

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BEDEN ALGISI VE
BENLİK SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ

Dr. İ.GÜLÇİN KARAKUŞ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA-2016

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE BEDEN ALGISI VE
BENLİK SAYGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ
UZMANLIK TEZİ**

**Dr. İ.GÜLÇİN KARAKUŞ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK**

MALATYA-2016

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. BENLİK KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR.....	4
2.1.1. Benlik Kavramının Psikolojiye Girişi; William James'in Kuramı	5
2.1.2. George Herbert Mead'in Sosyal Benlik Kuramı.....	6
2.1.3. Benlik Kavramıyla İlgili Diğer Kuramsal Açıklamalar	7
2.2. BENLİK SAYGISI KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR.....	8
2.2.1. Düşük ve Yüksek Benlik Saygısı	10
2.2.2. Benlik Saygısının Gelişimi.....	11
2.2.3. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler	13
2.3. BEDEN ALGISI KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR.....	15
2.3.1. Beden Algısının Bileşenleri.....	17
2.3.1.1. Beden Gerçekliği	17
2.3.1.2. Beden İdeali.....	17
2.3.1.3. Beden Sunumu.....	18
2.3.2. Beden Algısının Gelişimi	18
2.3.3. Beden Algısını Etkileyen Faktörler	20
2.4. BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ	21
2.5. KRONİK HASTALIKLARIN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ.....	23
2.5.1. Diyabette Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi	25
2.5.2. Hipertansiyonda Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi	28
2.5.3. KOAH Hastalarında Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi	31

2.5.4. Kalp Yetmezliği Hastalarında Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi	33
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Amacı	35
3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı.....	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	35
3.4. Veri Toplama Araçları	36
3.4.1. Bilgi Formu	36
3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	36
3.4.3. Beden Algısı Ölçeği	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. ÇALIşMA GRUPLARININ GENEL ÖZELLİKLERİ.....	38
4.2. KATILIMCILARIN BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI ÖZELLİKLERİ.....	41
4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI İLE İLİşKİSİ	45
4.3.1. Beden Algısının Diğer Parametrelerle İncelenmesi	45
4.3.2. Benlik Saygısının Diğer Parametrelerle Değerlendirilmesi	49
5.TARTIşMA	57
6. SONUÇLAR.....	70
KAYNAKLAR	71
EK.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	85
EK.2	88
EK.3	89
EK.4. ETİK KURUL KARAR FORMU	90

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde katkılarından dolayı değerli hocalarım; Sayın Yrd. Doç. Dr. Engin Burak Selçuk'a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Ayrıca tezime katkılarından dolayı kıymetli hocalarım Sayın Bioistatistik A.B.D. Başkanı Prof. Dr. Saim Yoloğlun'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Harika Gözükara Bağ'a ve Arş. Grv. İpek Balıkçı'ya,

Asistanlık hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım ve diğer çalışma arkadaşlarıma,

Hayatıma anlam ve renk katan değerli babama, kardeşlerime ve büyük bir emek ve fedakarlıkla beni yetiştiren, bu günlere gelmemin yegane sebebi sevgili annecim Gülizar Demirci'ye,

Sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan değerli eşim, can yoldaşım Dr. Yasin Karakuş'a ve değerli ailesine (aileme),

Son olarak da doğduğu andan itibaren hayatımı ve beni değiştirip, güzelleştiren, biricik oğlum, yaşama sevincim Yiğit Kağan Karakuş'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. İ. Gülçin KARAKUŞ

Haziran,2016

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Beden Algısı Ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Amaç: Kronik hastalıkların prevalansı gün geçtikçe artmakta olup, dünya genelindeki ölüm sebeplerinin ilk sırasında yer alması ile önemini gittikçe arttırmaktadır. Kronik hastalıkların seyri ve tedavisi uzun yıllar sürmektedir, buda birey ve toplum üzerinde hem ekonomik hem de psikososyal yönden ağır bir yük oluşturmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerde oluşabilecek psikososyal problemlerin beden algısı ve benlik saygısı üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma grupları Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalardan oluşturuldu. İstatistiksel analizler “SPSS 22.0” programı ile yapıldı ve p değeri 0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza Diyabet, Hipertansiyon, Kalp yetmezliği ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan 241 hasta ve 59 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmaya katılanların % 57’si erkek, % 43’ü kadındı. Katılımcıların ortalama yaşı $57,00 \pm 11,187$ yıldır. Katılımcıların ortalama benlik saygısı puanı $18,17 \pm 4,091$ olarak hesaplandı. Çalışmaya katılanların ortalama beden algısı puanı ise $140,19 \pm 26,920$ olarak hesaplandı. Tüm gruplar arasında KY olan bireylerin ortalama beden algısı ve benlik saygısı puanı en düşük olarak saptanırken, kontrol grubunda ortalama beden algısı ve benlik saygısı puanı en yüksek olarak saptandı. ($p < 0,001$). Kronik hastalık gruplarındaki en yüksek beden algısı ve benlik saygısı ortalama puana DM hastalarının oluşturduğu grup sahipti ($p < 0,001$).

Sonuç: Kronik hastalıklara sahip olan bireyler sağlıklı bireylere göre daha fazla psikososyal problemler yaşamakta, bununla beraber hastaların beden algısı ve benlik saygısı olumsuz olarak etkilenmektedir. Hastaya sürekli tıbbi bakım veren ve hastaların hastalıklarının her aşamasında yanlarında olan biz aile hekimleri, hastalarımızın tıbbi ve psikolojik ihtiyaçlarını iyi belirlemeliyiz. Uygun tedavi ve bakımı sağlamalı ve gerekli durumlarda uygun tedaviyi alabilecek merkezlere yönlendirmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalıklar, Beden Algısı, Benlik Saygısı

ABSTRACT

The Evaluation Of Body Image And Self-Esteem in Patients With Chronic Diseases

Aim: The prevalence of chronic diseases increases day by day and these chronic diseases are the first cause of death worldwide so these illness importance increases. The course and the treatment of chronic diseases is going on many years and these cause economically and psychosocially heavy burden over the individual and society. The purpose of this study was to investigate the effect of psychosocial problems, that may occur in individuals with chronic diseases, to body image and self-esteem

Material-Method: The patients that admitted to Turgut Ozal Medical Center and Malatya State Hospital outpatient and inpatient clinic were included in this study. Statistical analyzes made by SPSS22.0 and the value of $p < 0.05$ accepted significant.

Results: The data was collected from 241 Diabetes mellitus, hypertension, heart failure and chronic obstructive pulmonary disease patients and 59 healthy control group. 57% of study participants were men and women was 43 %. The average age of participants was 57.72 ± 12.2 years. The average self-esteem score of the participants was calculated as 18.17 ± 4.091 . The average body image score of the study participants was calculated as 140.19 ± 26.920 . The average self-esteem and body image scores among all groups was lowest in heart failure patients and highest in control group ($p < 0,001$). In chronic diseases group average score of self-esteem and body image was highest in diabetes mellitus patients.

Conclusion: Individuals who have chronic diseases has more psychosocial problems than healthy individuals and these has negative affect on body image and self-esteem of patients. We need to determine the best medical and psychological needs of our patients as family physicians because we are responsible continued medical care and we are contact with our patients at every stage of their disease. We will provide proper treatment and when necessary we should direct the center to receive appropriate treatment.

Key words: Chronic Diseases, Self-esteem, Body image

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASH/ ISH	: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertensio
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
DM	: Diyabet
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HAPPY	: Türkiye’de Kalp Yetersizliği Sıklığı Araştırması
HT	: Hipertansiyon
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
JNC	: Joint National Committee
KB	: Kan Basıncı
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
KVC	: Kalp ve Damar Cerrahisi
KY	: Kalp Yetmezliği
M.Ö	: Milatta Önce
M.S	: Milattan Sonra
PATENT	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi
VKİ	: Vücut Kitle indeksi

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1: Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	40
Tablo 4.2: Benlik Saygısı Düşük ve Yüksek Olanların Gruplara Göre Dağılımı	42
Tablo 4.3: Benlik Saygısının Düşük Olmasına Hastalık Gruplarının Etkisi	42
Tablo 4.4: Beden Algısı Düşük ve Yüksek Olanların Gruplara Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.5: Beden Algısının Düşük Olmasına Hastalık Gruplarının Etkisi	44
Tablo 4.6: Beden Algısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi	48
Tablo 4.7: Beden Algısının Düşük Olmasına VKİ 'nin Etkisi.....	49
Tablo 4.8: Benlik Saygısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi	51
Tablo 4.9: Hastalıklardan Hastaların Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi.....	52
Tablo 4.10: Hastalıklardan Hastaların Dış Görünüm Açısında Etkilenme Düzeyi.....	53
Tablo 4.11: Hastalık Gruplarına Göre Hastaların Dış Görünüm Açısında Etkilenme Düzeyi ...	54
Tablo 4.12: Hastalık Gruplarına Göre Hastaların Dış Görünüm Açısında Etkilenme Düzeyi ...	55
Tablo 4.13: Beden Algısı Ve Benlik Saygısı Durumuna Göre Hastaların Psikiyatrik Danışmanlık Alma Yönünden Değerlendirilmesi	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 4.1: Benlik Saygısının Gruplara Göre Değerlendirilmesi 41

Şekil 4.2: Beden Algısının Gruplara Göre Değerlendirilmesi 43



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Benlik kavramı, bireyin değerleri, duyguları, tutumları gibi bütün niteliklerini içerir (4). Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren, kişiler arası ilişkilerine de büyük oranda etki eden benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra, ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar (5). Benlik, kişiyi kendisi yapan duygu, düşünce, tutumları ve kişinin kendini nasıl görüp, nasıl değer verdiğini içine alan bir bütünü anlatır (6).

Benlik saygısı, gerçek benlik ile bireyin hayal ettiği, ulaşmak istediği ideal benlik arasındaki fark ile biçimlenir. İdeal benlik ile gerçek benlik arasındaki fark ne kadar fazla olursa benlik saygısı o oranda düşük, ne kadar az olursa da benlik saygısı o oranda yüksek olur (5).

Benlik saygısı yüksek olan bir birey, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini bilir ve olduğu şekliyle bunları kabullenir (35). Benlik saygısı yüksek olan kişiler daha az psikolojik problem yaşar, daha az anksiyöz ve depresiftirler. Çünkü stresle başa çıkabilecek mekanizmaları iyi geliştirmiştir, kendilerine yeni bir yol çizebilir, yeni fikirleri benimseyebilirler (36).

Benlik saygısı düşük olan insanlar ise iletişime kapalı, içe dönük, toplumda düşünce ve fikirlerini beyan etmekten korkan, kendine güvensiz, hatta kendini utanç verici ve değersiz hisseden kişilerdir. Canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, başarı ve becerileri azalmıştır (36). Daha fazla ruhsal dengesizlikleri olan, mutsuz olma ihtimalleri yüksek olan insanlardır (35). Düşük benlik saygısının, alkol bağımlılığı ve yeme patolojileri için (anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza) önemli bir risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (37). Bununla beraber Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rol aldığını belirtmiştir (35).

Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında da önemli bir ilişki vardır. Sağlık problemleri, hastalığın tipi ve şiddetinden bağımsız olarak düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (5). Özellikle de yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen kronik hastalığı olan bireylerde benlik saygısı önemli ölçüde zedelenmektedir.

Paul Schilder beden imgesini, psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik bir olgu olarak belirtmiş ve “Zihnimizde biçimlendirdiğimiz kendi vücudumuzun resmidir, yani kendimize nasıl görüldüğümüzdür.” şeklinde tanımlamıştır (45). Schilder kitabında,

beden algısının sadece bir kognitif yapı olmadığını, başkalarıyla ilişkilerin ve tavırların bir yansıması olduğunu belirtmiştir (45).

Beden algısı temelde fizyolojiktir. Ancak beraberinde algı, fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimler de beden algısının şekillenmesini sağlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde beden algısı hem kişilik yapısını ortaya koyar, hem de sosyolojik bir anlam ifade eder. Kısacası kişinin fiziksel özellikleri kendine verdiği değeri, kişinin yeteneklerini kontrol eden, kendine karşı davranışlarını oluşturmakta, bunlarda kişinin sosyal ilişkilerine yansımaktadır (51).

Kronik hastalıklar, latent dönemleri çok uzun, yavaş ilerleme gösteren, genellikle etiyolojileri belirgin olmayan ve çok çeşitli risk faktörleri tarafından etkilenen hastalıklardır (66). Çoğunlukla orta yaşlarda başlarlar ve hayat boyu devam ederler. İyileşme ve alevlenme dönemleri olabilir fakat remisyon dönemi sonunda tablo genellikle daha da ağırlaşır hatta kalıcı sakatlıklar bırakabilir (66)

Fiziksel hastalık ya da organ kayıpları yaşandığında kişi yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hisseder, böylelikle kişinin beden algısı ve özgüveni zedelenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır (75). Hastalık durumu kişinin gelecek planlarını, günlük yaşamının akışını ne derece bozuyorsa kişinin dengesini o oranda bozar. Bu yeni duruma bireyin uyum sağlaması gerekir. Ancak bu her zaman kolay olmayabilir. Hastalığın bireyin yaşamında oluşturduğu değişimin niteliği ve derecesi kişinin uyum sürecini uzatabilir. Bu durum kişiyi depresyona kadar ilerleyen psikososyal problemlerle karşı karşıya bırakabilir ki bu durum kişinin hastalıkla beraber kaybettiği yeterlilik duygusunun yerine düşük benlik saygısının geçmesindedir (77).

Kronik hastalıklar kişinin dengesini bozarak uyum kabiliyetini azaltır. Bu açıdan kronik hastalıklar, hastalığın kendisi, tedavisi, ilaç kullanımı gibi faktörlerle başlı başına kişinin hayatında bir stres kaynağı olur. Ancak kronik hastalıklar bunların dışında kalan birçok psikososyal problem yaratarak da stres kaynağı olmaya devam eder (43). Beden algısındaki değişim, benlik saygısına tehdit olarak algılanabilir (78-80). Kronik hastalıklarda bedensel eksiklik, şekil bozukluğu ve fiziksel hastalıkların beden imajını bozup yetersizlik duyguları yaratarak benlik saygısını azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir (81).

Kronik hastalıkların prevalansı gün geçtikçe artmakta olup, dünya genelindeki ölüm sebeplerinin ilk sırasında yer alması ile önemini gittikçe arttırmaktadır. Kronik hastalıkların seyri ve tedavisi uzun yıllar sürmektedir, buda birey ve toplum üzerinde

hem ekonomik hem de psikososyal yönden ağır bir yük oluşturmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerde oluşabilecek psikososyal problemlerin beden algısı ve benlik saygısı üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. BENLİK KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR

Benlik kavramı yaklaşık son yüz yıldır üzerinde en çok tartışmanın yürütüldüğü, bireyin kendini nasıl tanımladığı ile ilgili psikoloji kavramlarından biridir. Bakıldığında benlik kavramının kökleri çok daha eski tarihlere dayanır. Milattan önce (M.Ö) dahi benlikten bahsedildiğine inanılmaktadır. M.Ö 600'de yazılan en eski kutsal Hindu metinleri olan Upanisad'larda, M.Ö yaklaşık olarak 500 yılında "Tao te Ching" "Yol ve Onun Erdemleri Kitabı" anlamına gelen Çince metinde ve M.Ö 563 ve 483 yılları arasında Hindistan'da yaşadığı tahmin edilen ruhani lider Gautama Buddha'nın öğretilerinde benlikten bahsedildiği görülmektedir (1). Bu tarihlerden yaklaşık olarak iki bin yıl sonra, Ortaçağda birçok yazıda insanların bencilliğin ve kibirin kötülüğünden, ruhani iç görü ve ahlaki davranışlarla kurtulacağından bahsedilmektedir (1). Ardından aydınlanma dönemi ile birlikte birçok filozofun konu ile ilgilendiği görülmektedir. Benliğin kavramsallaştırılması ise Yunanlılara, özellikle Aristo'nun psikoloji ve diğer konular hakkındaki yazılarına dayanır. Diğer filozofların bilinçliliğin, düşüncenin ve bilginin doğası hakkında kuramlar geliştirmesine, Aristo'nun, insan davranışlarının fiziksel ve fiziksel olmayan yanını ayırt eden yazıları ışık tutmuştur. Yüzyıllar sonra, Descartes tarafından Aristo'nun bu konudaki görüşleri daha güçlü olarak vurgulanmıştır. Ünlü sözü, "düşünüyorum o halde varım" akıl ve beden arasındaki farkı vurgulamakla beraber, aynı zamanda her ikisi arasındaki ilişkiyi de vurgulamaktadır(2)

Literatür incelendiğinde benlik ile ilgili birçok terim ile karşılaşmaktayız. Markus'un tanımladığı benlik seması, Epstein'in benlik teorisi, Damon ve Hart'ın kendini anlama terimi ayrıca ilk olarak James'in kullandığı benlik kavramı, bunların yanı sıra benlik kavramı yerine kullanılan benlik saygısı , benliğin farkındalığı, benlik imgesi, benlik kontrolü, kendini kabullenme, kendini gerçekleştirme benlikle ilgili literatürde karşımıza çıkan ifadelerden sadece bir kısmını oluşturmaktadır. (3)

Benlik kavramı, bireyin değerleri, duyguları, tutumları gibi bütün niteliklerini içerir. (4) Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren, kişiler arası ilişkilerine de büyük oranda etki eden benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra, ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar. (5) Benlik,

kişiyi kendisi yapar ve kişinin kendini nasıl görüp, nasıl değer verdiği, kendini diğer insanlardan ayıran duygu, düşünce ve tutumlarını içine alan bir bütünü anlatır. (6)

Benlik kavramı; kişinin kendisi hakkında bildikleri, başkalarının kişiye ilişkin görüşlerinden kişiye yansıyanlar ve kişinin bu iki bilgiyi harmanlamasından oluşur. Benlik kavramının oluşumunda, başkalarının kişiye yansıttığı özellikler, kişinin kendisi hakkındaki değerlendirmeleri kadar etkili olur. Kişi kendisi hakkında sıklıkla söylenen şeyleri benliğinin parçaları olarak görür ve o şekilde ifade eder. (7).

2.1.1. Benlik Kavramının Psikolojiye Girişi; William James'in Kuramı

Benlik kavramının psikoloji biliminde ilk olarak kullanılması, 20.yüzyılın sonlarına doğru (1891)William James'in "The Principles of Psychology" adlı kitabıyla başlamıştır. James, en geniş anlamıyla benlik kavramını "kişinin kendi olarak isimlendirebildiği her şeyin toplamı" olarak tanımlamaktadır. (8).

James benliği özne olan bilen benlik (I-ben) ve nesne olan bilinen benlik(Me-bana) olmak üzere ikiye ayırmıştır (9). James'in "ben" ve "bana" ayrımını anlamak için temelde bilinmesi gereken, bu iki yapının birbirinden ayrı ve bağımsız olmadığı, aksine aynı bütünün parçalarını ifade ettiğidir. Bana, nesnel olarak bilinen şeylerin deneysel bir bileşimi iken; ben, banayı da içine alan daha geniş dönüşümsel bir yapıdır. (10). Yani asıl olarak "Bilen Benliğin" kimliği "Bilinen Benliktir" (11). Bunu bir örnekle açıklayacak olursak, yıllar sonra gördüğümüz ilkokul arkadaşımızın ne kadar değiştiğini düşündüğümüzde, var olan değişiklikler bana ile tanımlanabilirken, bu değişikliklerin toplamını değerlendirmek ve derlemek benin işidir. Bu örnekte görüldüğü gibi biz aslında benliğin bilinen kısmını inceliyoruz (her ne kadar bilen kısmını incelediğimizi söylesek de). Bu anlamda benlik kavramıyla ilgili yapılan incelemelerde, başvuru kaynağı ancak kişinin kendiyle ilgili ifadeleridir.(3).

James bilinen benliği (Me) üçe ayırmıştır:

1."Bilinen Benliği" Oluşturan Öğeler: James'e göre bilinen benliği oluşturan öğeler de üçe ayrılmaktadır:

- Maddesel bana (Material me)
- Sosyal bana (Social me),
- Ruhsal / manevi bana (Spiritual me)

2."Bilinen Benliği" Oluşturan Öğelerin Bireyde Uyandırdığı Duygular

3."Bilinen Benliği" Oluşturan Öğelerin Oluşturduğu Davranışlar (12)

Bilinen benliği oluşturan öğelerin maddesel parçasına baktığımızda, maddesel öğenin en temel bölümünü beden oluşturmaktadır. Bundan sonra giysiler gelir. Bunların dışında ailemiz, çocuklarımız ve her türlü mahremimizi yaşadığımız evimiz de maddesel bananın içinde yer alır. (10).

Bilinen benliği oluşturan öğelerin toplumsal parçasına baktığımızda, sosyal bana, kişinin diğer insanların zihninde canlanan imajı yani kişinin çevresi, arkadaşları tarafından tanınan, bilinen yönüdür. (10). Birey kendini tanıyan insanların her birine farklı bir yönünü gösterir böylece bireyi tanıyan kişilerin her biri kendilerine gösterdiği yönüyle bireyi değerlendirir ve bu şekilde kişi kendini tanıyan kişilerin sayısı kadar toplumsal benliğe sahip olur. Yani birey, çeşitli benliklere ayrışmış olup, içinde bulunduğu toplumun niteliğine göre, sahip olduğu toplumsal benlikten durumuna uyanı ortaya koyar.(12)

Bilinen benliği oluşturan öğelerin manevi öğesini oluşturan ruhsal bana ise diğerlerine göre daha belirsizdir, fakat genellikle bireyin kendi zihinsel süreçlerinden ve duygularından haberdar olmasını ifade eder (2). Yani bu kavram bilinci de içine alarak kişinin tüm hayatı boyunca oluşturduğu deneyimlerinin somut bir ifadesi olarak değerlendirilir.

