündemi hatırlatılır.
3. Stresin tanımı gruba sorulur. Gelen yanıtlar üzerinden stres ve strese verilen fiziksel ve psikososyal tepkiler tanımlanır.
4. Hastalığın yarattığı stres ve grup üyeleri üzerindeki etkisi tartışılır.

5. Stres karşısında bireylere neler yaptıkları sorulur. Ardından stresle duygusal, probleme yönelik baş etme biçimleri ve bunların üyeler üzerindeki etkileri anlatılır. “Su dolu sürahi” örneği anlatılır.

Su Dolu Sürahi

Elinize içi su dolu sürahiyi aldığımızda başlangıçta ağırlığını çok fazla hissetmesiniz. Ancak süre geçtikçe ve sürahiyi elinizde tuttukça giderek ağırlığının arttığını ve kolunuzun yorulmaya başladığını fark edersiniz. Artık sürahinin ağırlığı, süre geçtikçe artacak, parmaklarınızın, elinizin, kolunuzun gerildiğini, acımaya başladığını ve artık giderek taşıyamayacak kadar güçsüzleştiğinizi hissedeceksinizdir. Bu nokta da onu taşımaya devam ederseniz ya sürahi elinizden düşüp kırılacak, etrafa ve size zarar verecektir ya da onu kırmadan ve etrafa zarar vermeden başka şeyler yapmanız gerekecektir. Oysaki sürahiden biraz suyu boşaltıp ağırlığını hafifletmek, el değiştirmek, hatta bırakmak, kolunuzu dinlendirmek, hatta bu yükü başkasıyla paylaşmak hepimizin ihtiyacı olabilir zaman zaman.

Sonuç: Stresli olaylar karşısında da bazen buna benzer şeyler yaşayabiliriz.

6. Üyelerin kullandıkları baş etme yöntemleri etkililik açısından tartışılır; olumlu olanlar desteklenirken, olumsuz olanların yerine konabilecek gerek bireylerin bulduğu gerekse araştırmacı tarafından önerilebilecek diğer alternatif yöntemler tartışılır.

7. Gevşeme tekniklerinden sırasıyla derin solunum egzersizi ve kademeli kas gevşemesi egzersizi yaptırılır. Her bir tekniğin arkasından hastalarla bu tekniği kullanmanın etkisi tartışılır.

8. Olumlu yaşam tarzı geliştirmenin stres yönetimi üzerindeki etkisi tartışılır.

9. Stresle baş etmede/stresi yönetmede sosyal destek kaynaklarının kullanımı, istekte bulunma, öfke yönetimi gibi yöntemlerden de yararlanmanın önemi açıklanır.

10. Problem çözme yöntemi olarak “Trafik lambası yöntemi”nin kullanılması öğretilir.

Kırmızı ışık: DUR!

- Sorun olan şeyi tanımlayınız. Adını koyunuz. “ Sorunum Ne?”

Sarı ışık: HAZIR OL!

- Sorunun nedenlerini araştırınız. “Bu sorunun kaynağı ne? Benim payım ne? Benim dışımdaki faktörler ne? Kontrol edilebilir mi? Kontrol edilemez mi?”
- Bu sorunu çözmek için olanakları ve seçenekleri değerlendirin, ortaya çıkarın “Çözüm için ne yapabilirim seçeneklerim ne?”
- En öncelikli yapılabilecek uygun seçenekleri sıralayınız. “Benim için en uygun olanları ve problemimi çözecek olanları nasıl sıralayabilirim?”

Yeşil ışık: GEÇ!

- Artık harekete geçin ve uygun olan seçenekleri kullanmaya başlayın. “Artık şu noktadan başlamalıyım”
- Sorun çözümlendi mi? Çözümlemedi mi? Başka seçeneklere gereksinimiz var mı? Başka bir sorun ortaya çıktı mı? Değerlendirin.

11. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır. Oturum özetlenir.

12. “*Bugünden bana kalan,*” başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve grupta paylaşımları söylenir.

13. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

7. Oturum:

Konu: Yaşanan psikososyal sorunlar: Umudun ve umutsuzluk

Amaç:

-Umudun ve umutsuzluk kavramlarını kavrama,

-Umudunu koruyabilme ya da umudun aşılması.

Hedef Davranışlar:

-Grup üyeleri umutsuzluğa kapıldığı zaman yaşamlarında neler olduğunu farkedecek,

- Yaşamlarıyla ilgili umut içeren cümleler kuracak.