Bilinen benliği oluşturan öğelerin bireyde oluşturduğu duygular; kendi benliğinden hoşnut olup olmama olarak kendini gösteren, bireyin kendine değer vermesi olarak adlandırılır. (12)

Bilinen benliği oluşturan öğelerin oluşturduğu davranışlar; maddesel bana, sosyal bana ve manevi banayı oluşturmak için yapılan davranışlardan ibarettir. Örneğin insanların süslenmeye, aileye bağlanmaya, varlık edinmeye, çevreleri tarafından onay ve ilgi görmeye, manevi yönden kendisini tamamlaya eğilimli olması gibi davranışlar sayılabilir. (13)

James'in benlik kavramını yaptığı bu tanımlamalar literatürde yepyeni bir sayfa açmış. Yıllar sürecek tartışmaların ve araştırmaların fitilini ateşlemiştir. (14)

2.1.2. George Herbert Mead'in Sosyal Benlik Kuramı

George Herbert Mead Amerikalı bir filozoftur. Sosyal psikolojiye büyük katkıları sağlamış, sosyoloji alanında önemli çalışmaları olan Mead, James den sonra benlik kavramı hakkında bahsedilmesi gereken ikinci kişidir.

Sosyal benlik kuramı, temel olarak sembolik etkileşimci kurama dayanır ki bu kuramında odaklandığı nokta kişiler arasındaki ilişki ve etkileşimdir (15), örgütlenmiş

topluluğun ya da toplumsal grubun kişiye benlik kavramını kazandırdığını öne sürmüştür.(12) Ona göre benlik doğuştan sosyaldır ve benliğe ait bireye ait fikir onun diğerleriyle olan sosyal etkileşmesiyle oluşur. (16). Benlik kavramının gelişimi esnasında kişi, diğerleriyle iletişime girer, semboller aracılığıyla dili kullanır ve dil sayesinde de benliğini geliştirir. Sosyal deneyim olmaksızın benliğin gelişmesi işte bu nedenle imkansızdır. Bu açıdan James'in bahsettiği sosyal benlik ile Mead'in bahsettiği sosyal benlik arasında dili kullanmaya yapılan vurgu açısından fark vardır.(14)

Ben ve bana kavramları James'in kuramında bir arada fakat birbirlerinden ayrı kavramlar olarak nitelendirilirken, Mead 'in kuramında bu kavram birbirleri ile sürekli iletişim halinde olan benliğin iki yüzü olarak görülmektedir (17). James ve Mead 'in farklı ama birbiriyle ilişkili kuramları benlik kavramının tarihsel gelişimi için önemli kilometre taşı olmuştur.

2.1.3. Benlik Kavramıyla İlgili Diğer Kuramsal Açıklamalar

Freud'a göre benlik id, ego ve süperego kavramlarının bir bileşimi olarak şekillenmekte olup benliğin temeli bebeklik ve çocukluk döneminde atılmaktadır. (18) Adler Freud' un öğrencisidir ancak benlik konusunda Freud dan farklı görüşleri olmuştur.

Adler'e göre insan toplumsal bir varlıktır ve bu sosyal ilgi doğuştan vardır. İnsanın kişiliğini biçimlendiren asıl şeyin de doğuştan gelen bu sosyal ilginin olduğunu savunmuştur.

Adler kuramına göre kişilik, bireyin kendisine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların ürünü olarak gelişir ve yaşam biçiminin özellikleri ve farklılıkları ile kişi diğer bireylerden ayrılır.(19)

Rosenberg'e göre benlik kavramı, bireyin kendisine yönelttiği duygu ve düşüncelerinin hepsidir. (20)

Jung kişiliğin ego, kişisel bilinçaltı ve onun kompleksleri ve kolektif bilinçaltı ve arketipler, persona, anima ve animus ve gölge gibi sistemlerin bütünleşmesinden oluştuğunu savunmaktadır. Benliği de kişiliği oluşturan tüm bu sistemlerin merkezine koyar. Ona göre benlikbu sistemleri bir arada tutarak kişiliğin bütünlüğünü ve uyumunu korumuş olur.(19)

C. Rogers , James 'in davranışçı kuramına karşılık daha hümanistik bir yaklaşımı savunmuştur ki bunu fenomenolojik yaklaşım olarak adlandırır. Bu yaklaşım insanın iç dünyası ve sosyokültürel çevresi arasında bir ilişki olduğunu belirtir. (7) Bireyin kendi

hakkındaki düşünceleri ve çevresindekilerin kendisi hakkındaki düşünceleri Rogers'ın benlik kavramını meydana getirir. (21)

Fenomenolojik yaklaşıma göre her birey kendisinin merkez olduğu bir evrende yasar. Herkesi etkileyen kesin gerçekler yoktur. Herkesin kendisine özgü gerçek olan olguları vardır. (22). İnsan davranışını biçimlendiren en önemli etken, onun kendini ve çevreyi o andaki algılayış ve anlamlandırma biçimidir. (7). Algılanan çevre birey için gerçekliktir. Herkes için gerçek "kendine hastır". Bireylerin farklı tepkiler göstermeleri her birinin farklı algılarından ve farklı kişilik özelliklerine sahip olmalarından kaynaklanır.(22).

Rogers'e göre birey benlik kavramı doğrultusunda yaşama eğilimindedir. Ancak bu doğrultuda yaşar ise mutlu ve güvende hissedebilir. Eğer benlik kavramının dışında yaşar veya yaşamaya zorlanırsa özgüveni zedelenir, kendini mutsuz ve güvensiz hisseder. (22,23)

Maslow'un benlik kavramıyla ilgili görüşleri Rogers'ı destekler niteliktedir. Ancak Rogers den farklı olarak, insanın kendini geliştirme sürecinde sosyal etkileşimin etkisinin temel bir faktör olmadığını düşünmektedir.(24) Maslow, insanın farklı davranışlarının ihtiyaçlarını karşılamak gayesiyle oluştuğunu öne sürer. İnsan gereksinimlerini önem sırasına koymuştur ve Maslow'a göre kişi sahip oldukları şeyler tarafından değil, sahip olmak istedikleri şeyler tarafından motive edilmektedir. (25) Maslow' un kuramı daha çok bir kişilik kuramı olarak kabul edilir. İnsanın alt basamakta ki gereksinimleri giderir gidermez, üst aşamadaki isteklerini gidermeye yöneleceğini ve en sonunda ulaşacağı en yüksek yerin kendini gerçekleştirme noktası olduğunu söyler. Bunu başarıp kendini gerçekleştirebilen insanların da çok nadir olduğunu savunur. (26,27)

2.2. BENLİK SAYGISI KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR

Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve kendini olduğu şekliyle kabullenip benimsemesidir. Benlik saygısı, kişinin kendine duyduğu güven, saygı, sevgi duygularının bir birleşimi ve kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını kabullenmesinden kaynaklanan beğeni durumudur.(28)

Benlik saygısının oluşması için bireyin üstün özellikler taşımasına gerek yoktur; zaten benlik saygısı, bireyin genel olarak kendinden memnun olma durumudur. Kendini

olduğu gibi kabul edip kendini değerli hissetme, kendini beğenme, kendini sevilebilir bulma ve kendine güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir. (29)

Bireyin evresi tarafından beğenilmesi veya beğenilmemesi, başarma, yeteneklerini ortaya koyabilme, kişinin kendi bedensel özelliklerinden memnun olması benlik saygısının oluşması ve gelişmesini sağlar. Benlik saygısı durağan bir durum değildir. İnsanın çevresinden aldığı tepkiler, dışsal olaylar, evre değişikliği, hastalıklar gibi etkenler değiştikçe, kişinin benlik değerleri dolayısıyla da benlik saygısı değişime uğrar. (30) zellikle de kronik hastalıklarda olduğu gibi üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemlerin ortaya çıktığı hastalık dönemlerinde benlik saygısındaki değişim çok daha hızlı ve belirgin yaşanmaktadır.

Literatüre bakıldığında aslında benlik saygısının belli bir tanımlaması yoktur. Kuramcılar da kendilerince benlik saygısını tanımlamaya çalışmışlarsa da aslında her biri benlik saygısının benzer ve farklı yönlerini ele almıştır.

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendi kendisine yapmış olduğu olumlu veya olumsuz değerlendirmenin bir sonucu olarak betimlemiştir. Kişi kendini olumlu olarak değerlendiriyor ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz olarak değerlendiriyor ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (31). Yani Rosenberg'e göre benlik saygısı, bireyin kendi değeri hakkındaki algılamalarıdır diyebiliriz.

Erikson, benlik saygısının kökenini, psikososyal gelişim basamaklarının birinci döneminde, aynılık ve süreklilik duygusuna bağlamıştır ki bu duygu temel güven duygusuyla kazanılmaktadır. İkinci dönemde çocuğun işeme, dışkılama kasları üzerinde kontrol kurduğunu fark etmesinin verdiği haz ve sosyal varlığının farkına varması özerklik duygusunun kazanılmasını sağlamakta ve benlik saygısını belirgin olarak artırmada rol oynamaktadır. Psikososyal gelişimin beşinci dönemi olan kimlik oluşumu sürecinde de başkaları tarafından yapılan değerlendirmenin aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, ben merkezlikten çok, yetenekler ve sosyal kabiliyetlere, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanmaktadır (32).

Maslow, insanın temel gereksinimlerinden bahsederken, benlik saygısının temel gereksinimler piramidinin dördüncü basmağında sıralamış, insanın kendine saygı ve diğerlerinden saygı görme ihtiyaı karşılanmadığında kendini yarımsız ve aşağılık

hissedeceğini belirtmiştir (4). Maslow benlik saygısını kendine güven, değer ve başarı ile ilgili olduğunu ve bu sisteme göre kişinin kendini gerçekleştirmesinin yolunun benlik saygısının düzeyinin yüksek olması olacağını belirtmiştir. (33).

Rogers' a göre benlik kavramı bireyin kendi hakkındaki düşünceleri ve çevresindekilerin kendisi hakkındaki düşüncelerinin birleşmesiyle oluşur ve bireyin kendinden çok çevresindekilerin kişi hakkındaki düşüncelerini yansıtmaktadır. Benlik saygısını ise Rogers, bireyin çevresindeki kişilerden aldığı değerlilik duygusuna, insanların kendisini olduğu gibi, koşulsuz olarak kabul etmesine bağlamıştır. (21)

Harter' a göre benlik saygısı, bireyin kendisinden ne kadar hoşlandığı, kendisini ne ölçüde kabul ettiği ve ne ölçüde saygı duyduğu ile ilişkilidir. Harter, benlik saygısını iki farklı kuramsal görüşte açıklamıştır.(30) İlki, William James'in tanımladığı benlik saygısıdır. Buna göre benlik saygısı bireyin belirli bir alanda algılanan başarısı olarak tanımlanmaktadır ki birey burada başarıya odaklanmıştır. İkinci kuramsal görüş C. Horton Cooley'in görüşü olup buna göre de benlik saygısı, kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl algıladığıyla ilişkilidir (29). Yani Harter benlik saygısını hem bireysel algıya hem de sosyal algıya dayandırmaktadır.

2.2.1. Düşük ve Yüksek Benlik Saygısı

Benlik saygısı, gerçek benlik ile bireyin hayal ettiği, ulaşmak istediği ideal benlik arasındaki fark ile biçimlenir. İdeal benlik ile gerçek benlik arasındaki fark ne kadar fazla olursa benlik saygısı o oranda düşük, ne kadar az olursa da benlik saygısı o oranda yüksek olur. (5)

Benlik saygısını oluşturan iki temel kaynak , “ben” ve “diğerleri” dir. İlk amaç, diğerlerinin saygısını kazanmak ve benliğin sevilmesidir. Bireyin çevresindeki kişilerin bireye karşın sevgisi ve ilgisinin azalması ve bireyi başarısız görmeleri benlik saygısını düşürürken; sevgi ve ilginin artması, çevrenin kabul ve beğenisini kazanmak da benlik saygısını yükselten etmenlerdendir.(34)

Benlik saygısı yüksek olan bir birey, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini bilir ve olduğu şekliyle bunları kabullenir.(35) Kendilerini hatalarına ve kusurlarına rağmen değerli hisseder. Bu bireyler, amaçlarına nasıl ulaşabileceklerini bilirler ve başarının da başarısızlığın da sorumluluğunu kabul ederler. Başarısızlığı sevmezler ama başarısız olduklarında başa çıkma yollarını arar, bunu kendilerini geliştirmek için bir yol olarak değerlendirirler.(29) Benlik saygısı yüksek bireyler insan ilişkilerinde daha başarılıdır. İnsanlara karşı daha toleranslı, daha sevecen, grup etkileşimlerine daha açıktır. Toplum

içinde daha çabuk kabul görür, daha kolay arkadaşlık kurabilir, genel olarak canlı, enerjik ve mutlu insanlar olarak tanımlanırlar. Benlik saygısı yüksek olan kişiler daha az psikolojik problem yaşar, daha az anksiyöz ve depresiflerdir. Çünkü stresle başa çıkabilecek mekanizmaları iyi geliştirmiştir, kendilerine yeni bir yol çizebilir, yeni fikirleri benimseyebilirler.(36) Yüksek benlik saygısına sahip insanlar daha fazla öğrenme ve çalışma isteği duyarlar. Verilen işi en iyi şekilde yapmaya çalışırlar, yeni aktivitelere açıktırlar, elde ettikleri başarılı sonuçlarla kendi fikirlerini oluştururlar böylece hem fikirlerine hem de davranışlarına güvenirlir ve fikirlerini bağımsızca iş ve özel yaşantılarında savunabilirler.(30) Yüksek benlik saygısı olanların fiziksel ve psikolojik sağlıklarının ise daha iyi olduğu vurgulanmıştır. (35)

Düşük benlik saygısına sahip insanlar ise dışlanma ve başarısızlık tehlikesi yüzünden riskten kaçınır, benlik saygılarını korumak için kendilerini geliştirici ve yükseltici davranışlara yönelmek yerine, kendinden daha güçsüz gördüğü kişilerle rekabet ederek ve bu kişilerle kendini kıyaslayarak dolaylı yoldan kendi değerlerini arttırmaya çalışırlar. Benlik saygısı düşük olan insanlar iletişime kapalı, içe dönük, toplumda düşünce ve fikirlerini beyan etmekten korkan, kendine güvensiz, hatta kendini utanç verici ve değersiz hisseden kişilerdir. Canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, başarı ve becerileri azalmıştır (36). Daha fazla ruhsal dengesizlikleri olan mutsuz olma ihtimalleri yüksek olan insanlardır (35). Düşük benlik saygısı olanlar ise öz korumacıdır, kişilikleri yeterince gelişmediğinden çok çabuk başkalarının fikrinden etkilenirler bu nedenle iletişime, yeni fikir ve aktivitelere kendilerini kapatırlar (30). Düşük benlik saygısının, alkol bağımlılığı ve yeme patolojileri için (anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza) önemli bir risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (37). Bununla beraber Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rol aldığını belirtmiştir (35).

Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında da önemli bir ilişki vardır. Sağlık problemleri, hastalığın tipi ve şiddetinden bağımsız olarak düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (5). Özellikle de yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen kronik hastalığı olan bireylerde benlik saygısı önemli ölçüde zedelenmektedir.

2.2.2. Benlik Saygısının Gelişimi

Benlik saygısının oluşumu doğumla birlikte başlayan, yaşamın ileriki zamanlarında farklı değişimler gösteren bir süreçtir. Bebekler kademeli olarak

bedenlerini algılamaya başlarlar ki buda kendilerini algılamalarının temelini oluşturur (29).

Temel güven duygusunun geliştiği dönem bebeklik dönemidir. Bu dönemde yetişkinlerin tepkileri çocuğun güven duygusunun gelişmesinde ana etkindir. Bebeğin ilk iki ayı bilincin henüz gelişmediği dönemidir. Bu andan sonra bebek yavaş yavaş kendisinin ve çevrenin farkına varmaya başlar. Özellikle altıncı ay civarında bebek diğerlerinden ayrı bir birey olduğunu algılar, dokuzuncu aya geldiğinde ise duygu ve isteklerini daha belirgin olarak ortaya koymaya başlar. Dil gelişimiyle beraber de artık bebek toplumla sözel olarak da iletişim kurar. Sözel iletişimle beraber benlik gelişimi daha fazla ivme kazanır (30). Gelişim teorilerine göre, iki yaş civarında benlik saygısının oluşmaya başlamasının ilk belirtileri, çocuğun anne-baba ile zıtlaşması, bağımsız olma ve çevresini keşfetme isteğidir (4).

Çocuk 6-7 yaşlarına geldiğinde özellikle de okula başlama ile sosyalleşme sürecinin hızlanması sonucu, benlik saygısı kendini başkaları ile karşılaştırma ve rekabet etme ile ilişkili olmaya başlar. Çocuğun çevresi tarafından beğenilmesi, desteklenmesi, başarılı olma duygusunun ve yeterlilik duygusunun yaşanması benlik saygısını yükseltirken; olumsuz eleştiriler, davranışlarının kabul edilmemesi benlik saygısını düşüren etmenlerdir (30). Özellikle sevgi dolu bir aile ortamında yetişmek çocuğun içindeki kapasiteyi kuvvetlendirir aynı zamanda kendi geleceklerini daha iyi kontrol edebilmelerini sağlar. Böyle çocukların da benlik saygıları daha yüksek olur (38).

Ergenlik dönemine gelindiğinde ise birey, hızlı büyüme-gelişme içinde olduğu gibi, bireysel, toplumsal ve evrensel değerleri fark ederek kimlik oluşturma çabası içine girer (39). Eğer birey ergenlik dönemine gelene kadar yüksek benlik saygısı oluşturabilmiş ise bu dönemin zorluklarının üstesinden daha kolay gelir. Bu dönemde ergenin gelecek yaşamındaki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyecek olan kimliğinin çekirdeğini oluşturan benlik saygısı, ergenin yaşantılarına, içinde bulunduğu aile ve arkadaş ortamına göre yükselme ya da düşme gösterir (4).

Beden imajı, benlik saygısının fiziksel karşılığıdır yani ergenlerde benlik saygısı büyük ölçüde beden imajı ile belirlenir (40). Fiziksel iyilik, benlik saygısını olumlu yönde etkilemekte fiziksel olarak kendini beğenen gençlerin benlik saygılarının diğer gençlere göre daha fazla olduğu görülmektedir (30).

Yetişkinlik döneminde birey daha gerçekçi, yetersizlikleri ile baş etmeyi öğrenmiş, meslek sahibi olmuş, aile kurmuş ve bağımsız bir kişi olmuştur. Tüm bunlar

bireyin kendine olan güveninin artmasını ve benlik saygısının gelişmesini sağlasa da bu dönemdeki hastalıklar, kazalar, iş veya sevilen kişilerin kayıpları, göç, bedende meydana gelen değişiklikler (aşırı kilo kaybı, aşırı kilo artışı,...) gibi olumsuz yaşam olayları benlik saygısını etkileyebilir ve yeniden yapılanma ihtiyacı ortaya çıkarabilir. Benlik saygısının bu durumlardan etkilenme düzeyi ise kişinin baş etme mekanizmalarının yeterince gelişip gelişmediğine ayrıca yaşanan durumla daha önceden karşılaşp karşılaşmamasına göre değişir (4).

2.2.3. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler

Ebeveyn etkisi, sosyal, psikolojik, fiziksel görünüş, çevresel ve kültürel faktörler, anne-baba, eğitim düzeyi, meslekleri, ekonomik durumları, sağlık durumu gibi daha pek çok etken benlik saygısını etkilemektedir ve bunlarla ilgili de birçok çalışma yapılmıştır.

Benlik saygının şekillenmesini sağlayan en temel faktör şüphesiz ki anne ve babanın daha ilk andan itibaren çocuğa gösterdiği ilgi ve sevgidir. Bir çocuk için çok kıymetli olan ve yeri hiçbir şekilde doldurulamayacak anne ve babanın çocuğa karşı olumsuz tutumları, ilgi ve sevgi azlığı zaten daha en baştan benlik sorunları oluşturur ki buda sağlıklı bir benlik saygısının gelişmesine engeldir. Çocuk kendisini ebeveynlerinin gözüyle görmeye çalışır, onların algılarına yakın bir algıyla kendisini değerlendirir. Daha sonraki dönemlerde de çocuğun kendisi için önemli diğer insanlar, okul ve arkadaş çevresi, öğretmenleri gibi kişilerden gördüğü davranışlar, çocuğu beğenip beğenmemeleri, çocuktan utanmaları, bu kişilerin çocuk hakkında söyledikleri şeyler benlik saygısının gelişmesine katkıda bulunur. Yani benlik saygısı, her baştan geçen olayla iyi yahut kötü her an gelişmeye ve değişmeye devam eder (30). Lissau ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğunu göstermektedir.

Anne babası ayrılmış olan gençlerde, anne veya babasından birini kaybetmiş olan gençlere göre bunaltı belirtileri ve psikosomatik hastalıklar daha sık görülmekte buda benlik saygısında düşmeye neden olmaktadır (30). Ayrıca anne babanın mesleki durumlarının çocuğun benlik saygısını etkilediği gösterilmiş, özellikle polis, asker gibi silah taşıyan işlere sahip anne babanın çocuklarında benlik saygısının daha yüksek olduğu görülmüştür (41).

Benlik saygısının kardeş sayısı ve doğum sırası ile de ilişki vardır. Tek çocukların, kardeşleri olan çocuklara göre benlik saygıları daha yüksektir. Özellikle de tek erkek çocuk ya da kardeşleri hep kız olan erkek çocukların benlik saygısı çok daha fazla yükselmektedir (42).

Ergenlik döneminde sağlıklı bir benlik gelişimi, daha sonraki yıllarda bireyin saldırgan ya da içe dönük davranışlarına neden olmaktadır. Bu açıdan benlik ve benlik saygısının şekil aldığı en önemli dönem bu dönemdir.

Cinsiyette benlik saygısını etkilemektedir. Erkeklerin kızlara göre daha yüksek benlik saygısının olduğu gösterilmiştir (30). Bunun aksini söyleyen bazı çalışmalarda cinsiyetin benlik saygısını etkileyecek bir faktör olmadığı görülmüş olsa da genel görüş cinsiyetin benlik saygısını etkileyen bir faktör olduğu yönündedir (29).

Bireyin yaşı da benlik saygısı etkilemektedir. Dönmez üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında yaş ilerledikçe benlik saygısının arttığı sonucuna varmıştır (29).

Sosyo-ekonomik durum benlik saygısını pozitif yönde etkilemektedir. Gelir düzeyi arttıkça doğru orantılı olarak benlik saygısının da yükseldiği gösterilmiştir (30). Spor kulüplerine, sosyal aktivitede bulunabileceği yerlere giden bireylerin benlik saygısı da genellikle yükselmektedir (42).

Bireyin ergenlik, yaşlılık gibi belirgin fiziksel değişim yaşadığı dönemlerde ya da beden imajında hızlı değişimlere neden olan hastalık zamanlarında benlik saygısı ciddi şekilde etkilenir. Benlik saygısını, benlik kavramında değişim yaratan bireyin yaşadığı rol değişimlerinin, yaşadığı kayıpların büyüklüğünden çok, bireyin bu durumlarda ki algısı etkilemektedir (4).

Kronik hastalıklar başlı başına bir stres kaynağıdır. Beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı vs. gibi bir takım faktörlerle bireyin uyum kapasitesi değişmektedir (43). Özellikle de beden imajı değişikliği, yaşam biçiminde bozulma ve rol değişiklikleri benlik yapısında köklü değişimlere neden olmaktadır. Bu aşamada bireyin daha önceden geliştirmiş olduğu benlik ve bedenine ait algılar devreye girerek, bireyin bu durumdan benlik saygısının az veya çok etkilenmesini sağlamaktadır. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamalıdır (43,44).

2.3. BEDEN ALGISI KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR

İlk kez Paul Schilder tarafından 1935 yılında tanımlanan beden imgesinin, psikoloji literatürü incelendiğinde ortak ve kesin bir tanımın olmadığı görülmektedir. Paul Schilder beden imgesini, psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik bir olgu olarak belirtmiş ve “Zihnimize biçimlendirdiğimiz kendi vücudumuzun resmidir, yani kendimize nasıl görüldüğümüzdür.” şeklinde tanımlamıştır (45). Schilder kitabında, beden algısının sadece bir kognitif yapı olmadığını, başkalarıyla ilişkilerin ve tavırların bir yansıması olduğunu belirtmiştir (45). Daha sonra da tanımı genişleterek “beden imajı kişilerarası, çevresel ve geçici faktörleri kapsayan üç boyutlu bir bütünlük olarak zihnimize şekillendirdiğimiz bizim kendi şemamız veya resmimizdir” demiştir (29).

Schilder’ dan önce beden imgesi uzun süre boyunca tek boyutlu bir yapı olarak düşünülmüş, özellikle yapılan çalışmalar beyin hasarına bağlı gelişmiş bozuk beden algılarıyla sınırlı kalmıştır. 1920’li yıllarda bir nörolog olan Head beden şemasını “daha çok duygusal kortekste organize edilmiş olan geçmiş yaşantılar ve şimdiki duyumlardan oluşan bir bütündür” şeklinde tanımlamıştır (46). Günümüzde ise beden, psikiyatrik ve nörolojik sorunlar, psikoterapi ve psikosomatik hastalıklarla ilgili çalışmalarda ele alınmış, birçok disiplin bu kavramı çalışmalarında kullanmaya başlamıştır (47).

Freud psikoanalitik kuramda, bu kavramı ego kavramı ile eş anlamlı düşünmüş, ayrıca beden algısının en önemli aşamasının egonun oluşumu olduğunu savunmuştur (48). Yani beden algısı, beden organlarının zihinsel tasarımlarının tümüdür, “ben” fikrini oluşturur ve egonun biçimlenmesinde temel bir önem taşır (49).

Schwab “bir kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir” şeklinde beden imajını tanımlamıştır (46).

Harter’a göre beden algısı, benlik saygısı ve ruh sağlığının oluşumunda önem arz etmektedir. Rucker ve Cash ise beden imgesinin farklı iki yönünden bahsetmiştir. Bunlardan ilki bireyin beden şeması ve beden ölçülerini içeren kendi algısı, ikincisi nesnel ya da davranışsal beden imgesidir ki bu daha çok bilişsel olup, beden kavramı, bedene dair düşünceler ile inançlar ve bilgileri içerir (47).

Chilton, beden imajını tanımlarken bedeninin insanın en çok görünen ve maddesel bölümü olduğunu, bu yüzden algılarının merkezine oturduğunu söylemiştir. Ona göre

insanların kendileri hakkında hissettikleri ile bedenleri hakkında hissettikleri bağlantılıdır (50).

Her bireyin ideal kabul ettiği ve kendi bedeni ile karşılaştırma yaptığı bir beden imajı bulunmaktadır. Smith' e göre beden imajı doğumda oluşur ve büyürken gelişir, çevresel faktörler ve sosyal kalıplardan etkilenir (50). Bugün ve geçmişe ait algılar ile ölçü, fonksiyon, potansiyel ve görünüm hakkındaki duygular beden imajının şekillenmesinde etkilidir (46).

Gillies, beden imajını tanımlarken bu kavramı doğru bir şekilde anlamak için bazı diğer terimlerin anlaşılması ve birbiriyle ilişkilerinin bilinmesi gerekliliğinden bahsetmiştir. Bu kavramlar kendini görme biçimi, kendine saygı, beden kavramı, beden planı, beden imajı ve beden imajı sınırı gibi terimleri içerir. Bu terimlere bakacak olursak; kendini görme biçimi, kişinin kendisini gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendisi hakkında ne düşündüğüdür. Kendine saygı, kendinin bilincinde olma ile şekillenir, kişi kendinin artı ve eksi yönlerini değerlendirerek kendisi hakkında olumlu veya olumsuz bir kanaata varır. Kişi bir yönü hakkında duyduğu beğeniyi, diğer yönlerine de yansıtabilir, tüm yönleri ile iyi bir insan olduğunu düşünebilir. Gillies, kendini görme biçiminin, beden kavramı ile örtüştüğünü ifade etmiş, kendimiz hakkında bildiklerimizin çoğunun bizim fiziksel çevre ile ilişkimizden kaynaklandığını savunmuştur. Gillies'e göre kişiler, kendileri ile ilgili bilgileri algı, hareket, duygu ve zihinsel işlemler için özelleşmiş organların fonksiyonları sonucu elde eder. Bundan ötürü öz benlik yani kendini görme biçimi, temelde beden kavramının ta kendisidir. Gillies'e göre beden kavramı birçok alt kavramdan oluşur. Bunlardan en önemlileri beden planı ve beden imajıdır. Beden planı, beden kavramının maddesel yanısıdır yani kişinin bedeninin uzayda kapladığı yerini temsil eder. Beden imajı ise beden kavramının psikolojik ve sosyal yanısıdır (46).

Özetleyecek olursak beden algısı temelde fizyolojiktir. Ancak beraberinde algı, fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimler de beden algısının şekillenmesini sağlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde beden algısı hem kişilik yapısını ortaya koyar, hem de sosyolojik bir anlam ifade eder. Kısacası kişinin fiziksel özellikleri kendine verdiği değeri, kişinin yeteneklerini kontrol eden, kendine karşı davranışlarını oluşturmada, bunlarda kişinin sosyal ilişkilerine yansımaktadır (51).

2.3.1. Beden Algısının Bileşenleri

Beden algısının, bedeninin içselleştirilmiş ve öğrenilmiş bir sunumu olduğu araştırmacılar tarafından üzerinde durulan bir konudur. Beden algısı şu üç komponentten oluşmaktadır. İlki bireyin bedenini algılayış şekli ve kendine dair neler hissettiği anlamına gelen beden gerçekliği, ikincisi isteklere bedeninin verdiği tepki yani beden sunumu, üçüncüsü bu iki unsurun birlikte değerlendirildiği, kişinin iç standardını oluşturan beden idealidir (52).

2.3.1.1. Beden Gerçekliği

Beden gerçekliği, objektif olarak ölçülebilir ve görülebilir olup bedeninin nesnel olarak ele alınmasıyla ilişkilidir ve asıl olarak genler yardımıyla şekillenen ve sonraki dönemde beslenme ile biçim kazanır (53).

Beden gerçekliği dinamik bir yapı gösterir. Yaşam boyunca bedeninin değişik yerlerinde önemli farklılıklar meydana gelmekte, hem genetik kodlar hem de bireyin içinde yaşadığı çevredeki uyarıcılara tepki olarak farklı hızlarda da olsa beden gerçekliği gelişmeye ve değişmeye devam etmektedir. Bu değişim özellikle ergenlik döneminde oldukça önemli olabilmektedir.

Ergenlik döneminde göğüslerin gelişmesi, beden hatlarının değişmesi, bireyin üyesi olduğu ırkın normları da baz alınarak kişinin duygu ve kişilik algısında derin etkileri olan temel beden gerçekliği değişikliklerine neden olmaktadır (52).

2.3.1.2. Beden İdeali

Beden ideali, bedeninin bütününe veya bir bölümüne, olması istenen, ulaşılmaya çalışılan şekli olarak tarif edilebilir. Beden ideali, kişinin çocukluğundan bugüne kadar içselleştirdiği ve benimsediği norm veya standartlardan; eğitim, yetişme şekli, kültür, moda ve sosyal davranış değişikliklerinden etkilenir ve değişir. Kişi bilinçli ya da bilinçsiz olarak beden gerçekliğini ve beden sunumunu beden ideali ile kıyaslar (53).

Bedenin dış çevre ile kesiştiği alan beden sınırını ve kültüre göre genişlemekte veya daralmaktadır. Yani beden sınırını asıl belirleyen kültürel normlar ve değerlerdir ki birey, beden alanı ve sınırlarını da beden idealinin bir parçası olarak görür. Buna bağlı olarak kişi sadece kendi bedenini değil, bedeninin etrafındaki çevreyi de kontrol etmeye çalışır.

Diğer taraftan bir de her bireye özgü norm ve standartlar vardır bunlar da günü birlik değişebilmektedir. Beden standardını çoğu zaman aslında kişinin kendisi değil toplum ve arkadaş grubu belirler ve bu standartlar beden gerçekliğinden ne kadar uzak ise kişi o kadar mutsuz olur hatta bu durum depresyona kadar ilerleyebilir (54).

Bebek dünyaya geldikten sonra hızla gelişmeye ve değişmeye başlamaktadır. Bu süreç içinde kendini ve çevresindekileri algılamaya başladığı andan itibaren, bedenini diğer bireyler ile kıyaslar. İşte böylelikle beden idealinin temelleri atılır ve yaşamı boyunca da gelişmeye devam eder. Beden ideali bu anlamda kafamızdaki sabit bir fikirden değil, bedenin değişimi ile birlikte gelişen ve devamlı değişim gösteren model ve standartlarla farklılaşan bir olgudur (52).

2.3.1.3. Beden Sunumu

Beden sunumu, kişilerin görünümünün daha iyi olması için yaptıkları bireysel davranışlardır (55). Ancak beden sunumu, sadece giyinmeyi ve süslenmeyi içermez, aynı zamanda duygu, niyet ve iradeyi yansıtan vücut duruşunu ve vücut hareketlerini de içerir (56). Yani beden sunumu için bireyin çeşitli sosyal durumlarda nasıl hareket etmesi gerektiği ve nasıl performans sergilemesi gerektiği, beden yapısı ve bireyin nasıl görüldüğü kadar önemlidir (52). Bu anlamda beden sunumu, beden idealinden etkilenir ve beden gerçekliğini değiştirir (56).

2.3.2. Beden Algısının Gelişimi

İlk olarak beden imajı ve ben kavramı çocukluk yaşlarında gelişmeye başlamaktadır. Süt çocuğunda fiziksel beden imajı yoktur. Bu dönemde ağız çevresindeki motor ve duyuşal iletiler yoluyla çocuk çevredeki objelerin kendisinden farklı olduğunu anlar. Bu dönemde çocuğun temel gereksinimlerinin karşılanması güven duygusunu geliştirir, güven duygusu da çocukta ben kavramının gelişmesini sağlar (29).

Oyun çocukluğu döneminde motor becerilerin gelişmesi ile çocuk bedenini kontrol etmeye başlar ve çevre ile daha fazla etkileşime girdiğinden, çevresi ve kendisi arasındaki farklılığı daha belirgin yaşar. Bu dönemde özellikle ailenin destekleyici tutumları çocuğun hem kendi bedenini hem de çevresini kontrol etme yeteneğini arttırarak çocuğun benlik saygısının olumlu yönde gelişimine katkı sağlar. Aksine kontrolü sağlayamayan çocuk değersizlik, yetersizlik ve suçluluk duygularını yaşar

(29). Bu dönemde çocuğun kendine bakış açısı çevresindekilerin ona bakışının bir yansıması gibidir (57).

Okul öncesi dönemin en önemli özelliği cinsiyet rolünde kimlik gelişiminin öğrenilmesi ve cinsler arasındaki ayrımın çocuk tarafından yapılmasıdır. Bu dönemde cinsiyet kimliğinin de anlaşılmasıyla beraber çocuğun beden algısı kafasında belirginleşir, kişiliği kuvvetlenir ve nasıl bir kişi olmak istediğini keşfetmeye başlar (57).

Okul çocukluğu döneminde beden imajının gelişimine asıl katkıyı sağlayan unsurlar, cinsiyet rolünün benimsenmesi, akranları ile ilişkileri ve öğrenme becerilerinin gelişimidir. Değişik gelişme dönemlerinde olduğu gibi bu dönemde de çocuğun deneyimlerini organize etme şekli beden kavramının ve beden sınırlarının kesin olarak belirlenmesini sağlar. Bu dönemde oluşabilecek psikososyal sorunlar beden yapısı normal olsa bile, çocuğun beden yapısını kabullenememesine neden olur. Bu nedenle çocuğun beden imajı kavramı, kişilik oluşumu ve ego bütünlüğünün en önemli göstergesidir (29).

Adölesan dönemde beden imajı adölesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri deneyimlemesi sonucu oluşur (57). Bu dönemde bedensel büyüme ve farklılaşma daha belirgindir. Bu nedenle adölesan kendi bedeniyle daha fazla ilgilenir ve bedeninin daha fazla farkındadır. Özellikle de çevresinden aldığı tepkiler adölesan için daha fazla önem taşır. Bu dönemin sonuna doğru artık fiziksel büyümenin yavaşlaması ve erişkin beden imajının oturmasıyla beraber adölesan artık yeni bedenini kabullenir (29).

Genç erişkinlik döneminde de büyüme ve gelişme belli bir oranda devam eder. Bu nedenle erişkin dönemde de beden imajı ve benlik kavramı değişir. Erişkinin beden imajı, beden kavramı, kişilik ve kimlik unsurlarını dinamik bir şekilde etkiler. Beden imajı olumlu olan bir birey olumlu davranışlar sergilerken tersine olumsuz beden imajına sahip kişiler olumsuz davranış sergileyebilirler. Erişkinlik döneminin ilerleyen yıllarında gençlik imajının kaybedilmeye başlandığının fark edilmesi ile beraber kişi genç görünme çabası içine girmeye başlayabilir. Bunu da daha çok yaşam tarzı değişiklikleri ve giyim tarzı ile yapmaya çalışır. Bu çabanın gerçek nedeni kişinin artık kendi bedeninin daha sağlıklı ve daha güçlü olamayacağı gerçeğini fark etmesidir (29).

Yaşlanma süreci ile fiziksel, sosyal, mental ve emosyonel bir sürü değişim yaşanır. Bu da ben kavramında belirgin değişimlere neden olur. Ben kavramını bu dönemde iki önemli olay etkiler. Bunlardan biri emeklilik, diğeri eşin, yakın

arkadaşların kaybedilmesidir. Bunun yanında beden imajındaki fiziksel değişiklikler takma diş, işitme cihazı, gözlük, baston, yürüteç, kalp pili ve tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanılması, ayrıca yavaş yürüme, cildin kırıışması, saç dökülmesi, duruş değişiklikleri, duyuşsal ve motor fonksiyonlarda azalma ve güç kaybı gibi diğer fiziksel değişiklikler yaşı birey de psikolojik sorun yaşılanmasına, depresyon ve ilgisizlik içine girmesine yol açar (29).

2.3.3. Beden Algısını Etkileyen Faktörler

Beden imajının değişmesi bedensel gelişimin yanında birçok farklı etkene de bağlıdır. Bunlar arasında, bireyin benlik gücü, dürtüleri, güdülenmesi, benlik saygısı, cinsiyeti, öğrenme ve olgunlaşma düzeyi, bedenine karşı duyarlılığı ve verdiği anlam, nesne ilişkileri, başkalarına karşı tutumu ile başkalarının ona karşı tutumu, toplumun beden görünüşüne verdiği değer sayılabilir (58).

Beden imajı, fizyolojik bir temele dayanır ancak fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerle şekillenir. Bu nedenle benden imajının hem bireyin kişilik yapısıyla hem de içinde yaşadığı toplumun sosyokültürel yapısıyla bağlantısı vardır (59). Beden imajı toplumsal normlara göre de değişir özellikle erişkin beden imajı ve ben kavramı toplumun kültür yapısı ile uyumlu, kabul edilen, benimsenen beden imajına göre şekillenir (35). Kültürün ve modaın etkisi ile birey, ideal beden algısı geliştirebilir ve zihnindeki ideal olan ile mevcut görüntüsünü kıyaslar. Bu ikisi arasındaki fark ne kadar büyük olursa, kişinin benlik algısı ve benlik saygısı da o kadar olumsuz etkilenir. Ancak birey bu ikisi arasında ki uyuşmazlığı olduğu şekliyle kabullenip olumlu bir beden imajı oluşturmakla, gelişim görevini yerine getirmiş olur (60).

Gerek kadın gerekse erkek birey, toplumsallaşma kurumlarından özellikle de kitle iletişim araçları tarafından gönderilen mesajlardan etkilenmekte bilhassa zayıflığın ideal olduğu yönündeki mesajların kadınların bedeninden memnun olmama durumunun, sosyokültürel sebebi olduğu düşünölmektedir. İnsanların kendi bedenlerini değerlendirmelerinde bu araçlardaki imgeler etkili olmakta ve memnuniyetsizlik duygularını harekete geçirmektedir (61,62). Kitle iletişim araçlarının yanında arkadaş, ebeveynlerin beden kavramı üzerindeki rolü de oldukça büyüktür. Özellikle ebeveynlerin kilo konusunda ki eleştirilerinin, çocuğu diyet yapmaya sevk ettiği araştırmalarda gösterilmiştir. Erkekler ve arkadaş çevresi bilhassa kızlar üzerinde baskı unsuru oluşturmaktadır (61).

Normal bir beden algısı ve ben kavramı, öğrenme, olgunluk, bireyin kendisinin ve diğer bireylerin algısı sonucu oluşur. Bireyin yaşı ne olursa olsun, beden algısı bu etmenlerin dışında birçok nedenlerle de değişebilir. Bunlar, hastalık, yaralanma, ameliyat, hatta doğum olayı olabilir (60).

Ağırlık artışı ve şişmanlık ile beden memnuniyetsizliği arasında doğru orantılı bir ilişkiden söz etmek mümkündür. Bireyin kendi bedeninden duyduğu rahatsızlığın yanında, şişmanlık ve kilo artışı biyolojik yönden birçok rahatsızlığın ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Buda şişman veya kilolu bireylerde psikososyal problemler yaşanmasına neden olmaktadır (63).

Kadınlar erkeklere göre daha fazla bedenlerine ilgi gösterirler. Bu durum yaş değişkeninden bağımsızdır (64). Kadınlarda erkeklerden daha çok hatalı beden algısı ve beden memnuniyetsizliği görülmektedir. Bunun birkaç nedeni vardır. Bunlardan ilki sosyokültürel baskı erkeklerden çok kadınların üstünedir. Diğerleri medya ve ailenin ilgisinin daha çok kadınların üzerine yoğunlaşmasından ve medyada kadınlara yönelik ideal beden kavramının erkeklere göre daha net sınırlarla çizilmesinden kaynaklanmaktadır (63).