Süre: 100 dakika

Öğrenme Yöntemleri: Anlatım, soru-cevap, cümle tamamlama, tartışma, beyin fırtınası, psikodrama.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kalem

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Isınma oyunu

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Bir önceki oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur.

2. Yeni oturumun gündemi hatırlatılır. Oturuma Nazım Hikmet'in umut sözleri ile başlanır.

Umut binbir ayaklı,

Umut güneşte saklı,

Umut edenler haklı,

Umut insanın hakkı.

3. Ardından psikodrama yöntemiyle **“Postadan paket geldi”** ısınma oyunu oynanır.

Oyun: Gruba kendilerine bir paket geldiğini hayal etmeleri ve gözlerinin kapatmaları söylenir. Sonra bu paketleri açarak içlerinde neler olduğuna bakmaları istenir. Üyeler hazır oldukları zaman gözlerini açmaları istenir. Daha sonra üyeler paketlerinin içindekilerini gruba anlatırlar. Bu görüntülerin birçoğu istekler, umutlar, beklentiler ve kaygılarla ilgili ipuçlarıyla doludur. Bunlar teker teker değerlendirilerek grup üyeleriyle konuşulur. Gidişat doğrultusunda paketlerin nereden ve kimin tarafından geldiği sorulur. Üyelerin paylaşımı sağlanır.

4. **“Bence gelecek**” etkinliği yaptırılır.

5. **“Umut, kişinin başarıya ulaşmak için çeşitli yollar olduğuna inanması ve bu yolları kullanmak için motivasyonunun olmasıdır.”** başlığı doğrultusunda umutlu olmanın faydaları ve umudu artırmak için neler yapılabileceği anlatılır.

Umutlu olmak size neler kazandırır?

- Umutlu insanlar problemlerinin çözümünde daha fazla çözüm yolu bulurlar.

- Umut, sosyal ilişkilerde önemli katkılar sağlar.
- Umut, hastalıklarla baş etmede önemli bir etkidir.
- Umutlu kişiler başkaları ile daha güçlü bağlar kurarlar.
- Umutlu olmak kaygıları azaltır.

Umudunuzu artırmak için;

- Gelecekle ilgili amaçlar edinin.
- Önemli hedefler için kendinize vakit ayırın.
- Yaşamınızı öyle düzenleyin ki, istekler amaçlarınızın önüne geçmesin.
- Amacınıza uygun farklı alternatif yollar bulun.
- Büyük amaçlarınızı daha küçük hedefler şeklinde bölün.
- Yardım istemekten çekinmeyin.
- Bu yolda sizinle beraber yürüyecek yakınlarınızı iyi seçin.
- Etrafınızda olan küçük şeylerin farkında olun.
- Kendinize gülümsemeyi ihmal etmeyin

6. ***“Asla vazgeçme ve her defasında yeniden başla”*** temasıyla umutsuzluğa kapılmadan, yaşamda mücadele etmenin önemini fark etmek için “Lorenzo’nun Yağı” filmi izlemeleri önerilir.

7. ***“Bugünden bana kalan,***” başlığına kendileri için uygun olan yazmaları ve grupta paylaşımları söylenir..

8. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

“Umutsuz durum yoktur. Umutsuz insanlar vardır. Ben hiçbir zaman umudumu yitirmedim.”

Mustafa Kemal Atatürk

8. Oturum:

Konu: Talasemi ile uyumlu bir yaşam için ne yapılmalı! Yaşam nasıl anlamlandırılmalı!

Amaç:

- Bireyin Talasemi hastalığı ile birlikte yaşamını daha anlamlı ve etkin bir şekilde sürdürebilmesini sağlama.

Hedef Davranışlar:

- Grup üyeleri, mevcut sağlık durumunu, hastalığın meydana getirdiği engellenmeleri kabul edecek,
- Gerekliğinde geleceğe yönelik amaç ve hedeflerinde değişiklik yapabilecek ve bu değişikliğe uyum sağlayabilecek.

Süre: 90 dakika

Öğrenme Yöntemleri: Anlatım, soru-cevap, cümle tamamlama, tartışma.