Beden imajı bozulması sonucunda şunlar gibi değişiklikler görülmektedir:

- Beden bölgelerine bakma veya dokunmanın reddi,
- Bedenin saklanması veya aşırı sergilenmesi,
- Bedenin yapı ve fonksiyon değişikliklerini kabullenememe,
- Sosyal ilişkilerinin sıklığında azalma,
- Beden hakkında negatif düşünceler,
- Beden kısımları veya fonksiyon kaybı ile ilgili tasa,
- Ümitsizlik fikirlerinin ifade edilmesi,
- Reddedilme korkusunun ifadesi,
- Gerçek değişikliğin inkârı,
- Çevredeki nesnelere birleşmek için beden sınırlarının geliştirilmesidir

2.4. BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkisi olan kavramlardır ve sebep sonuç ilişkisi şeklinde birbirlerinden etkilenirler. Bireyin bedenini ve beden parçalarını algılayarak anlam yüklemesi, kimli, kişilik kendine güven ve saygı gibi kavramlar ile pozitif ilişki içindedir. Bireyin beden imajını olumlu algılaması benlik saygısını da

olumlu algılamasını sağlamakta, buda gerek insan ilişkilerinde gerekse günlük ve iş hayatında daha başarılı, mutlu bir birey olmasını sağlamaktadır. Ters durumda olumsuz beden algısı, olumsuz benlik saygısını doğurmakta, buda bireyin yaşamının belirli dönemlerinde veya devamlı olarak mutsuzluk, güvensizlik ve değersizlik duygusu yaşamasına neden olmaktadır (27).

Beden imajında zaman içinde veya hızlı bir şekilde değişim yaşanabilir. Eğer kişi bu değişime uyum sağlayamaz veya zihninde olumsuz bir beden imajı oluşturursa benlik saygısında düşme yaşanır ve kişi kendini değersiz, işe yaramaz hissederek depresyona ilerleyen bir sürecin içine girebilir. Özellikle de hastalık dönemlerinde yaşanan fiziksel değişimler beden imajını da değiştiren bir tehdit unsuru haline gelebilir. Bu değişimlerin kişiyi ne derecede etkileyeceği bireysel özelliklere de bağlıdır. Örneğin genç, hiç çocuğu olmayan bir kadın ile menapoza girmiş çok çocuklu bir kadının histerektomi olmasının psikolojik ve fiziksel etkileri mutlaka farklı olacaktır. Çünkü genç olan kadının yaşamdan beklentilerinde ve amaçlarında daha fazla değişim yaşanacak ve bu değişime uyum sağlamak menapozdaki bir bayana göre daha zor olacaktır (29).

Yapılan çalışmalarda bedensel eksiklik, şekil bozukluğu ve fiziksel hastalıkların beden imajını bozup, yetersizlik duyguları yaratarak benlik saygısını azalttığı bildirilmiştir (65). Kolody ve Sallis 'ın yapmış olduğu çalışma vücut kitle indeksindeki (VKİ) artışın, prepubertal çocuklarda bile, benlik kavramında ve beden imajında olumsuz değişikliklere neden olduğunu göstermiştir (35).

Secord ve Jourard, üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada olumsuz beden algısına sahip olanların aynı zamanda düşük benlik saygısına sahip olma eğiliminde olduklarını göstermiştir (65).

Yapılan çalışmalarda, beden memnuniyetsizliğinin benlik saygısını da etkilediği gösterilmiştir (35). Bu çalışmalarda görüldüğü gibi kişinin bedeninden hoşnutluğu, benlik saygısı ile doğru orantılı olarak ilişkilidir. (65). Bunun tam tersi çalışmalar da vardır ki bunlar Fabian ve Thompson 'ın yapmış olduğu çalışmadır. Bu çalışmada benlik saygısı ile beden memnuniyeti arasında bir bağıntı olmadığı bulunmuştur (35).

2.5. KRONİK HASTALIKLARIN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ

Kronik hastalıklar (Örn: Diabetes mellitus, hipertansiyon, kanser gibi), latent dönemleri çok uzun, yavaş ilerleme gösteren, genellikle etiyolojileri belirgin olmayan ve çok çeşitli risk faktörleri tarafından etkilenen hastalıklardır (66). Kronik hastalıklar, hastalığın şiddetini azaltmak ve kişisel bakımında bireyin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır (67). Çoğunlukla orta yaşlarda başlarlar ve hayat boyu devam ederler. İyileşme ve alevlenme dönemleri olabilir fakat remisyon dönemi sonunda tablo genellikle daha da ağırlaşır hatta kalıcı sakatlıklar bırakabilir (66)

Kronik hastalıklar ülkelerin gelişmişlik düzeylerini, sosyal sınıflarını etkileyen ve her geçen gün artan hastalıklardır (68). DSÖ'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelindeki en sık ölüm nedenlerinin başında en çok kronik hastalıklar gelmektedir. 2008 yılında 36 milyondan fazla insan kronik hastalıklardan ölmüştür ki bu oran 2008' de meydana gelen 57 milyon ölümün % 63' ünü oluşturmaktadır. Bu hastalıklar başlıca; kardiyovasküler hastalıklar(% 48), kanserler (% 21), kronik solunum hastalıkları (% 12) ve diyabet (% 3)' tir. Kronik hastalıklardan ölümlerin büyük çoğunluğu 60 yaşından önce görülmektedir ki bu ölümlerin önemli bir bölümü önlenemez nedenlerden olmaktadır. Gelecekte de kronik hastalıklardan ölümlerin hızla artacağı ve 2020 yılında dünyadaki tüm ölümlerin % 75' inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir (69,70).

Sağlık Bakanlığının hazırladığı "Kronik Hastalıklar Raporu"na göre, ülkemizde yaklaşık 22 milyon kişi kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Bu rapora göre; Türkiye'de yaklaşık 15 milyon kişinin hipertansiyon, 4milyon kişinin de diyabet hastası olduğu ifade edilmekte, yaklaşık 3 milyon KOAH ve 2 milyon koroner kalp hastasının olduğu belirtilmektedir (71). Ülkemizin nüfus yapısı halen genç nüfus ağırlıklı olmasına rağmen ölüm sebeplerine bakıldığında yaşlı nüfusa sahip gelişmiş toplumlardakine benzer biçimde, kronik hastalıkların öne çıktığı görülmektedir (68). DSÖ' nün 2011 yılında yayınladığı profile göre, 2008 yılında ülkemizde tüm ölümlerin % 85' ini kronik hastalıkların oluşturduğu, tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (% 49), kanser (% 18), solunum hastalıkları (% 9), diyabet (% 2) ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (% 7) dir (72).

Kronik hastalıklar hem bireysel hem de toplumsal boyutta büyük finansal ve ekonomik problemler yaratmaktadır. Sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden kronik hastalıklar, özellikle düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler başta olmak üzere daha ağır bir yük oluşturmakta olup, hastaneleri ve poliklinikleri meşgul etmekte ve üretim kaybı meydana getirmektedir (72,73).

Beden algısı, bireyin kendine ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki tablosu olarak tanımlanmakla beraber bireyin beden ile ilgili bilinç ve bilinç dışı duygu, düşünce ve algılarını içerir (74,75). Beden algısı fiziksel, biyolojik ve sosyal deneyimlerden oluşmasına karşın, asıl olarak fizyolojik temele dayanır (75). Bu nedenle, vücut bölümlerinin yapısındaki, fonksiyonundaki veya görünüşündeki herhangi bir değişiklik beden algısında değişimlere neden olur (76).

Fiziksel hastalık ya da organ kayıpları yaşandığında kişi yaşamını, bedenini, geleceğini ve amaçlarını tehdit altında hisseder, böylelikle kişinin beden algısı ve özgüveni zedelenir, özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır (75). Hastalık durumu kişinin gelecek planlarını, günlük yaşamının akışını ne derece bozuyorsa kişinin dengesini o oranda bozar. Bu yeni duruma bireyin uyum sağlaması gerekir. Ancak bu her zaman kolay olmayabilir. Hastalığın bireyin yaşamında oluşturduğu değişimin niteliği ve derecesi kişinin uyum sürecini uzatabilir. Bu durum kişiyi depresyona kadar ilerleyen psikososyal problemlerle karşı karşıya bırakabilir ki bu durum kişinin hastalıkla beraber kaybettiği yeterlilik duygusunun yerine düşük benlik saygısının geçmesindedir (77).

Kronik hastalıklar kişinin dengesini bozarak uyum kabiliyetini azaltır. Bu açıdan kronik hastalıklar, hastalığın kendisi, tedavisi, ilaç kullanımı gibi faktörlerle başlı başına kişinin hayatında bir stres kaynağı olur. Ancak kronik hastalıklar bunların dışında kalan birçok psikososyal problem yaratarak da stres kaynağı olmaya devam eder (43). Beden algısındaki değişim, benlik saygısına tehdit olarak algılanabilir (78,79,80). Kronik hastalıklarda bedensel eksiklik, şekil bozukluğu ve fiziksel hastalıkların beden imajını bozup yetersizlik duyguları yaratarak benlik saygısını azalttığı çalışmalarda gösterilmiştir (81).

Beden imgesi değişen bireyin tepkileri birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörleri, birey için o beden bölümünün ve fiziksel görünüşün önemi, dışarıdan bakıldığında görünüp görünmediği, rehabilitasyon uygunluğu, değişikliğin hızı, günlük yaşam için önem derecesi, bireyin baş etme gücü ve birey için önemli olan kişilerin tepkileri oluşturur (82,83,84).

Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra, ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar (74,75,85,86). Benlik saygısı ise, bireyin kendine verdiği değerle ilgilidir. Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında bir ilişki vardır. Sağlık problemleri ile birlikte benlik saygısı düşer (76). Benlik saygısının azalması, kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olması açısından önemlidir (75).

Kronik hastalıkların yarattığı psikososyal problemler arasında beden imajı ve yaşam biçiminde bozulma, üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe, bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi durumlar yer almaktadır. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamalıdır (44, 43).

2.5.1. Diyabette Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

DM, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun eksikliği veya periferik etkisizliği sonucu ortaya çıkan, kronik hiperglisemiye neden olan, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozulmaya yol açan kronik seyirli endokrin ve metabolik bir hastalıktır. Diyabet hastalığı kapiller membran değişiklikleri ve hızlanmış ateroskleroz ile seyrederek, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların gelişmesine neden olur. Akut komplikasyonları önlemek ve kronik komplikasyonları azaltmak için sürekli destek, tıbbi bakım ve eğitim gerektirir (87,88,89,90).

M.Ö.1500'de Mısır Ebers papiruslarında idrar yoluyla şeker kaybedilen bir hastalık olarak tanımlanmıştır. M.S 200'de Areateus hastalığa diabetes ismini vermiş olup, DM'nin klasik başlangıç semptomları olan bol idrara çıkma, kilo kaybı gibi durumların yaşandığına dikkat çekmiştir. M.S 9. yüzyılda Razi ve 10-11. yüzyılda İbn-i Sina, bu hastaların idrarının tatlı olduğundan ve susuzluk hissinden söz etmişlerdir. 18. Yüzyıla gelindiğinde William Cullen "Diyabetes" kelimesinin yanına, tatlı anlamına gelen "Mellitus"u eklemiş, 1815'de Chevreul idrardaki bu şekerin "glikoz" olduğunu açıklamıştır. 1869'da Paul Langerhans, pankreastaki adacık hücrelerini tanımlanmış ve 1889'da Oskar Minkowski, DM'ye neden olan organın pankreas olduğunu kanıtlamıştır. 19. yüzyılda Claude-Bernard glikozun karaciğerde glikojen olarak depolandığını belirlemiş, 1921 yılında Banting ve Best insülini keşfetmişlerdir (91).

DM'nin görülme sıklığı yaş, cinsiyet, ırk, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler ve çevresel etkenlere bağlı olarak dünyada giderek artmaktadır. Bu değişkenlere göre DM' un toplumlarda görülme sıklığı da farklılık göstermektedir (92). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'na üye ülkelerde 2010 yılında diyabet oranının % 6,6 iken, 2030 yılında % 7,8'e, BGT prevalansının da % 7,9 dan %8,4'e çıkacağı öngörülmektedir. Bu öngörüye göre 2010 yılında 285 milyon olan DM'li sayısının eğer herhangi bir önlem alınmaz ise 2030 yılında 438 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (87,90).

Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP) II sonuçlarına göre Türkiye'de diyabet oranı % 13,7'dir (93). Bilinen DM ve yeni DM oranları birbirine yakındır (% 45 ve % 55). Diyabet sıklığı yaşla orantılı olarak artmaktadır. TURDEP-II çalışmasında 40-44 yaş grubundan itibaren nüfusun en az % 10'unun DM'li olduğu, 65-74 yaş grubunda bu oranın % 30'a çıktığı görülmektedir. Bölgesel DM prevalansı en az Kuzey Anadolu'da (% 14,5), en fazla Doğu Anadolu'da (% 18,2) olmasına rağmen, Türkiye'de artık kentsel ve kırsal DM sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmamıştır. DM farkındalık oranı % 74 olup, bu oran erkeklerde (% 69), kadınlardan (% 78) daha düşüktür. Bölgesel diyabet farkındalığı ise Batı Anadolu'da en yüksek (Bilinen DM'lilerin Toplam DM'lilere oranı % 61,6), Doğu Anadolu Bölgesi'nde ise en düşük bulunmuştur. (Bilinen/Toplam DM oranı % 47,2) (88).

Diyabet kronik, maliyetli ve ciddi komplikasyonlara yol açan, bireyin yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz etkileyen metabolik bir hastalıktır (94). Bu anlamda diyabet insanın sadece fiziksel dengesini değil, ruhsal dengesini de etkiler (95) Geleceğe yönelik endişeler, yeterliliğin kaybedebileceği ve başkalarına bağımlı hale gelinebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına ait endişeler, hastanın fiziksel bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını olumsuz olarak etkilemektedir (96). Özellikle de sık hipoglisemi atakları geçiren, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının geliştiği hastalarda bu sorunlar daha bariz kendini gösterir.

DM, hem kendi belirtilerinin oluşturduğu sorunlar hem de pek çok hastalığa yol açması nedeniyle özel öneme sahip kronik bir hastalıktır. Bazı kronik hastalıklar sadece etkilenen organ hasarı ile sınırlı kalırken, diyabet yaşamsal öneme sahip organlarda yaptığı kalıcı hasarlar sonrasında organ kayıplarına ve hatta ölümlere kadar ilerleyebilmektedir (97). DM nin getirdiği bu kronik hastalık süreci, yaşanan organ kayıpları ve hatta ölümle yüz yüze olmak kişinin günlük yaşamda kullandığı tüm mekanizmaları ve gelecek planlarını alt üst eder (98). Sağlığın kaybı yas, keder, isyan,

inkar, endişe, öfkeye neden olabilir ki bu duygular, bazen hastanın başa çıkma düzeneklerinden daha güçlü olur ve neticesinde depresyon gelişir.

Diyabet tanısından sonra uyum güçlükleri ile sık karşılaşılır (77). Diyetini sınırlamak, yemek zamanlarını düzenlemek, bütün gün kan şekerini izlemek, kendine insülin enjekte etmek, insülin reaksiyonlarını önlemek ve diyabetik tedavinin diğer aşamaları bireyin hayatını tüm yönleri ile değiştirir (99). Bu değişimlere verilen tepkiler hastalığın özelliklerine, hastanın kişilik özelliklerine ve çevresel özelliklere göre farklılık gösterir (77). Yaşanan tüm bu sıkıntılı süreç, bireyin benliğinde dolayısıyla da benlik saygısında yukarıda saydığımız özelliklere bağlı olarak değişim yaratır. Bu değişim de genellikle olumsuz olmakta, benlik saygısının azalması veya tamamen benlik saygısının kaybedilmesi, değersizlik ve yetersizlik hisleri ile sonuçlanmaktadır.

Diyabet tanısı aldığı anda kişinin yaşamının hangi döneminde olduğu da hastalıktan etkilenme sürecini değiştirir. Örneğin adölesan dönemde tanı alan bir gencin beden algısı, benlik saygısındaki etkilenme ile yaşlılık döneminde tanı alan bir bireyin etkilenme düzeyi birbirinden farklıdır.

Diyabet tedavi ve takipte yaşanan sorunlara bağlı olarak gelişen akut ve kronik komplikasyonlarıyla, farklı organlarda meydana gelen olumsuz etkilenmelere ve ileri düzeyde yeti yitimi ve organ kayıplarına yol açan önemli bir metabolik hastalıktır. Hastalığın tedavi ve takibinde akut ve kronik komplikasyonlar önemli rol oynamaktadır. Akut komplikasyonlar, daha çok vücudun sıvı denge sistemi ve hormonal yapısında yaşamı tehdit eden sorunlara, hızlı mental ve fiziksel kötüleşmeye neden olmakta ve bu yüzden acil tedavi gerektirmektedir (100). Kronik komplikasyonlar ise süreç içinde gelişen, göz (retinopati), böbrek (nefropati) ve kasların küçük damarlarını etkileyen, orta ve büyük damarlarda damar tıkanmalarına (ateroskleroz) yol açan ve sinir sisteminin anormalliklerinden (nöropati) oluşan bir dizi bozukluktur. Diyabetin süresi de hastalığın tedavi ve kontrolü gibi kronik komplikasyonların oluşma riskini etkilemektedir (101). Bu komplikasyonlar yaşam kalitesini ciddi oranda değiştirmekte, organ kayıplarından ölüme kadar ilerleyen durumlara yol açmaktadır. Özellikle organ kayıpları, nöropati gibi beden yapısını ve fonksiyonunu değiştiren durumlar kişinin ideal beden algısından uzaklaşmasına buda benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır.

Kan şekeri değerleri ile bireyin psikolojisi birbirinden etkilenirler. Yani anksiyöz ve depresif bir hastanın kan şekeri yükselip, insülin gereksinimini artacağı gibi sık

hipoglisemi atakları, hastanın bilişsel işlevlerini bozabilir, baş ağrısı, baş dönmesi, gerginlik, kızgınlık gibi durumlar oluşmasına neden olabilir. Hatta uzun dönemde sık kan şekeri düşüklüğü, kişilik değişikliği, depresyon ve ender olarak da psikotik belirtilere yol açabilmektedir (77). Bu açıdan bakıldığında fiziksel bir durumun kişilik özellikleri gibi kişinin benlik yapısını temelden etkilediği söylenebilir.

Diyabet, diğer kronik hastalıklar gibi hastanın tüm yaşamını etkiler, sosyal veya psikolojik sorunlara yol açar. Diyabetik bireylerde günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel aktiviteler sınırlanır, kişinin yaşadığı hayat tarzı değişikliği, rol ve yeti kaybı beden ve benlik algılarının bozulmasına neden olur. Uyum mekanizmaları ile bu durumun üstesinden gelemeyen birey depresyona ilerleyen bir sürecin içine girer. Depresyonu olan bir diyabet hastası ise, diyetle uyma, egzersiz yapma hatta ilaçlarını düzenli kullanma ve kontrollerini yaptıрма gibi hastalığı ile ilgili önlemleri yerine getirmekte güçlük çekeceği için diyabeti daha da kötüye gider (102).

2.5.2. Hipertansiyonda Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Damar yatağındaki kanın akım sırasında damar duvarlarına yaptığı basınca kan basıncı (KB) denir. Kan basıncını, kalp atım volümü ve periferik damarların bu volüme karşı gösterdiği direnç oluşturur. Dolayısıyla kalp atım volümü veya periferik direnç arttığında kan basıncı da artış gösterir (103).

Hipertansiyon ise, arteriyel kan basıncının yükselmesi ile karakterize klinik bir durumdur (104,105). DSÖ 2013 raporunda ve Amerika Bileşik Devletleri, Birleşik Ulusal Komitesi 7. Raporunda (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JNC-7); sağlıklı bireyler için sistolik kan basıncını 120 mmHg ve diyastolik kan basıncı 80 mmHg olarak kabul edilmektedir. Ayrıca DSÖ ve JNC-7 hipertansiyonu, 18 yaş üzerindeki erişkin bireyler için sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olması olarak tanımlamaktadır (105,106). En son yayınlanan JNC-8 kılavuzunda da 140 / 90 değerleri sınır olarak kabul edilirken, A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension (ASH/ ISH) 2014 kılavuzunda sistolik kan basıncını 80 yaş ve üzeri grupta 150 mmHg'a kadar normal kabul edilmektedir (107,108).

DSÖ'nün 2008 yılı kronik hastalıklar raporuna göre; aynı yıl hayatını kaybeden 57 milyon insanın % 63'ünün ölüm nedeni kronik hastalıklara bağlanırken, kronik hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar % 49 ile ilk sırada yer almaktadır

(109). Hipertansiyon da kardiyovasküler hastalıklar arasında, gerek toplum sağlığını tehdit etmesi, gerek yüksek morbite ve mortaliteye sahip olması ve yaygınlığıyla tüm dünya ülkelerinde, üzerinde durulması gereken kronik hastalıkların başında gelmektedir (109,110-113).

Hipertansiyon, her yıl yaklaşık 30.000 ölümden sorumlu olup, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır (109,114-116). Dünyadaki en yaygın kardiyovasküler hastalık hipertansiyon olup özellikle gelişmiş ülkelerde özellikle erişkin nüfusu etkilemektedir (117). Amerika'da erişkin nüfusun hipertansiyon prevalansı % 27 iken prehipertansiyon prevalansı % 31 olarak belirlenmiştir (118). 2030 yılında ise bu oranın % 7,2 artacağı tahmin edilmektedir (117).

2004 yılında "Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması"(PATENT) ile Türkiye'de hipertansiyon prevalansını, dağılımını, farkındalığını, tedavi ve kontrol oranlarını kapsamlı bir şekilde araştırmayı amaçlamışlardır. Bu çalışmanın 2005 yılında yayınlanan verilerine göre Türkiye'de hipertansiyon prevalansı % 31,8 bulunmuştur. Buna ek olarak, bu çalışma ile hipertansiyon prevalansının kadınlarda (% 36,1), erkeklerden (% 27,7) daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Türkiye'de hipertansiyon prevalansı coğrafi bölgelere göre en yüksek İç Anadolu (% 38,5), en düşük Doğu Anadolu (% 25) bölgesi olarak belirlenmiştir (119). 2008 yılında Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından, ülkemizde hipertansiyon insidansının saptanması amaçlanmış ve PATENT çalışmasına katılan gönüllülerin % 82'si çalışma kapsamında yeniden değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 4 yıllık düzeltilmiş genel insidans hızının % 21,3'e düşmüş olduğu görülmüştür (120). Hastaların azımsanmayacak bir bölümü, bu kadar ciddi sonuçları olan ve bu kadar yaygın olarak görülen hipertansiyonun maalesef ki farkında olamamakta, yüksek kan basıncı ile birlikte hayatlarını sürdürmektedir. Bu da hastalığın önemini bir kat daha artırmaktadır. Ülkemizdeki hipertansiyon kontrol oranı TEKHARF 2007/'08 verilerine göre % 14'tür. Ülkemizde her beş hipertansiyonu olan bireyden üçü antihipertansif ilaç kullanmaktayken, ilaç alanlardan ancak %58'inde kan basıncının tam kontrol altına alındığı, % 24'ünde ise hafif hipertansiyon düzeyine düşürülebildiği gösterilmiştir (121). Kan basıncındaki her 20/10 mmHg'lık artış, hem koroner kalp hastalığı hem de inmeye bağlı ölüm oranlarını iki katına çıkarmaktadır. Bu kadar hassas değerlerin varlığı düşünüldüğünde hipertansiyon vakalarında farkındalık, tedavi olma ve tedaviye istenilen düzeyde uyum gösterme daha fazla önem arz etmektedir (122).

Hipertansiyon özellikle erişkinlerde çok sık karşılaşılan bir hastalıktır. Hipertansiyonun önemi sadece yaygın olmasından değil aynı zamanda kalıcı sakatlıklara ve ölümlere yol açmasından da kaynaklanmaktadır. Hipertansiyon kalp krizine, inmeye ve kalp yetmezliğine neden olarak erken ölümlere yol açmakta ve morbiditenin majör risk faktörünü oluşturmaktadır. Aynı zamanda son evre böbrek yetmezliğinin en sık nedenlerinden birini hipertansiyon oluşturmaktadır (123).

Hipertansiyon gerek hastalık, gerekse komplikasyonları açısından önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Kan basıncı yüksekliğine yorgunluk, bitkinlik, depresif belirtilerin eşlik ettiği görülebilir. Ayrıca geçici nörolojik kusurlar, geçici iskemik atak, yüksek kortikal işlevlerde bozulma bazı hastalarda gelişebilmektedir (124). Tüm bu durumların hipertansif hastalarda görülmesi, bu hastalarda ruhsal problemlerin yaşanmasına neden olabilir. Özellikle hipertansiyonun komplikasyonlarının geliştiği hastalarda hastalık bilinci daha fazla oluşur, kişinin hastalığı ve sonuçlarıyla ilgili kaygıları artar. Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır (125). Onbeş prospektif longitudinal çalışmanın incelendiği bir derlemede; minimum 1 yıllık takip yapılan vakalarda, hipertansiyon gelişimindeki psikolojik faktörler araştırıldığında öfke, anksiyete ve depresyonun, hipertansiyon üzerinde belirgin fakat orta derecede etkileri olduğu bulunmuştur (126). Polonya'da yapılan bir başka çalışmada ise; birinci basamak hastalarında depresif bozuklukların prevalansına bakılmış ve psikiyatrik değerlendirmede depresif bozukluk tanısı alan hastalarda daha sık ve belirgin olarak hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (127).

Hipertansiyon hasta için başlı başına bir stres kaynağı olmasının yanında tedavide kullanılan antihipertansiflerin bir çoğu da hastanın ruhsal durumunun bozulmasına yol açmaktadır. Bu başka bir antihipertansife geçilmeli, onunla iyileşme sağlanmıyor ise antidepresan tedavisi başlanmalıdır. Hipertansif hastaların çoğunlukla birden fazla ilaç kullandığını düşünecek olursak, ilaç etkileşimleri konusunda da dikkatli olmak gerekmektedir (124).

Yaşanan tüm bu hastalık süreci ve ruhsal problemler, bireyin kişilik özellikleri, sosyal destek eksikliği, hipertansiyonun derecesi, komplikasyonların varlığı, bireyin yaşamında meydana gelen değişimlerin derecesiyle doğru orantılı olarak kişinin benlik saygısı ve beden algısını değiştirecektir. Bilhassa komplikasyonların gelişmesi ile

birlikte organ kayıpları veya hasarlarının oluşması, hastalık bilincinin hastalarda daha fazla oturmasına, beden algısının daha ciddi oranlarda etkilenmesini sağlayarak, yaşanan ruhsal problemlerle birlikte olumsuz benlik saygısı oluşmasına neden olacaktır.

2.5.3. KOAH Hastalarında Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik bronşit ve amfizemden oluşur. Kronik bronşit ve amfizem hava akımı obstrüksiyonu ve hava akımında azalmayla karakterizedir. Hava akımı kısıtlaması genellikle ilerleyici nitelikte olup akciğerlerin sigara ve biomas gibi zararlı gaz ve partiküllere karşı anormal inflamatuvar cevabına bağlıdır (128,129). Oluşan inflamasyon akciğer parankiminde makrofaj, nötrofil, B hücreleri, lenfositler gibi çeşitli inflamatuvar hücrelerin toplanmasına, bu mediyatörler de parankim dokusunda yıkıma, normal hava yollarının bozulmasına ve küçük hava yollarında fibrozise neden olur (130,131,132). Meydana gelen bu değişimler alveollar arası bağ ve elastik geri çekim kuvvetinin azalması ile sonuçlanır.

KOAH, tüm dünyada en sık görülen morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir (133). KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve hastaların ileri evrelere gelene kadar semptomların hafif olması nedeniyle doktora müracaat etmemeleri prevalans, morbidite ve mortalitesinin sayısal değerlendirmelerini güçleştirir de, KOAH sıklığının morbidite ve mortalitesinin son 30 yılda arttığı konusunda görüş birliği vardır (134,140,136).

2000 yılında DSÖ verilerine göre tüm dünyada yaklaşık 2,75 milyon kişi KOAH nedeniyle hayatını kaybetmiştir (137). 1988- 1994 yılları arasında ABD'de 25-75 yaş arası bir örneklem grubunda yapılan NHANES III çalışmasında (138), hafif KOAH prevalansı % 6,9, orta şiddette KOAH prevalansı ise % 6,6 olarak bulunmuştur. 1996'da, KOAH hastasının 16 milyon olduğu ancak gerçek sayının 22 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. 1982-1997 yılları arasında KOAH hasta sayısında % 41 oranında artış olduğu bilinmektedir. Avrupa ve Kuzey Amerika'da yetişkin bireylerdeki genel prevalansın % 4- 10 arasında olduğu bildirilmiştir (132). Avusturya'da yapılan BOLD çalışmasında Evre I KOAH oranı % 26,2, Evre II-IV % 10,7 iken doktor tanılı olanlar bunların sadece % 5,6'sı olduğu belirtilmiştir (139).

Ülkemizdeki KOAH prevalansını belirlemeye yönelik ilk çalışma 1976 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılmıştır. Bu çalışmada KOAH prevalansı 40 yaş üstünde % 13,6 (erkeklerde % 20,1, kadınlarda % 8,2) bulunmuştur . Daha sonra Adana ilinde yapılan BOLD Türkiye çalışmasında 40 yaş üstü nüfusta KOAH prevalansı % 19,1 saptanmıştır (140). Günen ve arkadaşları Malatya ilinde KOAH sıklığını

belirlemek için yaptığı çalışmada 18 yaş üzeri nüfusta % 6,9, 40 yaş üzeri nüfusta ise % 9,1 olarak saptamıştır (141). Bu çalışmalara göre ülkemizde 3,5-4 milyon civarında KOAH hastası vardır ve bu hastaların % 10'undan azına teşhis konulabilmektedir (142).

KOAH'ın temel özelliği; kronik, geri dönüşümsüz, ilerleyici hava yolu obstrüksiyonunun olması olup, bu semptomların azaltılması ve yaşam süresinin uzatılması bronkodilatör ve oksijen tedavisi ile sağlanabilmektedir. Ancak hastalığın gidişi, sakatlık yaratacak düzeyde dispne ve akciğer fonksiyonlarındaki kötüleşmeye bağlı hastane başvurularının artması şeklinde seyretmekte, ilerleyici fonksiyon kaybı ile birlikte bu hastaların prognozu kötü olmaktadır. Özellikle kor pulmonale gelişen hastalarda üç yıllık sağ kalım % 42'yi geçmemektedir. Birçok çalışmada KOAH hastalarının günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonları malign hastalıkları olan hastalardan daha kötü bulunmuştur. Öyle ki KOAH'lı olgularının % 90'ına depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği saptanmıştır (143). Kömürçüoğlu ve ark. çalışmasında KOAH olan olguların 1/ 3'üne depresyon tanısı konulduğu, yatarak tedavi alanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü gösterilmiştir. Başka bir çalışma bunun nedeni, KOAH'lı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşaması ve bu sorunların hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltması olarak açıklamıştır (144).

KOAH hastalarda, FEV₁ değeri 1 lt'nin altına inene kadar çok ciddi bulgular gözlenmez ancak bu değer altında artık nefes darlığı, hastanın günlük yaşamının, aktivitelerinin ve iyilik halinin belirgin olarak bozulmasına neden olur. Dispne, egzersiz kısıtlaması ve sonuçta fiziksel sakatlığın nedeni olan KOAH, emosyonel, sosyal, davranışsal fonksiyonlarda bozulma, kendine bakımda azalma, mobilitede artış, uyku ve istirahat fonksiyonlarının azalması gibi hastanın yaşam kalitesini de bozan durumlara yol açmaktadır. Hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemekte, kaygı ve korkuya neden olmaktadır (82). Bu durum bazen ölüm korkusuna varan düzeylere kadar ulaşabilmektedir (146).

KOAH hastalarında görülen anksiyete, depresyon, kognitif fonksiyonlarda azalma, sosyal izolasyon, aile ve iş yaşantısında rol kaybı, günlük aktivitelerini dahi yapamıyor hale gelmek, uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, kişilik değişiklikleri bireyin benlik saygısını büyük oranda olumsuz etkiler (82). Kişinin daha önce çok kolaylıkla yapabildiği ancak KOAH ile beraber gerçekleştirmesi

imkansızlaşan aktivitelerin varlığı bireyin yetersizlik ve değersizlik duygularını yaşamasına, öz güvenin dolayısıyla da benlik saygısının zedelenmesine yol açar. Aynı zamanda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan bronkodilatör, sempatomimetik ve dekonjestanlar da kaygı, depresyon ve psikotik semptomlara yol açarak bireyin beden algısını etkileyebilmektedir (82).

2.5.4. Kalp Yetmezliği Hastalarında Beden Algısı ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Kalp yetmezliği, yapısal ya da fonksiyonel kardiyak bozukluk nedeniyle kalbin dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayamayacak düzeyde mekanik yetersizliği sonucu ortaya çıkan, hemodinamik anomaliler, bozulmuş egzersiz kapasitesi, nörohormonal aktivasyon ile hızlı progresyon gösteren ve yüksek mortalite ile seyreden kronik ilerleyici bir sendromdur (147). DSÖ kalp yetmezliğini iki şekilde tanımlamıştır. İlk tanımlamaya göre kalp yetmezliği“normal diastol sonu basıncında (5-12 mmHg) organların ihtiyacı olan kalp debisinin (dakikalık kalp atım hacminin) kalp tarafından sağlanamaması” durumu olarak tanımlamıştır (148,149). Diğer tanımlamada ise kalp yetmezliği, kalp hastalığına eşlik eden dispne ve yorgunluk sendromu şeklinde klinik olarak tanımlanmıştır (150). Yani genel olarak bakacak olursak konjestif kalp yetersizliği dispne ve çabuk yorulma, tasipne, tasikardi, pulmoner raller, kardiyomegali, ventriküler galo sesleri ve periferik ödemden oluşan belirti ve bulguları içeren kompleks klinik bir sendromdur (151,152,153).

Kalp yetersizliği prevalansı gittikçe artmakta, dünyada yaklaşık 15 milyon insanı etkileyen yaygın bir hastalık haline gelmektedir. Bu durumun oluşmasında kalp ve damar cerrahisi (KVC) risk faktörlerindeki artışın yanında tanı ve tedavi seçeneklerinin gelişmesiyle KVC hastalarının yaşam süresinin uzaması gösterilebilir (154). Yaşla birlikte sıklığı artmakla beraber genel nüfusun içinde kalp yetmezliği görülme oranı % 2-3 iken, 70 yaş sonrası bu oran % 10'a, 80 yaş sonrası % 15-20'lere çıkmaktadır (155). Gelişmiş ülkelerde KKY(Konjestif Kalp Yetmezliği) prevalansı toplam erişkin nüfusta % 1-2, yaşlılarda yaklaşık % 6-10'dur (158). Avrupa ülkelerinde 28 milyon, Amerika Birleşik Devletlerinde 6 milyon, ülkemizde ise 1,5-2 milyon kalp yetersizliği hastasının olduğu tahmin edilmekle beraber önümüzdeki 10 yıl içinde bu sayının 2-3 kat artacağı öngörülmektedir (155).

HAPPY araştırması (Türkiye’de Kalp Yetersizliği Sıklığı Araştırması) Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılmış olup buna göre ülkemizde 65 yaş üzeri bireylerin % 10’unda kalp yetersizliği olduğu gösterilmiştir (155,157). Kalp yetmezliği gelişen hastaların genelde % 50’si 4 yıl içinde hayatlarını kaybetmekte olup hastaneye yatırılan hastaların % 40’ı 1 yıl içinde ölmekte ya da yeniden hastaneye yatırılmaktadır (158,159).

Kalp yetmezliğinin iş gücü, gelir kayıpları ve sık sık hastaneye yatışlar nedeniyle hem ulusal ekonomiye hem de hastalara maddi ve manevi yükü çok ağırdır (160). Hastalığın prognozu kötü olmakla birlikte bazı olgular uzun yıllar yaşayabilmekte buda hastalığın ilerlemesiyle meydana gelen psikososyal problemlerin daha sık yaşanmasına neden olmaktadır.

KY diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında yaşam kalitesini daha fazla etkilediği görülmektedir (161). Kalp yetmezlikli bir hastada yaşam kalitesinin daha fazla etkilenmesinin nedeni fonksiyonel kapasitenin ileri derecede sınırlanması ve çok sayıda semptomun hastalığa eşlik etmesinden kaynaklanmaktadır (162). Yapılan birçok çalışmada göstermiştir ki cinsel aktiviteye kadar birçok fiziksel aktivite kalp yetmezliğiyle birlikte kısıtlamaktadır (161). Hastalar özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanmakta, fonksiyonel bağımlılığın olması, çeşitli kısıtlamalar ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duymaları nedeniyle yaşam kalitesi oldukça kötü etkilenmektedir (163). Hastaların yaşam kalitesini sadece KY semptomları ve semptomlar nedeniyle günlük yaşamdaki kısıtlamalar belirlememekte, aynı zamanda hastalar yeni kısıtlamalarla, sınırlamalarla yaşama fikrine ve sorumluluğuna psikolojik olarak uyum sağlamalıdır (161).Meydana gelen bu yeti kaybı, fiziksel bağımlılık, kalp yetmezlikli hastalarda eğer gerekli psikolojik uyum sağlanamazsa, kaygı bozukluğu, depresyon, deliryum, somatizasyon bozukluğu, psikoseksüel bozukluklar gibi ruhsal sıkıntıların oluşmasına yol açmaktadır (82). Bu rahatsızlıkların oluşması da benlik saygısının kaybedilmesine zemin hazırlamaktadır. Özellikle hastalarda dipne, yorgunluk, ödem, uyku bozuklukları, depresyon, göğüs ağrısı gibi çeşitli fiziksel ve emosyonel semptomların oluşması beden algısını da olumsuz yönde etkilemektedir. Yani kalp yetmezliğinin doğrudan ve dolaylı olarak meydana getirdiği fiziksel, ruhsal her türlü etki beden ve benlik algısını negatif yönde değiştirmektedir (161).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma kronik hastalığı olan bireylerin benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Vaka kontrol çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı

Çalışma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından incelenmiş, 25.03.2015/70 sayılı kararıyla etik ve bilimsel yönden bir sakınca olmadığına dair karar alınmıştır. Etik kurulun izni sonrasında çalışma verileri toplanmaya başlanmıştır.

Çalışma verileri İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi Ve Malatya Devlet Hastanesi polikliniklerinden 25 Mart 2015 - 20 Haziran 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma verileri İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi ve Malatya Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalara hazırlanan anketin doldurması ile elde edilmiştir. Ayrıca sağlıklılardan oluşan bir de kontrol grubu oluşturulmuştur. Anılan tarihler arasında toplam 300 kişi ankete katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

Dahil edilme kriterleri:

18 yaş üzerinde olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu onaylamış olmak, belirlenen kronik hastalar içinde tek bir kronik hastalığa sahip olmak

Dışlanma kriterleri;

Hamile olmak, deliryum, diğer amnestik bozukluklar ve mental retardasyonun olması, alkol ve ilaç bağımlısı olmak, birden fazla belirlenen kronik hastalıklara sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde yapılmış benzer bir çalışma bulunamadığından hastalık grupları için toplanan hasta sayıları power analizine göre belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Bilgi Formu

Araştırmada, çalışmayı yürütenlerce oluşturulmuş bir bilgi formu kullanılmıştır. Bu bilgi formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, ağırlık, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı, ilaç kullanımı gerektiren hastalık durumu varlığı, herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olup olmadıkları, hastalığın kendilerini ruhsal açıdan ve fiziksel yönden olumsuz olarak etkileyip etkilemediği sorgulanmıştır.

3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bilgi formunu dolduran bireylere benlik saygısını belirlemek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale) ve Beden Algısı Ölçeği uygulanmıştır.

Benlik saygısı ölçümü için kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra çok sayıda araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmış olan ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını Füsun Çuhadaroğlu yapmıştır. Geçerlilik kat sayısını $r=0,71$ olarak bulunmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, 12 alt kategoriden oluşmaktadır. Bu çalışmada araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk '10' maddesi kullanılmıştır. Beş maddesi pozitif, beş maddesi negatif ifadelerden oluşan bu 10 maddelik ölçekte puanlama Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmaktadır. "Çok Doğru", "Doğru", "Yanlış" ve "Çok Yanlış" seçeneklerinin yer aldığı 4 dereceli Likert türü bir ölçektir ve sorulardan beşi ters kodlanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre; 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3'den 0'a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir. Ölçeğin evrensel ve kültüre özgü özelliklerini değerlendirmek amacıyla Schmitt ve Allik (2005) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek 28 dile çevrilmiş ve 16.998 katılımcıdan oluşan 53 ulusla çalışılmıştır. Ölçeğin faktör yapısının uluslar açısından uyumluluk analizi yapıldığında 52 ulusta

ortalama 0,99 uyumluluk katsayısının olduğu, yalnızca 5 ulusta bu katsayının 0,95'in altına düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tüm uluslar için ortalama güvenilirlik katsayısının da 0,81 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar ölçeğin evrensel değerlere sahip olduğunu ve farklı kültürlerle uyumlu uluslar arası bir geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

3.4.3. Beden Algısı Ölçeği

Çalışmada kullanılan Beden Algısı Ölçeği ise 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır.

Veriler medyan (min-maks), ortalama (standart sapma) ve sayı (yüzde) ile verildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. İstatistik analizlerde Mann-Whitney U testi, Bağımsız örneklerde t testi, Pearson ki-kare testi, Yatesin düzeltmeli ki-kare testi, Fisher kesin ki-kare testi, Kruskal Wallis testi, Tek Yönlü Varyans analizi testi, Spearman ve Pearson korelasyon katsayısı uygun olan yerlerde kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Tek Yönlü Varyans analizi testi için LSD testi kullanıldı. Odds oranı kestirimleri için tek değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizlerde IBM SPSS Statistics 22,0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ GENEL ÖZELLİKLERİ

Çalışma verileri, anket yöntemi ile birebir görüşme şeklinde toplanmıştı. Çalışmaya toplamda 241 hasta ve hastalığı olmayan 59 kişi katılmıştı. Çalışmaya katılanlar izole kronik hastalıkları olan kişilerden seçilmiş olup bu hastalık gruplarını Diyabetes Mellitus (DM), Hipertansiyon (HT), Kalp Yetmezliği (KY) ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) oluşturmaktaydı. Kontrol grubu olarak da herhangi bir kronik hastalığı olmayan aynı yaş grubundan 59 hasta alınmıştı. Buna göre çalışmaya katılan 300 hastanın 60'ını (% 20) DM, 62'sini (% 20,7) HT, 58'ini (% 19,3) KY, 61'sini (% 20,3) KOA hastaları ve 59 'unu (%19,7) hastalığı olmayan kontrol grubu oluşturmaktaydı.