Araç-Gereç-Materyal: Barkovizyon, tahta, plan kartları, kalem

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Önceki oturumun özeti yapılır ve önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur.
2. Yeni oturumun konusu hatırlatılır.
3. Grup üyelerinden; *“Talasemi hastalığı, bana öğretti”* ve *“Talasemi hastası olmak, bana öğretti”* cümlelerini sözel olarak tamamlamaları istenir.
4. Talasemi hastalığının kronik bir hastalık olması ve hastaların yaşam boyu kan transfüzyonu alma zorunluluğunun olması kişilerde fiziksel, psikolojik ve sosyal bazı fonksiyonlarda kayıplara neden olması hastaların hayatlarındaki önceliklerini ve amaçlarını değiştirmelerine neden olabilmektedir. *Sizin böyle bir deneyiminiz var mı? Bu durumlarda neler yaptınız?* Sorusu sorularak hastalığın hastanın yaşam önceliklerini ve amaçlarını nasıl etkilediği ve hastaların nasıl başettikleri tartışılır.

5. Hastaların yaşamında yeni ilgi ve amaçlar belirlemesi hastalığa uyum sağlamada olumlu sonuçlar vermektedir. Bu doğrultuda hastaya yaşama bakış açısını netleştirme, gelecekle ilgili planlarını belirleme ve kısa ve uzun süreli gerçekçi amaçlar oluşturmasının önemi anlatılır.

6. Hastalığa uyumun hastalığın gidişatını nasıl etkilediği anlatılarak, uyumun önemi vurgulanır.

7. Oturumun özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur, varsa konuşulur. Yoksa “*Bugünden bana kalan,*” başlığına kendileri için uygun olanı yazmaları ve grupta paylaşımları söylenir.

8. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

9. Oturum:

Konu: Psikoeğitimde anlatılan, konuşulanların değerlendirilmesi ve psikoeğitim sürecini sonlandırma

Amaç:

- Psikoeğitim sürecini yaşarken kendilerine kattıklarını değerlendirme,
- Psikoeğitimin bireysel yaşantıya olan katkılarını farketmelerini sağlama.

Hedef Davranışlar:

- Grup üyesi, grup sürecini değerlendirebilecek,
- Üyeler psikoeğitimin yaşantılarına olan katkısını paylaşacak,
- Üyeler birbirlerine geribildirim verecek,
- Üyeler diğer grup üyelerinde gözlemledikleri gelişmeleri paylaşacak,
- Üyeler geçirilen süreç için öneri, dilek ve temennilerini ifade edecek.

Süre: 120 dakika

Araç-Gereç-Materyal: Fotoğraf

Öğretim Yöntemleri: Anlatım, soru – cevap, tartışma, psikodrama.

Uygulanan Teknik ve Egzersizler: Isınma oyunu

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur ve oturum gündemi hatırlatılır.
2. Üyelere netleşmedikleri bir konu veya soruları olup olmadığı sorulur. Açık olmayan konular netleştirilir, gelen sorular cevaplanır.
3. Grup üyelerinin süreci olumlu ve olumsuz yönleriyle değerlendirmeleri istenir.
4. Grup üyeleri ile psikodrama yöntemiyle **“Şimdiki Ben, Geçmişteki Ben”** adlı oyun oynanır.

Oyun: Çalışmada grup üyeleri geçmişteki fotoğraflarındaki kendileriyle şimdiki durumlarını karşı karşıya getirirler ve konuştururlar. Her üye geçmişinde kendisine ait bir fotoğrafı seçer ve onunla konuşur.

Çalışmanın sonunda paylaşım aşamasına geçilir ve üyelerin yaşadıkları duygular ve farkındalıklar paylaşılır.

5. Bu oturumla birlikte grup oturumlarının bittiği bunun için tüm süreci değerlendirmeleri istenir. Bu arada hem kendilerine hem de diğer grup üyelerinde gözlemledikleri katkıları ifade etmeleri istenir.
6. Oturum özetlenir
7. Üyeler grup müdahalesi süreci için öneri, dilek ve temennilerini ifade etmeleri istenir.
8. **“Bugünden bana kalan;”** başlığını oluşturmaları ve grupta paylaşmaları söylenir.
9. Üyelere araştırmada kullanılan hasta tanıtım formu, Beden İmajı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri’ni ikinci kez doldurmaları istenir ve süre verilir.
10. Ayağa kalkarak herkesin birbiriyle vedalaşmasına olanak verilir.

EK 9.**Etik Kurul Onayı I**

K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



Sayı: YTK.1.01
(EK22/20)

Tarih: 29.05 2020

Sn. Hazel Şahin Tarım,

Etik Kurulumuzun 13 Mayıs 2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi " isimli projeniz/araştırmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygularımızla sunulur, başarılar dileriz.

Etik Kurul YK adına
Doç Dr Dürriye Deren Oygur

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com

Ek 10.

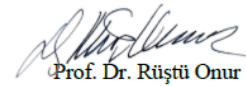
Etik Kurul Onayı II

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 25.06.2020
Toplantı No : 2020/80
Proje No :1111

Yakin Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma Öz'ün sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2020/80-1111 proje numaralı ve “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoöğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi” başlıklı proje önerisi kurulumuzca online toplantıda değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.



Prof. Dr. Rüşti Onur

Yakin Doğu Üniversitesi

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 11.

Kurum İzin Yazısı

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ
DR. BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ

Sayı : YTK1.01-629-19-E.2862

3 Eylül 2019

Konu : Hazel Şahin Tarım'ın Yapacağı Çalışma Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında kayıtlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğrencisi Hazel ŞAHİN TARIM'ın yeni etik kurul üyelerinin atanması ve yeni tüzüğü onaylanacağı zamana kadar tez sürecinin uzamasına bağlı mağduriyet yaşamaması için hastanemiz Hematoloji Servisi ve Talasemi Merkezinde yapacağı "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi" adlı çalışmayı yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize, saygılarımla arz ederim.

e-İmzalıdır

Sonuç BÜYÜK
Başhekim Baş Yrd.

Dağıtım:

Gereği:

Hematoloji Klinik Şefliği'ne
Talesemi Merkezi 'ne

Bilgi:

Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğü

Not: 93/2007 sayılı Elektronik İmza Yasası'nın 6.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bedrettin Demirel Caddesi - Ortaköy
Tel: (392) 228 54 41
Fax: (392) 223 18 99

Bilgi için: Havva GÜNDOĞDU
Başhekim Sekreteri

EK 12.**Klinik İzin Yazısı****Konu:** Kurum İzni Hak.**05.07.2019**

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına,

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programında oğrenim goren doktora oğrencisi Hazel şahin Tarım'ın "*Kuzey Kıbrıs Tırk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi*" konulu doktora tez çalışmasını Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Talasemi Merkezi'nde yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Dilek Yazman

BNDH Hematoloji Servisi Klinik şefi

Ek 13.

Beden İmajı Ölçeği Kullanım İzni



Hazel ŞAHİN TARIM <hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr>

Ölçek İzni Hakk.

2 ileti

Hazel ŞAHİN TARIM <hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr>
 Alıcı: selimh@ankara.edu.tr, shovardaoglu@yahoo.com

10 Ocak 2020 15:07

Merhabalar,

Ben, KKTC Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Doktora öğrencisi Hazel Şahin Tarım. Danışman hocam Prof. Dr. Fatma Öz önderliğinde Doktora tezim olan "*Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi*" konulu çalışmamız için sizler tarafından Geçerlik-Güvenirliliği yapılan "*Beden İmajı Ölçeği*"ni izniniz olur ise kullanmak istiyoruz. Olumlu cevabınızı umutla bekliyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

--

Arş. Gör. Uzm. Hazel ŞAHİN TARIM

Girne Üniversitesi
 Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü
 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr
 Tel: +90392 650 26 00 - Dahili: 4959
 Şehit Yahya Bakır Sokak, Karakum, Girne/KKTC

selim hovardaoglu <shovardaoglu@yahoo.com>
 Alıcı: Hazel ŞAHİN TARIM <hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr>

14 Ocak 2020 08:38

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu
 [Alınılan metin gizlendi]

Ek 14.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni



Hazel ŞAHİN TARIM <hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr>

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

1 mesaj

Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>
Alıcı: hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr

20 Ocak 2020 01:04

Merhaba Hazel,

Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğini araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

3 eklenti

SBÖ ÖLÇEK VE PUANLAMA 2011.doc
68K

SBTÖ Puanlama Formu.pdf
89K

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Üniversite öğrencileri için u.pdf
10519K

Ek 15.

Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni



Hazel ŞAHİN TARIM <hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr>

Kısa Semptom Envanteri

1 mesaj

Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>
Alıcı: hazel.sahintarim@kyrenia.edu.tr

20 Ocak 2020 00:58

Merhaba Hazel,

Kısa Semptom Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak, Ölçeğin orijinalinin Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olduğuyla ilişkili gerekli referansı da çalışmanızda vermeniz gerektiğini de lütfen ihmal etmeyiniz. Ekte ölçeğin kullanılacak formunu ve ilgili literatürü gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

4 eklenti

- Kısa Semptom Envanteri (KSE).pdf
232K
- Kısa Semptom Envanteri (Brief symptom inventory) Türk gençleri .pdf
8388K
- KSE ÖLÇEK (TEK SAYFA).pdf
201K
- KSE Puanlama Formu.pdf
92K

Ek 16.

İntihal Raporu

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE MAJÖR TALASEMİ HASTALARINA UYGULANAN PSİKOEĞİTİMİN BEDEN İMAJI, UMUT, STRESLE BAŞETME VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

9%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.istanbulsaglik.gov.tr Internet Source	3%
2	Submitted to Eastern Mediterranean University Student Paper	3%
3	adudspace.adu.edu.tr:8080 Internet Source	2%
4	www.journalagent.com Internet Source	2%
5	kastamonuism.saglik.gov.tr Internet Source	1%
6	docplayer.biz.tr Internet Source	<1%
7	dergipark.gov.tr Internet Source	<1%

Ek 17.

Özgeçmiş

1. Adı Soyadı : Hazel ŞAHİN TARIM

2. Doğum Tarihi : 02.09.1991

3. Unvanı : Uzman Hemşire

4.. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Yakın Doğu Üniversitesi	2009-2014
Önlisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Anadolu Üniversitesi	2014-2017
Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Yakın Doğu Üniversitesi	2015-2017
Doktora	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Yakın Doğu Üniversitesi	2017-2020

5. Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Kolan British Hospital	Eylül 2014-Ağustos 2017
Araştırma Görevlisi Uzman Hemşire	Girne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Ekim 2017 - Halen

6. Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

6.1. Yüksek Lisans Tezi

Şahin Tarım, H. (2017). Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları, Yakın Doğu Üniversitesi.

Danışman: Prof. Dr. Mualla Yılmaz

6.2. Doktora Tezi

Şahin Tarım, H. (2021). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Majör Talasemi Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Beden İmajı, Umut, Stresle Başetme ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi, Yakın Doğu Üniversitesi.

Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz

7. Yayınlar

7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- Şahin Tarım, H. (2021). A Blood Disease: Thalassaemia Major and Associated Psychosocial Problems. Iranian Journal of Public Health.

7.2. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler.

- Şahin Tarım, H. (2018). Kıbrıs'ta Hemşireliğin Geleneksellikten Profesyonelliğe Geçiş Süreci, I.Uluslararası & III.Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, 518-523.
- Şahin Tarım, H., Yılmaz, M. (2018). Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, 709-712.
- Şahin Tarım, H., Öz F. (2018). İçindeki İyileşme Gücünü Kullan: Tidal Model, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, 1865-1876.
- Şahin Tarım, H. (2019). Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Başvuru Nedenlerinin ve Hastaneye Yatış Oranlarının İncelenmesi, 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi
- Şahin Tarım, H. (2019). Palyatif Bakım Hemşireliğine Genel Bakış, 6.Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Şahin Tarım, H. (2019). Hemşirelik ve Psikososyal Bakım, 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Şahin Tarım, H. (2020). Kanser Sonrası Hastalarda Yaşanan Psikososyal Sorunlar, 2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Ankara.
- Şahin Tarım, H., Öztunç, G. (2020). Geçmişten Günümüze Palyatif Bakımın Kısa Tarihi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Ankara.

7.3. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- Şahin Tarım, H. (2018). Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnançlarının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 134-146.

7.4. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler

- Şahin Tarım, H. (2018). Acil Servise Başvuran Geriatri Hastalarının Profiline İncelenmesi, Kuzey Kıbrıs Acil Tıp Günleri 5. Sempozyumu (Bildiri kitabı basılmadı)

8. Projeler

- Damar Yolundan Hayat Yoluna Kan Bağışı Sosyal Sorumluluk Proje Koordinatörü
- “Saçlarımız Umut Olsun” Saç Bağışı Sosyal Sorumluluk Projesi Koordinatörü

9. İdari Görevler

- Girne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Uzem Koordinatörü – Mart 2020-Halen

10. Bilimsel Kuruluşlara Üyelikleri

- Psikiyatri Hemşireleri Derneği
- Türk Hemşireler Derneği
- Kıbrıs Türk Hemşireler ve Ebeler Birliği
- Hemşirelik Eğitimi Derneği
- Mediterranean Nursing and Midwifery