Kontrol grubu ile hasta grupları arasında yaş (0,068) ve eğitim durumu (p=0,141) yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Tüm katılımcıların ortalama yaşı $57,00 \pm 11,187$ yıl idi. Hasta gruplarının ortalama yaşı $57,42 \pm 11,702$ iken, kontrol grubunun ortalama yaşı $55,29 \pm 8,650$ yıldı. Yaş ortalamaları en yüksek olan grup $59,43 \pm 11,081$ yıl ile KOA hastalarının olduğu gruptu. Kontrol grubu ise en düşük yaş ortalamasına sahipti. Kronik hastalığa sahip bireyler arasında en düşük yaş ortalaması $55,45 \pm 12,089$ yıl ile HT hastalarıydı.

Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmakta olup, çalışmaya katılanların % 57'si (n=171) erkek, % 43 'ü (n=129) kadındı (p=0,001). HT hariç diğer tüm gruplarda erkek oranı, kadın oranına göre yüksekti.

Eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmama ile birlikte (p=0,141), okuryazar olmayanlar en fazla KY grubunda bulunurken ilköğretim, ortaokul mezunu olanlar en fazla KOA grubunda bulunmaktaydı. DM grubunun ise eğitim düzeyi en yüksek olup, lise ve üniversite mezunu en fazla bu grupta bulunmaktaydı.

Kronik hastalık grupları ve kontrol grubu arasında çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştu (p=0,008). Çalışmayan kişi oranının KY

olan grupta en yüksek olduğu, en düşük oranın ise kontrol grubunda olduğu görülmekteydi.

Kronik hastalık grupları ve kontrol grubu arasında vücut kitle indeksi (VKİ) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştu ($p=0,001$). Tüm grupların ortalama VKİ değeri 28,178 (16,3-46,3) idi. VKİ 30,27 ortalama ile HT grubunda en yüksek, 27,64 ortalama ile KOAH grubunda en düşüktü.

Kronik hastalık grupları ve kontrol grubu arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştu ($p=0,001$). Sigara kullanım oranı KOAH grubunda en yüksek iken KY grubunda en düşüktü.

Hasta grupları arasında hastalık süreleri ($p=0,866$), ilaç kullanımları ($p=0,302$) ve ilaç kullanım süreleri ($p=0,275$), alkol kullanımları ($p=0,079$) yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştı. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Grupların Sosyodemografik Özellikleri

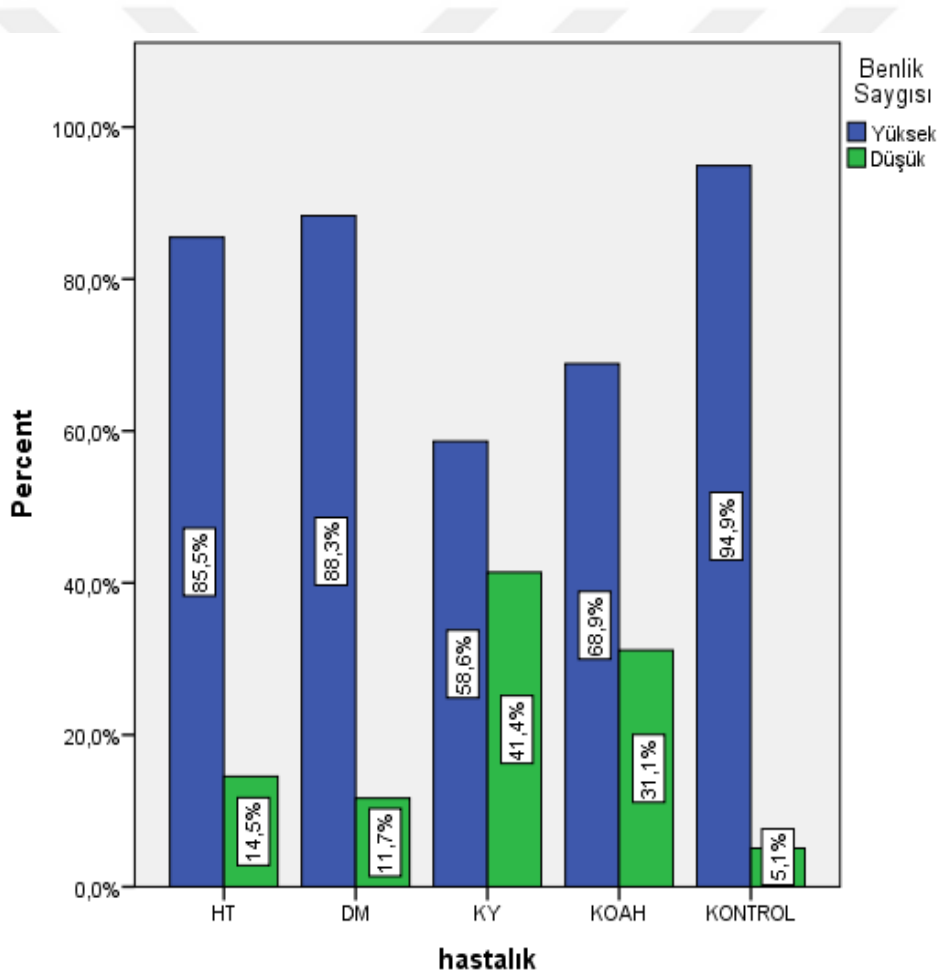
Sosyodemografik Özellikler	Hipertansiyon (n=62)		Diyabet (n=60)		Kalp yetmezliği (n=58)		KOAH (n=61)		Kontrol Grb. (n=59)		p
VKİ Ortalamaları (kg/m ² + SD)	30,27 ± 5,607		29,23 ± 5,428		27,19 ± 5,571		26,48 ± 5,237		27,64 ± 3,753		0,001
Yaş Ortalamaları (yıl + SD)	55,45 ± 12,089		55,63 ± 13,843		59,26 ± 8,791		59,43 ± 11,081		55,29 ± 8,650		0,068
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet											
Kadın	39	62,9	27	45	23	39,7	12	19,7	28	47,5	0,001
Erkek	23	37,1	33	55	35	60,3	49	80,3	31	52,5	
Medeni Durum											
Evli	52	83,9	47	78,3	50	86,2	51	83,6	53	89,8	0,216
Bekar	5	8,1	8	13,3	3	5,2	1	1,6	3	5,1	
Dul	5	8,1	5	8,3	5	8,6	9	14,8	3	5,1	
Eğitim											
Okuryazar olmayan	16	25,8	9	15	17	29,3	13	21,3	14	23,7	0,141
İlk ve ortaokul mezunu	33	53,2	30	50	33	56,9	39	63,9	32	54,2	
Lise ve üniversite mezunu	13	21	21	35	8	13,8	9	14,8	13	22,0	
Çalışma Durumu											
Çalışan	23	37,1	27	45	20	34,5	24	39,3	38	64,4	0,008
Çalışmayan*	39	62,9	33	55	38	65,5	37	60,7	21	35,6	
Sigara Kullanımı											
Evet	15	24,2	15	25	12	20,7	41	67,2	17	28,8	0,001
Hayır	47	75,8	45	75	46	79,3	20	32,8	42	71,2	
Alkol Kullanımı											
Evet	3	4,8	3	10	0	0	3	4,9	1	1,7	0,079
Hayır	59	95,2	54	90	58	100	58	95,1	58	98,3	
Hastalık süresi											
1_5 yıl	26	41,9	26	43,3	26	44,8	30	49,2	--	--	0,866
5 yıl üzeri	36	58,1	34	56,7	32	55,2	31	50,8	--	--	
İlaç kullanımı											
Kullanıyor	62	100	59	98,3	58	100	59	96,7	--	--	0,302
Kullanmıyor	0	0	1	1,7	0	0	2	3,3	--	--	
İlaç kullanımı süre											
1_5 yıl	32	51,6	30	50	26	44,8	38	62,3	--	--	0,275
5 yıl üzeri	30	48,4	30	50	32	55,2	23	37,7	--	--	

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

4.2. KATILIMCILARIN BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların ortalama benlik saygısı puanı $18,17 \pm 4,091$ olarak hesaplanmıştı. En düşük ortalama benlik saygısı puanı $15,91 \pm 4,014$ ile KY olan grupta bulundu. En yüksek ortalama benlik saygısı puanı $21,64 \pm 3,638$ ile kontrol grubunda saptandı. Hasta grupları içinde ise en yüksek benlik saygısı puanına $19,97 \pm 3,822$ ile DM grubu sahipti ($p < 0,0001$). (Şekil: 4.1)

Şekil 4.1: Benlik Saygısının Gruplara Göre Değerlendirilmesi



HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Benlik saygısı düşük ve yüksek olanların, kronik hastalık gruplarına ve kontrol grubuna göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık

saptanmıştı ($p<0,001$). Benlik saygısı düşük ve yüksek olanların gruplara göre dağılımı tablo 4.2’ de derlenmiştir.

Tablo 4.2: Benlik Saygısı Düşük ve Yüksek Olanların Gruplara Göre Dağılımı

Benlik Saygısı		Hastalık ve Kontrol Grupları						P				
		HT		DM		KY			KOAHA		KONTROL	
		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
DÜŞÜK	9	14,5	7	11,7	24	41,4	19	31,1	3	5,1	<0,001	
YÜKSEK	53	85,5	53	88,3	34	58,6	42	68,9	56	94,9		

HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Lojistik regresyonla yapılan ileri analizlerde hastalığı olmayanlar referans alındığında benlik saygısının KY olanlarda 13,1 kat ve KOAH olanlarda 8,4 kat daha düşük olduğu görülmekteydi. (Tablo: 4.3)

Tablo 4.3: Benlik Saygısının Düşük Olmasına Hastalık Gruplarının Etkisi

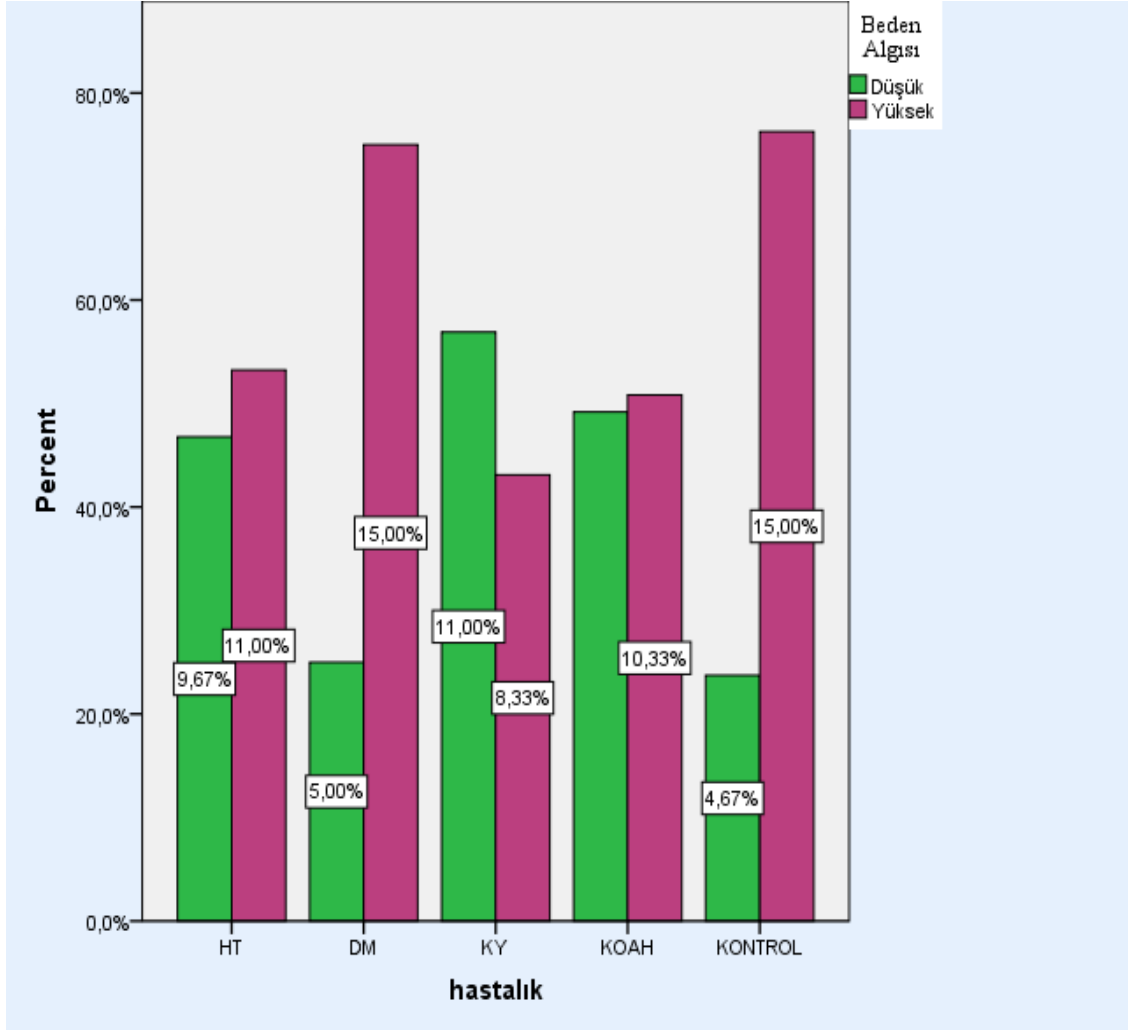
Bağımsız Değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	P
GRUPLAR	Kontrol	1 (referans)		
	HT	3,17	0,814-12,345	0,096
	DM	2,465	0,606-10,035	0,208
	KY	13,176	3,687-47,090	<0,001
	KOAHA	8,444	2,344-30,423	0,001

HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Çalışmaya katılanların ortalama beden algısı puanı $140,19 \pm 26,920$ olarak hesaplanmıştı. KY grubunda ortalama beden algısı puanı $128,10 \pm 22,218$ ile en düşük

iken, en yüksek ortalama beden algısı puanı $161,88 \pm 33,394$ ile kontrol grubunda bulunmaktaydı ($p < 0,001$). Hasta grupları içinde ise en yüksek ortalama beden algısı puana $140,65 \pm 17,959$ ile DM hastalarının oluşturduğu grup sahipti ($p < 0,001$). (Şekil:4.2)

Şekil 4.2: Beden Algısının Gruplara Göre Değerlendirilmesi



HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Beden algısı düşük ve yüksek olanların, kronik hastalık gruplarına ve kontrol grubuna göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştı ($p < 0,001$).

Gruplar arasında düşük ve yüksek beden algısı puanına sahip olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,001$). Beden algısı düşük ve yüksek olanların gruplara göre dağılımı tablo 4.4’ de derlenmiştir.

Tablo 4.4: Beden Algısı Düşük ve Yüksek Olanların Gruplara Göre Dağılımı

Beden Algısı		Hastalık ve Kontrol Grupları										
		HT		DM		KY		KOAHA		KONTROL		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	DÜŞÜK	29	46,8	15	25	33	56,9	30	49,2	14	23,7	<0,001
	YÜKSEK	33	53,2	45	75	25	43,1	31	50,8	45	76,3	

HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Lojistik regresyonla yapılan ileri analizlerde hastalığı olmayan normal bireyler referans alındığında; beden algısının HT olanlarda 2,8 kat, KY olanlarda 4,2 kat ve KOAH olanlarda 3,1 kat daha düşük olduğu görülmekteydi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Beden Algısının Düşük Olmasına Hastalık Gruplarının Etkisi

Bağımsız Değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	P
GRUPLAR	Kontrol	1 (referans)		
	HT	2,825	1,295-6,163	0,009
	DM	1,071	0,464-2,475	0,872
	KY	4,243	1,919-9,383	<0,0001
	KOAHA	3,111	1,423-6,800	<0,004

HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, bütün gruplar için pozitif yönde, zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu görülmüştü ($r=0,492$; $p<0,001$) Gruplar bazında bakıldığında; HT grubunda ($r=0,423$, $p<0,001$), DM grubunda ($r=0,447$, $p<0,001$), KY grubunda ($r=0,447$, $p<0,001$) ve KOAH grubunda ($r=0,641$, $p<0,001$) benlik saygısı puanı ile beden algısı puanı korelasyon göstermekteydi. Ancak kontrol grubunda ($r=0,140$, $p=0,289$) beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde herhangi bir korelasyon görülmemiştir.

4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN BEDEN ALGISI VE BENLİK SAYGISI İLE İLİŞKİSİ

4.3.1. Beden Algısının Diğer Parametrelerle İncelenmesi

Yaş ortalaması ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,286$).

Tüm katılımcılar ele alındığında, cinsiyetle beden algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Kadınlarda beden algısı düşük olanların oranı % 55 ($n=71$) iken, erkeklerde bu oran % 29,2 ($n=50$)'di. Buna göre erkeklerde kadınlara oranla beden algısı daha yüksekti. Hastalık grupları ayrı ayrı incelendiğinde hipertansiyon, diyabet ve kontrol grubunda cinsiyet ile beden algısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda düşük beden algısı olan kadınların oranı % 39,3 ($n=11$) iken erkeklerde bu oran % 9,7 ($n=3$)'di ($p=0,018$). Hipertansiyon grubunda beden algısı düşük olan kadınların oranı % 61,5 ($n=24$) iken erkeklerde bu oran % 21,7 ($n=5$)'di ($p=0,006$). Diyabet grubunda beden algısı düşük olan kadınların oranı % 44,4 ($n=12$) iken, erkeklerde bu oran % 9,1 ($n=3$)'di. Bu verilere göre hipertansiyon, diyabet ve kontrol grubunda erkeklerde beden algısı kadınlara göre daha yüksekti. Diğer gruplarda cinsiyet ile beden algısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (p sırasıyla: KY $p=0,191$, KOAH $p=0,303$)

Tüm katılımcılarda medeni durum ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,004$). Dul olan hastalarda beden algısı düşük olanların oranı % 66,7 ($n=18$), bekar olanlarda % 55 ($n=11$), evli olanlarda % 36,4 ($n=92$)'di. Bu veriler değerlendirildiğinde dul hastaların beden algısı evli ve bekarlara göre daha düşük bulunmuştur. Gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yalnızca hipertansiyon grubunda

medeni durum ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştı (p=0,024) (p sırasıyla: DM p=0,167, KY p=0,125, KOAH p=0,111, KONTROL p=0,156). Hipertansiyon grubunda evlilerin % 40,4 (n=92)'si bekarların % 100 (n=5)'ü ve dulların % 60 (n=3) düşük beden algısı oranına sahip olup, düşük beden algısı en fazla oranda bekar hastalarda görülmüştü.

Eğitim durumu ve beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, eğitim durumu arttıkça beden algısı da artmaktaydı (p=0,001). Buna göre okuryazar olmayanların % 50,7'sinin (n=35) beden algısı düşük olup, beden algısı en düşük olan gruptu. İlkokul ve ortaokul mezunlarının % 43,5'inin (n=73) beden algısı düşüktü. Lise ve üniversite mezunlarının ise sadece % 20,6 'nin (n=13) beden algısı düşüktü. Her bir hastalık grubunda beden algısı ile eğitim arasındaki ilişki ayrı ayrı değerlendirildiğinde DM (p=0,009) ve HT (p=0,016) gruplarında beden algısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. (p sırasıyla: KY p=0,722, KOAH p=0,067, KONTROL p=0,306). DM grubunda, genel değerlendirmeye benzer şekilde eğitim durumu arttıkça beden algısı da artış göstermekteydi ancak HT grubunda en düşük beden algısına sahip grubu ilkokul ve ortaokul mezunları oluşturmaktaydı.

Çalışma durumu ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup (p<0,001), çalışmayan hastaların beden algısının çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmekteydi. Hastalık grupları tek tek değerlendirildiğinde ise beden algısı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. (p sırasıyla: HT p=0,185, DM p=0,089, KY p=0,206, KOAH p=0,509, KONTROL p=0,073)

Boy uzunluğu ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, boyu uzun olanların beden algısı boyu kısa olanlara göre daha yüksekti (p=0,001). Kilo ile beden algısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,983). VKİ için ise tüm gruplarda beden algısı ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup VKİ düşük olanların beden algıları daha yüksekti (p=0,003).

Sigara kullanımı ile beden algısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi saptanmadı (p=0,279).

Kronik hastalığı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanan cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu ve VKİ lojistik regresyon analizine tabii tutulmuş olup, analiz sonucunda tüm değişkenler anlamlılığını korudu. Buna göre erkekler referans alındığında, kadınların 2,9 kat daha fazla düşük beden algısına sahip oldukları görülmekteydi. Eğitim durumuna bakıldığında lise ve üniversite mezunları referans alındığında ilkokul ve ortaokul mezunlarının beden algısının 2,5 kat ve okuryazar olmayanların ise 2,4 kat daha düşük olduğu görülmekteydi. Medeni durumda evli olanlar referans alındığında bekarlar ile arasında fark bulunamadı ($p=0,104$) ancak evlilerin beden algısının evlilere göre 3,5 kat daha düşük olduğu saptandı. Çalışanlar referans alındığında ise çalışmayanların beden algısı 2,4 kat daha düşük bulundu. VKİ incelendiğinde VKİ' deki her bir birimlik artış beden algısında 1 kat düşmeye neden olmaktadır. Analiz sonuçları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6: Beden Algısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi

Bağımsız Değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	P
Cinsiyet	Erkek	1 (referans)		
	Kadın	2,962	1,836-4,78	<0,001
Eğitim	Lise ve üniversite	1 (referans)		
	İlkokul ve orta okul	2,513	1,035-5,647	0,013
	Okur yazar olmayan	2,418	1,217-5,191	0,041
Medeni durum	Evli	1 (referans)		
	Bekar	2,139	0,855-5,353	0,104
	Dul	3,5	1,511-8,109	0,003
Çalışma durumu	Çalışıyor	1 (referans)		
	Çalışmıyor	2,415	1,490-3,916	<0,001

Beden algısına VKİ 'nin gruplandırması bazında ayrı ayrı bakacak olursak zayıf ve kilolu olanlar beden algısı yönünden anlamlılıklarını yitirmekteydi. Normal kilolular referans alındığında obez olanların beden algısı 1,8 kat ve morbid obez olanların beden algısı ise 12,8 kat daha düşük bulundu.(Tablo: 4.7)

Tablo 4.7: Beden Algısının Düşük Olmasına VKİ 'nin Etkisi

Bağımsız Değişken	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	P
VKİ	Normal	1 (referans)	
	Zayıf	1,833	0,246 - 13,680
	Kilolu	0,881	0,487 - 1,594
	Obez	1,875	1,02 - 3,446
	Morbid Obez	12,833	1,507 - 109,294

VKİ: Vücut kitle indeksi

4.3.2. Benlik Saygısının Diğer Parametrelerle Değerlendirilmesi

Yaş ortalaması ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,376$).

Tüm katılımcılar ele alındığında cinsiyet ve benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilemedi ($p=0,336$) (p sırasıyla: HT $p=1$, KY $p=0,592$, KOAH $p=1$, KONTROL $p=0,101$). Ancak gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde sadece diyabet grubunda ($p=0,039$) cinsiyet ile benlik saygısı arasında ilişki saptanmış olup kadınların % 22,2'si ($n=6$), erkeklerin % 3'ünde ($n=1$) benlik saygısı düşük olarak bulundu. Bu sonuçlara göre diyabetli kadınların benlik saygısı diyabetli erkeklere göre daha düşüktü.

Medeni durum ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,667$). Gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde de medeni hal ile benlik saygısı arasında ilişki saptanmadı (p sırasıyla: HT $p=1$, DM $p=1$, KY $p=0,518$, KOAH $p=0,797$, KONTROL $p=0,279$).

Eğitim durumları dikkate alındığında benlik saygısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, eğitim durumu arttıkça benlik saygısı da artmaktaydı ($p<0,001$). Buna göre okuryazar olmayanların % 36,2'sinin ($n=25$) benlik saygısı düşük olup benlik saygısı en düşük olan grubu oluşturmaktaydı. İlkokul ve

ortaokul mezunlarının % 21,0'ının (n=35) benlik saygısı düşüktü. Lise ve üniversite mezunlarının sadece % 3,1'inin (n=2) benlik saygısı düşüktü. Hastalık grupları ayrı ayrı incelendiğinde ise DM (p=0,031), KY (p=0,032), KOAH (p=0,020) gruplarının benlik saygısı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Genel değerlendirmeye benzer şekilde DM, KY, KOAH gruplarında eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısı da artmaktaydı ve okuryazar olmayanların büyük çoğunluğunun benlik saygısı düşüktü. (p sırasıyla: HT p=0,178, KONTROL p=0,635)

Çalışma durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,016). Çalışanların benlik saygısı çalışmayan katılımcılara göre daha yüksekti. Hastalık grupları ayrı ayrı incelendiğinde ise benlik saygısı ile çalışma durumu arasında ilişki saptanmadı (p sırasıyla: HT p=0,664, DM p=0,272, KY p=0,937, KOAH p=0,700, KONTROL p=0,404).

Benlik saygısı yönünden incelendiğinde boy, kilo, VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Boy p=0,143, Kilo p=0,495, VKİ p=0,121).

Sigara kullanımıyla benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi yoktu (p=0,614).

Anlamlı ilişki saptanan eğitim, çalışma durumu lojistik regresyon analizine tabii tutulmuştu. Analiz sonuçları Tablo 4.8'de derlenmiştir. Analiz sonucunda çalışma durumu (p=0,22) anlamını yitirmişti. Tablo incelendiğinde lise ve üniversite mezunu olanlar referans alındığında ilk ve ortaokul mezunlarının benlik saygısının 5,2 kat ve okuryazar olmayanların benlik saygısının 11,5 kat daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8: Benlik Saygısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi

Bağımsız Değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
Eğitim	Lise ve Üniversite	1 (referans)		
	İlkokul ve ortaokul	5,285	1,217-23,626	0,029
	Okuryazar olmayan	11,532	2,468-53,880	0,002
Çalışma durumu	Çalışıyor	1 (referans)		
	Çalışmıyor	1,433	0,806-2,546	0,22

Kronik hastalığı olan bireylere, "hastalıklarının kendilerini ruhsal açıdan olumsuz etkileyip etkilemediği" sorulduğunda, hastaların %35,7'si (n=86) hastalıklarının ruhsal açıdan kendilerini çok etkilediğini, % 22'si (n=53) ise hiç etkilemediğini belirtti. Ayrıca beden algısı ve benlik saygısı değişkenleri ile ruhsal etkilenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Beden algısı düşük olan hastaların % 46,7'si (n=50) hastalıklarının ruhsal açıdan kendilerini çok etkilediğini, % 6,5'nin (n=7) ise hiç etkilemediğini söyledi. Bu sonuçlar ışığında beden algısı düşük olan hastaların ruhsal açıdan hastalıklarından olumsuz olarak daha çok etkilendiği görülmektedir ($p<0,001$). Bununla beraber benlik saygısı düşük olan hastaların % 47,5'nin (n=28) hastalıklarının kendilerini ruhsal açıdan olumsuz etkilediğini, % 5,1'inin (n=3) ise hiç etkilemediğini düşünmekteydiler. Bu anlamda benlik saygısı düşük olan hastaların hastalıklarından ruhsal açıdan etkileme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$). (Tablo 4.9)

Tablo 4.9: Hastalıklardan Hastaların Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi

			Hastalıklardan Psikolojik Olarak Etkilenme Düzeyi				p
			HİÇ ETKİLEMİYOR	ÇOK AZ ETKİLİYOR	ORTA DÜZEYDE ETKİLİYOR	ÇOK ETKİLİYOR	
Beden Algısı	DÜŞÜK	n	7	17	33	50	<0,001
		%	6,5	15,9	30,8	46,7	
	YÜKSEK	n	46	23	29	36	
		%	34,3	17,2	21,6	26,9	
Benlik Saygısı	DÜŞÜK	n	3	8	20	28	<0,001
		%	5,1	13,6	33,9	47,5	
	YÜKSEK	n	50	32	42	58	
		%	27,5	17,6	23,1	31,9	
Total	n	53	40	62	86	241	
	%	22	16,6	25,7	35,7	100	

Kronik hastalığı olan bireylere, "hastalıklarının kendilerini dış görünüm açısından olumsuz olarak etkileyip etkilemediği" soruldu. Buna göre hastaların % 22'si (n=53) hastalıklarının kendilerini dış görünüm açısından çok etkilediğini, % 40,7'si (n=98) ise hiç etkilemediğini belirtti. Ayrıca beden algısı ve benlik saygısı değişkenlerine göre hastalıklardan dış görünüm açısından etkilenme düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Beden algısı düşük olan hastaların % 34,6'sı (n=37) hastalıklarının fiziksel açıdan kendilerini çok etkilediğini, % 24,3'ünün (n=26) ise hiç etkilemediğini söyledikleri görüldü (p<0,001). Bu sonuçlara göre beden algısı düşük olan hastalar beden algısı yüksek olanlara oranla hastalıklarının dış görünümünü olumsuz etkilediğini düşünmektedir (p<0,001). Bununla beraber benlik saygısı düşük olan hastaların % 39'nun (n=23) hastalıklarının kendilerini dış görünüm açısından olumsuz olarak çok etkilediğini, % 20,3'ünün (n=12) ise hiç etkilemediğini düşündükleri görüldü. Bu anlamda benlik saygısı düşük olan hastalar yüksek oranlara oranla, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, hastalıklarının dış görünüşlerini olumsuz olarak etkilediğini düşünmektedir (p<0,001). (Tablo 4.10)

Tablo 4.10: Hastalıklardan Hastaların Dış Görünüm Açısında Etkilenme Düzeyi

			Hastalıklardan Fiziksel Açıdan Etkilenme Düzeyi				P
			HİÇ ETKİLEMİYOR	ÇOK AZ ETKİLİYOR	ORTA DÜZEYDE ETKİLİYOR	ÇOK ETKİLİYOR	
Beden Algısı	DÜŞÜK	n	26	19	25	37	<0,001
		%	24,3	17,8	23,4	34,6	
	YÜKSEK	n	72	27	19	16	
		%	53,7	20,1	14,2	11,9	
Benlik Saygısı	DÜŞÜK	n	12	9	15	23	<0,001
		%	20,3	15,3	25,4	39	
	YÜKSEK	n	86	37	29	30	
		%	47,3	20,3	15,9	16,5	
Total		n	98	46	44	53	241
		%	40,7	19,1	18,3	22	100

Kronik hastalığı olan bireylere, ”hastalığınızdan ruhsal açıdan etkilendiniz mi?” sorusu yöneltildi. Verilen cevaplar hastalık grupları bazında değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p=0,778$) olmasına rağmen en fazla kalp yetmezliği olan hastaların hastalığından psikolojik olarak etkilendiği görüldü (% 27,6 (n=16)). Psikolojik olarak en az etkilendiklerini belirten gruplar ise % 45,2 (n=28) oranı ile hipertansiyon ve % 45 (n=27) oranı ile diyabet hastalarının oluşturduğu gruplardı.(Tablo 4.11)

Tablo 4.11: Hastalık Gruplarına Göre Hastaların Dış Görünüm Açısında Etkilenme Düzeyi

			Hastalıklardan Ruhsal Açıdan Etkilenme Düzeyi				Total	p
			HİÇ ETKİLEMİYOR	AZ ETKİLİYOR	ORTA ETKİLİYOR	ÇOK ETKİLİYOR		
Hastalık Grupları	HT	n	11	15	13	23	62	0,546
		%	17,7	24,2	21	37,1	100	
	DM	n	16	10	14	20	60	
		%	26,7	16,7	23,3	33,3	100	
	KY	n	11	10	16	21	58	
		%	19	17,2	27,6	36,2	1	
	KOAHA	n	15	5	19	22	61	
		%	24,6	0,082	31,1	36,1	100	
	Total	n	53	40	62	86	241	
		%	22	16,6	25,7	35,7	100	

HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Kronik hastalığı olan bireylere, "hastalığınızdan fiziksel açıdan etkilendiniz mi?" sorusuna verilen cevaplar hastalık grupları bazında değerlendirildiğinde gruplar açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,546$). Ancak yapılan analizde hastalığının fiziksel olarak kendilerini en çok etkilediklerini söyleyen gruplar % 36,2 ($n=21$) oranı ile KY hastaların oluşturduğu grup ve % 36,1 ($n=22$) ile KOAH hastalarının oluşturduğu gruplardı. En az etkilendiğini belirten grup ise % 17,7 ($n=11$) ile HT hastalarının oluşturduğu gruptu.(Tablo 4.12)

Tablo 4.12: Hastalık Gruplarına Göre Hastaların Dış Görünüm Açısında Etkilenme Düzeyi

		Hastalıklardan Fiziksel Açıdan Etkilenme Düzeyi					
		HİÇ ETKİLEMİYOR	AZ ETKİLİYOR	ORTA ETKİLİYOR	ÇOK ETKİLİYOR	Total	
Hastalık Grupları	HT	n	28	13	9	12	62
		%	45,2	21	14,5	19,4	100
	DM	n	27	13	9	11	60
		%	45	21,7	15	18,3	100
	KY	n	22	9	11	16	58
		%	37,9	15,5	19	27,6	100
	KOAH	n	21	11	15	14	61
		%	34,4	18	24	23	100
	Total	n	98	46	44	53	241
		%	40,7	19,1	18,3	22	100

HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes Mellitus, KY: Kalp Yetmezliği, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Katılımcılara daha önce hiç psikiyatrik danışmanlık alma ihtiyacı duyup duymadıklarına dair soru yöneltildi. Buna göre hastaların % 21'i (n=63) danışmanlık hizmeti aldığını, % 79'u (n=237) ise herhangi bir danışmanlık hizmeti almadığını belirtti. Psikiyatrik danışmanlık alma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p=0,001). En fazla psikiyatrik danışmanlık almış olanlar % 37,1 (n=23) ile HT hastalarının oluşturduğu gruptu. Bunu % 25,9 (n=15) ile KY, daha sonra % 24,6 (n=15) ile KOAH hastalarının oluşturduğu gruplar takip etmekteydi. % 16,6 (n=10) ile DM hastaları ise psikiyatrik danışmanlığı en az alan gruptu. Kontrol grubunda ise psikiyatrik danışmanlık hizmeti aldığını ifade eden katılımcı bulunmamaktaydı.

Psikiyatrik danışmanlık alma oranı, benlik saygısı düşük olan hastalarda benlik saygısı yüksek olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (p<0,001).

Aynı şekilde psikiyatrik danışmanlık alma oranı, beden algısı düşük olan hastalarda beden algısı yüksek olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$). (Tablo 4.13)

Tablo 4.13: Beden Algısı Ve Benlik Saygısı Durumuna Göre Hastaların Psikiyatrik Danışmanlık Alma Yönünden Değerlendirilmesi

		Psikiyatrik Danışmanlık		Total
		EVET	HAYIR	
Benlik Saygısı	DÜŞÜK	26	36	62
	%	41,9	58,1	100
	YÜKSEK	37	201	238
	%	15,5	84,5	100
Beden Algısı	DÜŞÜK	42	79	121
	%	34,7	65,3	100
	YÜKSEK	21	158	179
	%	11,7	88,3	100
Total	n	63	237	300
	%	21	79	100

5.TARTIŞMA

Kronik hastalıklar, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinden bağımsız olarak hergeçen gün artmaktadır (68). DSÖ'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelindeki ölümlerin sebebini en çok sebebini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıkların başında; kardiyovasküler hastalıklar(% 48), kanserler (% 21), kronik solunum yolu hastalıkları (% 12) ve diyabet (% 3) gelmektedir (71).

Kronik hastalıklar, hem bireysel hem de toplumsal boyutta büyük finansal ve ekonomik problemler yaratmanın yanı sıra, toplumun psikososyal yapısını da olumsuz olarak etkilemektedir. Yapılan birçok çalışma diyabet, kanser, kalp damar hastalıkları, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalığın psikososyal sorunlara neden olduğunu göstermektedir (164). Özellikle yaratmış olduğu fiziksel ve psikolojik etkilenme ile eden beden algısı ve benlik saygısının bozulmasına böylelikle hastalıkla ve hastalığın getirdikleri ile baş etme mekanizmalarının devre dışı kalmasına yol açmaktadır. Bu nedenle kronik durumların yönetimi; fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra, psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamalıdır (43,44). Çalışmamızda toplumda en sık görülen kronik hastalıkların (HT, DM, KY, KOAH) beden algısı ve benlik saygısı ölçekleri kullanılarak, sağlıklı bireylere göre ve birbirlerine göre beden algıları ve benlik saygılarındaki değişim incelenmiştir.

Postma ve ark.'nın KOAH hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada erkek hastaların oranının, bayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (165). Yine benzer şekilde Damsgaard ve Kok-Jensen'in çalışmalarında erkek hasta sayısının fazla olduğu bulunmuştur. (166). Günen ve ark.'nın 1160 kişi ile yaptığı prevelans çalışmasında obstrüktif SFT bulguları saptanan hastaların sadece % 20'si kadındı (167). Bizim çalışmamızda gruplar cinsiyet yönünden incelendiğinde katılanların % 57'si erkek, % 43 'ü kadın olup, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. HT hariç diğer tüm gruplarda erkek oranı, kadın oranına göre yüksektir. Yapılan çalışmalarda KY, KOAH ve DM hastalarının daha yaşlı ve erkek hastalardan oluştuğu, HT hastalarının nispeten daha genç ve kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Kadınlarda

hipertansiyonun daha yaygın olmasının nedeni, postmenapozal değişikliklerin etkisiyle östrojenin azalması, beden yağ dağılımının değişmesi, kadınların oral kontraseptif ilaç kullanması olarak düşünölebilir (114,168,169) KOAH etiolojisinde önemli bir faktör olan sigara kullanımının erkeklerde daha fazla olması, KOAH'ın erkek cinsiyette daha fazla görölmesine yol açmaktadır (145). Erkeklerde sigara kullanım sıklığının fazla olması, bayanlarda koruyucu olan östrojen faktörünün erkeklerde olmayışı, stres ve metabolik sendroma bağlı ateroskleroz oranlarının erkeklerde daha fazla olması kalp damar hastalıklarına erkek hastalarda daha sık karşılaşmamıza neden olmaktadır.

2004 yılında ölkemizde yapılan "Hastalık Yüğü" çalışmasında, DM, HT, KOAH, KVH' ın 60 yaşından sonra kronik hastalıklar içinde ilk sıraları aldığı, daha erken yaşlarda ise iskemik kalp hastalığı, serebrovasköler olay, depresyon, osteoartrit gibi hastalıkların ön sıraya geçtiği görölmektedir (170). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kronik hastalığa sahip bireylerin ortalama yaşı $57,42 \pm 11,702$ yıl olarak hesaplanmış olup, kronik hastalıkların genel olarak 60 yaşından sonra ortaya çıktığı göz önüne alınarak bu yaş grubu bireylerin daha iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kalp yetmezliğinin yaşam kalitesine olan etkisini inceleyen bir çalışmada, araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları incelendiğinde hastaların % 41,3'unun ilkokul mezunu, % 25,3'unun okuma yazma bilmediği, % 2,7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (171). Özer ve ark.'nın çalışmalarında da kalp yetmezliği hastalarının % 31,4'ünün ilkokul mezunu olduğu, % 53,5'i okuma-yazma bilmediği belirtilmiştir (172). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde okuryazar olmayanlar % 29,3 oranla en fazla KY grubunda iken, ilkokul, ortaokul mezunu olanlar % 63,9 ile en fazla KOAH grubunda bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve üniversite mezunu olarak en fazla % 35 oran ile DM grubu bulunmuştur.

Kronik hastalıklarla çalışma durumunun incelendiği bir çalışmada, hastaların % 48'inin çalışmadığı, % 24'ünün emekli olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Özer ve ark.'ın çalışmasında da katılımcıların % 92,2'sinin emekli ve ev hanımı olduğu belirtmiştir (162). Çalışmamızda da benzer şekilde kronik hastalığı olan grubun % 60,9'u emekli ve çalışmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin büyük çoğunluğunun çalışmıyor olması, literatürdeki ve çalışmamızdaki gibi kronik hastalıkların daha çok ileri yaşlarda ortaya çıkması sonucu olabilir. Çalışmamızdaki

gruplar arasında, çalışmayan kişi oranı KY olan grupta en yüksek iken kontrol grubunda en düşük oranda saptanmıştır.

Sigara kullanımı KOAH için önemli bir risk faktörüdür. KOAH'ta sigaraya atfedilen risk % 40-70 arası değişmektedir (172). Sigaranın yaygın içildiği toplumlarda 65 yaş öncesi görülen koroner kalp hastalığı ve serobrovasküler hastalık ölümlerinin yaklaşık yarısı, akciğer kanseri ölümlerinin % 85-90'ı, KOAH ölümlerinin yaklaşık % 80'i sigara yüzündendir (173). Bizim çalışmamızda da sigara kullanımı açısından gruplar incelendiğinde, sigara kullanım oranı en yüksek grup KOAH (% 67,2) iken, en düşük sigara kullanım oranı KY (% 20,7) grubunda olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sigaranın özellikle KOAH için önemli bir risk faktörü olduğu sonucunu desteklemiştir.

Hipertansiyon hastalarının VKİ' nin incelendiği çalışmalarda hipertansif bireylerin çoğunun normal kilonun üzerinde olduğu görülmektedir (174,175,176). EUROASPIRE III çalışmasının Türkiye sonuçlarında, hipertansif hastaların ortalama VKİ 'nin 28,6 kg/m² ve çoğunun fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir (182). Türk Hipertansiyon prevalans çalışmasında da Türk toplumunun obezite prevalansı % 26,4 olarak açıklanmıştır. Bu çalışma sonucunda VKİ'nin hipertansiflerde yüksek olduğu ve hipertansiyonla VKİ arasında lineer bir ilişki olduğu saptanmıştır (177). PatenT çalışmasının sonuçlarına göre; VKİ 25-26,9 kg/m² olanlarda hipertansiyon prevalansı % 36,1, VKİ 30-39,9 kg/m² olanlarda ise % 61,2 olarak tespit edilmiştir (177). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, gruplar arasında en fazla VKİ oranının 30,27 ortalama ile HT grubu olduğu görülmüştür. En düşük VKİ oranı ise 27,64 ortalama ile KOAH grubundadır. Grupların ortalama VKİ değeri ise 28,178 olarak hesaplanmıştır. Aşırı kilonun hipertansiyon için risk faktörü haline gelmesi, vücutta aşırı yağ birikimi sonucunda damarsal yapının bozulması şeklinde açıklanabilir. Aşırı yağ birikimi çoğunlukla kadınlarda görülmekte olup, bizim çalışmamızda da HT grubunda kadın hasta hakimiyeti daha fazladır (44,105,108,114,178-182).