11. Son İki Yılda Verdiği Lisans Düzeyindeki Dersler

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Toplam Ders Saati		Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	
2019-2020	Güz	Hemşirelikte İletişim Becerileri	28	-	46
2019-2020	Güz	Üniversiteye ve Hemşireliğe Giriş	28	-	75
2019-2020	Güz	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Uygulama	28	280	11
2019-2020	Güz	Hemşirelikte Sosyal Sorumluluk Uygulamaları	28	-	17
2019-2020	Bahar	Hemşireliğin Tarihi ve Profesyonellik	56	-	68
2019-2020	Bahar	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	70	84	34

2020-2021	Güz	Üniversiteye ve Hemşireliğe Giriş	28	-	97
2020-2021	Güz	Hemşirelikte İletişim Becerileri	28	-	57
2020-2021	Güz	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Uygulama	28	280	9
2020-2021	Bahar	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	70	84	30
2020-2021	Bahar	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Uygulama	28	280	11
2021-2022	Güz	Üniversiteye ve Hemşireliğe Giriş	28	-	75
2021-2022	Güz	Hemşirelikte İletişim Becerileri	28	-	63
2021-2022	Güz	Palyatif Bakım Hemşireliği	56	-	85
2021-2022	Güz	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Uygulama	28	280	10

12. Son İki Yılda Katıldığı Bilimsel Toplantılar ve Kurslar

- Adli Psikoloji Danışmanlık Kursu – Kasım 2021
- Modern Bilim ile Etik Arasında Hemşirelik Bakım Semineri – Ekim 2021
- Jinekoloji Hemşireliği Kursu – Ekim 2021
- Yazar, Hakem, Editör Değerlendirme Süreci Paneli – Ekim 2021
- Sanat Terapisi Uygulayıcı Kursu – Eylül 2021
- Psikolojik Testler Eğitimi – Temmuz 2021
- Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu – Temmuz 2021
- Pandemi Sürecinde Bireylere Psikososyal Destek Semineri – Temmuz 2021
- Bağımlılık Terapisi Uygulayıcı Kursu – Haziran 2021
- Çocuklarda Görülen Uyum Sorunları Semineri – Haziran 2021
- Masal Terapisi Uygulayıcı Kursu – Haziran 2021
- Hemşireliğin Gelişen Alanı Evde Bakım Hemşireliği Sempozyumu-Haziran2021
- Adli Hemşirelik Semineri – Haziran 2021
- Çocuk İstismarında Uzmanın Yaklaşımı Uygulayıcı Kursu – Mayıs 2021
- Oyun Terapisi Uygulayıcı Eğitimi – Mayıs 2021
- Nursoloji Hemşirelik Bilimi Sempozyumu – Mayıs 2021
- Yaşanmış Hikayelerde Bakımın Öğretimi Sempozyumu – Mayıs 2021

- Pandemi ve Etik Konferansı – Mayıs 2021
- Covid-19 Pandemi Süreci ve Türk Hemşireler Derneği – Mayıs 2021
- Pandemi Sürecinden Geçerken Hemşire Öncü Bir Ses Sempozyum - Mayıs 2021
- Bakım Davranışları Geliştirme Kursu – Mayıs 2021
- Cinsel Mitler ve Kadına Yönelik Şiddet Sempozyumu – Mayıs 2021
- Dergi Makaleleri Yazma İpuçları Yazar Çalıştayı – Mayıs 2021
- Pandemi Sürecinde Online Hemşirelik Eğitimi Almak Semineri – Nisan 2021
- Nasıl Bağımlı Oluyoruz? Sempozyumu – Nisan 2021
- Cinsel Terapi Eğitimi – Nisan 2021
- DEHB D2 Dikkat Testi Uygulayıcı Eğitimi – Nisan 2021
- Bilimsel Dergilere Makale Gönderirken Yaşanan Sorunlar Seminer - Nisan 2021
- Ruhsal Bozukluklarda İyileşme Odaklı Bilişsel Terapi Semineri - Nisan 2021
- Çocuklarda Özgüven Geliştirme Eğitimi – Nisan 2021
- Temel Düzey Palyatif Bakım Kursu – Nisan 2021
- Hemşirelikte Güçlendirme Semineri – Nisan 2021
- Pandeminin Toplum Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri Sempozyumu – Nisan 2021
- IV. Üroloji Hemşireliği Günleri Konferansı – Mart 2021
- Hemşirelikte İnovasyon Kültürü Oluşturma Semineri – Mart 2021
- Doğum Sonu Erken Dönemde Lohusa ve Yenidoğan Bakımı – Mart 2021
- Stoma Bakımı Semineri – Mart 2021
- Palyatif Bakım Hemşireliği Sempozyumu – Mart 2021
- Pandemide Hemşire Olmak: Psikososyal Boyut Sempozyumu – Mart 2021
- Bilimin Işığında Hemşirelik Semineri – Mart 2021
- Pandemide Kadın Olmak Konferansı – Mart 2021
- Rehabilitasyonda İş ve Uğraşı Terapisi Sempzyumu – Mart 2021
- Bağımlılıkla Mücadele Sempozyumu – Mart 2021
- Pandemide Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Sempozyumu – Şubat 2021
- Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık Semineri
- Menopoz ve Üriner İnkontinans Eğitimi – Şubat 2021
- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Lisans Eğitimi Değerlendirme Semineri
- Hemşirelik Bilimin Işığında Bir Sanattır Sempozyumu – Şubat 2021
- Madde Bağımlılığı Önleme, Yeni Tedavi Yaklaşımları ve Rehabilitasyon - 2021

- Halk Sağlığı ve Hemşirelik Bilişimi Sempozyumu – Şubat 2021
- Covid-19 ve Halk Sağlığı ve Ruh Sağlığı Sempozyumu – Şubat 2021
- Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu – Şubat 2021
- Hemşirelik ve Ebelik Uygulamalarında Sorunlar ve Malpraktis Semineri -2021
- Tükenmişlik Sendromu ile Başa Çıkma Eğitimi – Ocak 2021
- Psikiyatri Hemşireliği Semineri – Ocak 2021
- Hemşirelikte Doktora Eğitimi ve Sunduğu Fırsatlar Semineri – Ocak 2021
- Basınç Yaralanması Yönetimi Güncel Yaklaşımlar Konferansı – Aralık 2020
- Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi – Aralık 2020
- Herkes İçin Turizm ve Sağlık Konferansı – Aralık 2020
- Geriatrik Onkoloji Kongresi – Aralık 2020
- Hemşirelikte Uzaktan Eğitim ve Sanal Simülasyon Uygulamaları Semineri-2020
- Engelsiz Üniversiteler Semineri – Aralık 2020
- Girne Üniversitesi UZEM Hizmetiçi Eğitim Kursu – Kasım 2020
- Pandemi Sürecinde Psikiyatri Hemşireliği Lisans Eğitimi Çalıştay – Eylül 2020
- Pandemide Okullardaki Durum ve Okul Sağlığı Hemşireliği Semineri Eylül2020
- Uzaktan Eğitimde Etkili Bir Ders Tasarımı Semineri – Ağustos 2020
- Uzaktan Eğitimde Öğrenci Merkezli Eğitimi Başarabilir miyiz? – Temmuz 2020
- Pandemi Sürecinde Hemşirelik Eğitimi Seminer – Temmuz 2020
- Pandemi Sürecinde Üniversitelerde Dijital Dönüşüm: Hemşirelik Programlarında Uzaktan Eğitim Deneyimleri ve Planlamalar Semineri - 2020
- Madde Bağımlılığı: İyileşmek Mümkün Seminer – Haziran 2020
- Hemşirelikte Liderlik ve Kriz Yönetimi Paneli – Haziran 2020
- Psikolojik İlk Yardım – Haziran 2020
- Yeni Normal ve Anksiyete Bozuklukları Semineri – Haziran 2020
- "COVID-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelik Eğitimi" Seminer – Haziran 2020
- Uluslararası Disiplinlerarası Eğitimde Yansımalar Konferansı – Haziran 2020
- “Kahraman Hemşireler Tüm Dünyada Bu Yıla Hakkını Verdi” Konferans 2020
- “Hemşireler KKTC’de Yaşlı Bakımı İçin Öncülük Edin” Konferans Mayıs 2020
- “Hemşireler Dünya Sağlığı için Öncü Bir Ses” Online Konferans – Mayıs 2020
- Araştırma Önerisi Semineri – Mayıs 2020
- Engelsiz Eğitim ve Uzaktan Eğitim Paneli – Mayıs 2020