Kronik hastalıklar hem hastalık yükü, hem de beraberinde getirdiği birçok sosyal, psikolojik, maddi sorunlarla birlikte biyopsikososyal açıdan değerlendirilmelidir. Özellikle hastalarda fiziksel belirtilerin yanında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe, depresif görüntü ve

sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler de görülebilmektedir (125). Bu problemlerde başta benlik algısı olmak üzere bireyin kendini ve bedenini algılayışında olumsuzluklar yaratmaktadır. Olumsuz beden ve benlik algısı ise bireyi kısır bir döngünün içine sokmakta, hastanın hastalıkla mücadele etmek için gereken enerjiyi kaybetmesine neden olmaktadır. Kronik hastalığı olanların, özellikle nörolojik hastalıklar, kalp hastalıkları ve kronik akciğer hastalıkları olanların, biyopsikososyal olarak değerlendirilmesi gerektiği çalışmalarda ifade edilmiştir (77). Benzer şekilde çalışmamızda da KY ve KOAH olan grupların benlik saygısı en düşük bulunmuştur. Yine literatürü destekler şekilde en yüksek benlik saygısı olan grupta kontrol grubu olmuştur. Her iki hastalık grubundaki hastalar, yaşlı ve genel sağlık durumları açısından oldukça düşük hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların sahip oldukları olumsuz sağlık koşulları, fiziksel yeterliliklerinin kaybı, günlük aktivitelerini yaparken bile sıkıntı yaşamaları, hastaları birçok psikososyal problemle karşı karşıya bırakmaktadır. Zamanla hastalar yaşadıkları yetersizlik duygusuyla öz güvenlerini yitirmekte olup, benlik saygıları da düşmektedir.

Kömürcüoğlu ve ark'nın çalışmasında KOAH olan bireylerin 1/3'üne depresyon tanısı konulduğu, özellikle yatarak tedavi alanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (144). Yine benzer şekilde başka bir çalışmada KOAH'lı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşaması ve bu sorunların hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azalttığı belirtilmiştir (144). Akın ve Durna'nın çalışmasında da, kalp yetmezliği olan hastaların psikososyal uyumlarının, mesleki-iş çevresinin, sosyal çevre ve psikolojik alanda olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir. Özellikle erkek ve evli hastalarda cinsel ilişkiler olumsuz etkilenirken, öğrenim düzeyi düşükçe aile çevresi olumsuz etkilenmekte, gelir durumu iyi olan hastalarda aile çevresi daha az etkilendiği belirtilmektedir. Hastaneye sık yatışların da hastanın mesleki yaşantısını olumsuz etkilediği belirtilmekte ayrıca fonksiyonel durumun iyileşmesinin uyuma olumlu etki yaptığı gösterilmektedir (183). Bu literatürlerde görüldüğü üzere, KY ve KOAH hastalarının hastalıklarından etkilenme oranlarını oldukça fazla olup, buna bağlı yaşadıkları psikososyal problemler de aynı oranda artmaktadır. Bizim çalışmamızda da lojistik regresyonla yapılan ileri analizlerde, hastalığı olmayanlar referans alındığında benlik saygısının KY olanlarda 13,1 kat ve KOAH olanlarda 8,4 kat daha düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda benlik saygısında bulduğumuz sonuçlara benzer şekilde KY olan grup en düşük beden algısına sahipken, kontrol grubu en yüksek beden algısına sahipti. Beden algısı yönünden tüm grupları incelediğimizde de benzer şekilde KY olan grubun beden algısı en düşük bulunmuş olup, bunu KOAH hastalarının oluşturdu grup takip etmekteydi. En yüksek beden algısına ise hastalığı olmayan bireylerden oluşan kontrol grubu sahipti. Lojistik regresyonla yapılan ileri analizlerde ise hastalığı olmayan normal bireyler referans alındığında; beden algısının HT olanlarda 2,8 kat, KY olanlarda 4,2 kat ve KOAH olanlarda 3,1 kat daha düşük olduğu görülmekteydi. Bu sonuçlar, kronik hastalıklarda beden algısının düşük olduğu hipotezini destekler niteliktedir.

Psikiyatrik bozuklukların kronik hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalarda diyabet, kanser, kalp damar, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalık gruplarında psikiyatrik bozukluk riski daha yüksek bulunmuştur (77). Özellikle kronik hastalık tanısı konularak yapılan tedavi ve takipler dahi hastada depresyona yol açabiliyor. Örneğin, hipotiroidide ortaya çıkan hormonal değişiklikler depresyona neden olabilirken, bazen de bizim hipertansif hastaya verdiğimiz ilaçlar depresyon yapabilmektedir. Dikkat çeken bir başka durum ise depresyonu olan kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların daha fazla görülmesidir (77). Bizim çalışmamızda katılımcıların % 79'u herhangi bir psikiyatrik danışmanlık hizmeti almadığını belirtti. Çalışmamızda literatürlerden farklı sonuçlar bulmamız, hasta grubumuzun yaşlı hastalardan oluşması, bu nedenle de eski düşünce ve kalıplara göre psikiyatrik muayeneye sadece akıl sağlığı yerinde olmayanların ihtiyaç duyduğu inancı nedeniyle olabilir. Hastalık grupları psikiyatrik danışmanlık alma açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Buna göre gruplar arasında en fazla psikiyatrik danışmanlık almış olan grup % 37,1 ile HT hastalarının oluşturduğu grup iken, % 16,6 ile DM hastaları psikiyatrik danışmanlık almış olan en düşük grubu oluşturmaktaydı. Kontrol grubunda ise psikiyatrik danışmanlık alan kimse bulunmamaktaydı. Kronik hastalıklar içinde diyabet hastalarının en düşük psikiyatrik danışmanlık alma oranına sahip olma nedeni, çalışmaya katılan diyabetli hastaların hastalığa ilişkin komplikasyonlarının henüz gelişmemiş olması, bu nedenle hastalığın yarattığı etki ve hasarı net olarak kavrayamamalarından kaynaklanabilir. HT hastalarında psikiyatrik danışmanlık alma

oranının daha yüksek olması ise HT hastalarının nisbeten daha genç ve bayan hastalardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Rosenberg düşük benlik saygısını, düşük yaşam tatmini, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle ilişkilendirmiştir (184). Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, ergenlerin benlik saygısı puanları ile psikolojik belirtileri arasında negatif yönlü, uyumları arasında ise pozitif yönlü anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Bu çalışma verilerine göre ergenlerin benlik saygısı yükseldikçe, psikolojik belirti düzeyleri azalmakta olup uyum düzeylerinde olumlu bir etki ortaya çıkmaktadır (185). Bir başka çalışmada ise 11 yaşında okul çağındaki İskoç kızlardan alınan örnekleme, benlik saygısının ergenlik zamanı ve bedensel imaj arasındaki ilişkisi incelendiğinde 11-13 yaş grubundaki erken olgunlaşan ve zayıf bedensel imajı olan çocukların düşük benlik saygısının olduğu belirlenmiştir (186). Bu çalışmadan da görüldüğü üzere beden algısı benlik saygısını, benlik saygısı da beden algısını etkileyen unsurlardır. Ancak çalışmamızın yaş grubunda beden algısı ve benlik saygısının değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların beden algısı ve benlik saygısı durumlarına göre de psikiyatrik danışmanlık alıp almama durumları incelenmiş olup, hem beden algısı hem de benlik saygısı düşük olan katılımcıların psikiyatrik danışmanlık alma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum, beden algısı ve benlik saygısının psikiyatrik durumdan etkilendiği; özellikle depresyon gibi bireyin öz saygısını kaybetmesine yol açan psikiyatrik hastalıklarda, bireyin benlik saygısının ve beden algısının beraber etkilendiği şeklinde yorumlanmıştır. Bu anlamda psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerde düşük beden algısı ve benlik saygısı görülmesi doğaldır fakat kronik hastalıklarla beden algısı ve benlik saygısının değerlendirildiği ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bedensel hastalıkları olan kişilerin kendilik algılarının daha olumsuz, kişilerarası iletişim tarzlarının daha sorunlu, öfke düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmektedir (187). Bizim çalışmamızda, kronik hastalığı olan bireylere, hastalıklarının kendilerini ruhsal açıdan olumsuz etkileyip etkilemediği sorusu yöneltildi. Buna göre hastaların % 35,7'si hastalıklarının ruhsal açıdan kendilerini çok etkilediğini, % 22'si ise hiç etkilemediğini belirtmiştir. Ayrıca beden algısı ve benlik saygısı değişkenleri ile ruhsal etkilenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ve bu durum beden algısı ve benlik saygısının azalmasının kişiyi ruhsal olarak olumsuz etkidiğini göstermiştir.

Beden imajı, kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki bir yansımasıdır. Beden algısı bireyin beden ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygularını, düşüncelerini, algılarını içermekle beraber aynı zamanda işlev, duyu, hareket algılayışını da içerir. Beden imajı insanın kendi kişiliği, değeri, diğer insanlarla ilişkilerinin ayrılmaz bir parçası olması nedeniyle benlik kavramının da bir parçasıdır (48). Beden algısı insanların kendilerini görme biçimlerine ve iş görme yeteneklerine etki eder. Bu nedenle bireyin kapasitesini ve sınırlılıklarını belirleyici bir kavramdır (50). Bu anlamda bizim çalışmamızda, kronik hastalığı olan bireylere hastalıklarının kendilerini dış görünüm açısından olumsuz olarak etkileyip etkilemediği soruldu ve hastaların büyük çoğunluğu, hastalıklarının kendilerini fiziksel anlamda hiç etkilemediğini belirtti. Hastaların dış görünümündeki değişimin hastalıktan kaynaklanmadığını düşünmeleri, hastaların genel itibarıyla yaşlı olması ve bu değişimi yaşlanmanın bir neticesi olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca seçilen hastalıklar doğası gereği çok ileri durumlarda fiziksel komplikasyonlara neden olabilen, genel anlamda fiziksel deformasyon yaratmayan hastalıklardır. Bu durum da hastaların, hastalıklarının fiziksel olarak kendilerini etkilemediğini düşünmelerine neden olabilir. Ayrıca çalışmamızda beden algısı ve benlik saygısı düşük olan bireylerin bedensel özelliklerini nasıl algıladıklarını değerlendirdiğimizde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi. Buna göre hem beden algısı hem de benlik saygısı düşük olan hastaların, daha yüksek oranda hastalıklarının kendilerini dış görünüm açısından olumsuz olarak etkilediğini düşündükleri görülmekteydi. Yani beden algısı ve benlik saygısının olumsuz olması kişinin kendini görme biçimini de olumsuz kılar ve var olan kapasitelerini sınırlayarak iş görme kabiliyetlerini kaybederler.

Benlik saygısı ile beden imajı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar oldukça az olmasına rağmen, bu araştırmalardan elde edilen bulgular, bireylerin bedenlerini nasıl algıladıkları ile benlik saygısının ilişkili olduğu şeklindedir (188). Pesa ve ark. beden imajını, benlik saygısını etkileyen önemli bir unsur olarak görmüştür (189). Allgood-Merten ve ark. beden imajından hoşnutsuzluk ile benlik saygısı arasındaki güçlü ilişkiye dikkat çekmiş ve beden imajının ayrı bir yapı olmayıp, benlik saygısının önemli bir parçası olduğunu ifade etmiştir (190). Canpolat ve ark.'nın yapmış oldukları araştırmada ise, genel benlik saygısının, beden algısından hoşnut olma düzeyi ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (191). Karabulutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların benlik saygısı ile beden imajı doyum düzeyi arasında pozitif yönde orta

derecede bir ilişki bulunmuştur. Yani benlik saygısı puanı arttıkça beden imajı puan ortalaması da artmaktadır (29). Bizim çalışmamızda da benzer biçimde, benlik saygısı ve beden algısı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir korelasyon olduğu görüldü. Her bir kronik hastalık grubu ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise benlik saygısı puanı ile beden algısı puanı arasında pozitif bir korelasyon görüldü. Beden algısı ve benlik saygısı hem dolaylı yollardan hem de direkt olarak birbirlerini etkileyen unsurlardır. Bir bireyin bedenini algılayışı ve yorumlayışı ne kadar olumlu olursa, kendine verdiği değer de o oranda olumlu olacaktır. Tersini şekilde bir birey eğer doğumla başlayan süreç içerisinde kendisiyle ilgili olumlu düşünce ve davranış geliştirmişse, bedenine olan bakışı, algılayışı da olumlu olacaktır.

Benlik saygısının yaş ile ilişkisinin incelendiği mastektomili kadınlarla yapılmış bir çalışmada, benlik saygısının yaş ile doğru orantılı olduğu, yani yaş arttıkça benlik saygısının da arttığı gösterilmiştir (192). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada ise en düşük benlik saygısına 18-20 yaş grubu, en yüksek benlik saygısına ise 27 ve üzeri yaş grubunun sahip olduğu gözlenmiştir (193). Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tüm katılımcılarda benlik saygısı düşük olanların yaş ortalaması $60,63 \pm 12,154$ yıl iken, benlik saygısı yüksek olanların yaş ortalamaları $56,96 \pm 12,135$ yıl idi. Yaş ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, yaş ile benlik saygısı arasında düşük düzeyde ters orantı görüldü. Literatürdeki diğer çalışmalarla oluşan bu farkın katılımcı gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamıza katılan hasta grubu yaşlı ve kronik hastalığa sahip popülasyondan oluşmaktaydı. Bu nedenle hastalar hem hastalık yükü hem de yaşın getirdiği sorunlar nedeniyle psikososyal problemler yaşamakta benlik saygıları ise buna paralel olarak zedelenmekteydi. Ancak daha genç hasta grubunda olanlar hem hastalığa maruziyet süresinin az olması hem de hastalığın getirdikleri ile daha iyi baş edebilmeleri nedeniyle benlik saygıları yaşlılara oranla daha az etkilenmekteydi.

Benlik saygısının cinsiyete göre incelendiği pek çok araştırma vardır. Bu araştırmaların çoğunda erkeklerin benlik saygılarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (194). Çalışmamızda ise cinsiyet ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Ancak gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde sadece DM hastalarının olduğu grupta, literatürü destekler şekilde kadınlarda benlik saygısı daha düşük saptanmıştır. Diyabetli kadınların erkeklere

oranla benlik saygılarının daha düşük çıkma nedeni, kadınların hastalıkları ile ilgili endişe yaşamaları, buna bağlı olarak depresyon ve anksiyete oranlarının erkeklere nazaran daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili diyabetlilerde yapılan bir çalışmada hastaların % 63,2'sinin hastalığı ile ilgili endişe yaşadığını belirtilmekte olup, kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (195). Bizim çalışmamızda literatürü destekler niteliktedir.

Literatür incelendiğinde obezite ile benlik saygısının azalması arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalara sık rastlanmaktadır (196-200). Ülkemizde yapılan bir çalışmada obez kişilerin benlik saygısı, obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur (33). Başka bir çalışmada, obez olanların benlik saygısının, normal kiloda olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiş ve obez bireylerdeki benlik saygısı değerinin VKİ ile ilişkisi saptanarak, VKİ' nin artmasıyla benlik saygısının azaldığı gösterilmiştir (42). 87 obez kadında, benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada obezlerin % 58,6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiş (201), Ögden ve Evans'ın yapmış oldukları çalışmada da obez olgularda benlik saygılarının daha düşük olduğu (202), yine Kartal'ın çalışmasında obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (203). Galletly ve ark.'nın yaptıkları çalışmada kilo kaybedilmesi ile benlik saygısında artış olduğu tespit edilmiştir (204). Yapılan bir çalışmada morbid obezlerin benlik saygısı puanları morbid olmayan obezite hastaları ve sağlıklı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Ancak morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında ise benlik saygısı puanları açısından fark olmadığı belirtilmiştir (214). Yine bu çalışmaya benzer şekilde Abiles ve ark. morbid obez bireylerin benlik saygısını normal bireylere göre düşük bulmuşlardır (215). Ancak obezite ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını belirten çalışmalarda mevcuttur (28). Bizim çalışmamızda ise VKİ ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatüre göre bizim çalışmamızda oluşan bu farklılığın, çalışmamızdaki katılımcıların yoğunluklu olarak fazla kilolu olmasından, yeterli sayıda obez ve morbid obez katılımcının bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmekte olup, literatürdeki bu çelişkili sonuçların düzeltilmesi için daha geniş serilerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tan ve Karabulutlu'nun kronik böbrek yetmezliği olan hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe benlik saygısı puan ortalamalarının arttığı gösterilmiştir (135). Öğrencilerle yapılan diğer bir çalışmada, öğrencilerin benlik saygısı puanlarının eğitim durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, öğrencilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe benlik saygısı puanlarının da yükseldiği belirtilmiştir (193). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, eğitim durumu arttıkça benlik saygısının arttığı görülmüştür. Buna göre en düşük benlik saygısı okuryazar olmayanlarda iken, en yüksek benlik saygısı lise ve üniversite mezunları olan grupta görülmüştür. Genel değerlendirmeye benzer şekilde DM, KY, KOAH gruplarında eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısı da artmaktaydı ve okuryazar olmayanların büyük çoğunluğunun benlik saygısı düşüktür. HT grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, tüm eğitim seviyelerinde benlik saygısı yüksektir. Bu durum benlik saygısını etkileyen yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastalık süresi gibi faktörlerden kaynaklanabileceği gibi, HT da ki vücut harabiyetinin hasta tarafından erken dönemde fark edilmemesinden kaynaklanıyor da olabilir.

Tan ve Karabulutlu'nun kronik böbrek yetmezliği olan hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada medeni durumun, benlik saygısı üzerine olan etkisi incelenmiştir. Medeni durum ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olmakla birlikte evli hastalarda benlik saygısı ortalama puanının bekarlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (135). Ülkemizde yine hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada medeni durum ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (205). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada evli olan katılımcıların, bekâr olan katılımcılara göre daha yüksek benlik saygısına sahip oldukları tespit edilmiştir (193). Benzer bir çalışmada, bireylerin evli ya da bekar olma durumlarının benlik saygısını anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir (206). Ancak yapılan bazı çalışmalar ise medeni durumun benlik saygısını etkilemediği yönündedir (207). Bizim çalışmamızda ise tüm katılımcılar ele alındığında medeni durum ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişki saptanmamış olmasına rağmen benlik saygısı en yüksek olan grubun evli olan grup olduğu görülmektedir.

Mastektomili kadınlarda yapılan bir çalışmada yaşın beden algısını etkileyen önemli bir parametre olduğu, genç kadınların beden algılarının yaşadıkları hastalıktan

ve geçirdikleri operasyondan daha olumsuz olarak etkilendiği gösterilmiştir (192). Bizim çalışmamızda ise yaş ile beden algısı birbiriyle ters orantılı olarak değişmekte olup, yaş arttıkça beden algısı düşmesine rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Literatür incelendiğinde, erkeklerin kadınlara göre bedenlerini daha olumlu algıladıkları görülmektedir (194). Ancak normal populasyon üzerinde yapılan araştırmaların bazılarında beden algısı kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (208). Yapılan çalışmalarda beden algılarında cinsiyete dayalı bu farklılığın, toplumsal etkilerden kaynaklandığını göstermektedir. Bu çalışmalara göre fiziksel görünüm, toplumda erkeklerden çok kadınların değerini ve statüsünü belirleyen bir faktör olduğu, kadın bedenine daha çok ilgi gösterildiği şeklinde yorumlanmıştır. Bu ilgi nedeniyle kadınlar bedenlerine daha çok önem vermekte ve toplumun ideal gördüğü bedene sahip olmak için daha çok uğraş vermektedirler (208,209). Bizim çalışmamızda ise tüm katılımcılar ele alındığında, kadınlarda beden algısı erkeklere oranla daha düşüktür. Hastalık grupları ayrı ayrı incelendiğinde de hipertansiyon ve kontrol grubunda benzer şekilde kadınlarda beden algısı erkeklere göre düşük bulunmuştur. Literatürdeki çelişkili sonuçların düzeltilmesi için daha geniş serilerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatürde obezite ile beden algısı değerinin azalması arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalar yoğunluktadır. Yapılan bir çalışmada, obezlerin obez olmayanlara göre istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı oranda bedenlerinden hoşnutsuzluk duydukları bildirilmiştir (210). Caldwell ve ark.'nın çalışması VKİ ile beden algısı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir, (211) yine Sarwer ve ark.'nın çalışması obez ile obez olmayan grupları kıyaslamış ve obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip olduklarını göstermiştir (212). Cash, diyet yaparak % 24 kilo kaybı sağlayan obez kişilerin beden algısında önemli iyileşmeler yaşadıklarını bulmuştur (213). Bizim çalışmamızda da VKİ ile beden algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, VKİ arttıkça beden algısının düştüğü görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde her bir kilo artışının benden algısında 1,084 kat düşmeye neden olduğu saptanmıştır. Beden algısını VKİ 'nin gruplandırması bazında incelediğimizde zayıf ve kilolu olanlar beden algısı yönünden anlamlılıklarını yitirmiş olup, normal kilolular referans alındığında obez olanların beden algısı 1,8 kat ve morbid obez olanların beden algısı ise 12,8 kat daha düşük bulunmuştur.

Eğitimin beden algısı üzerine etkisini incelediğimizde, Önen Sertöz ve ark.'nın, mastektomili kadınlar ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada eğitimin beden algısını etkilediğini saptamışlardır (216). Yine benzer bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça beden algısının da arttığı gözlenmiştir (192). Bizim çalışmamızda da literatürü destekler şekilde tüm katılımcıların eğitim durumları dikkate alındığında beden algısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş olup eğitim durumu arttıkça beden algısı da arttığı görülmüştür.

Diyabetik hastalarla yapılan bir çalışmada okur-yazar olmayan hastaların umutsuzluk düzeyleri yükseköğrenim düzeyine göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanların diyabetle ve onun getirdikleri ile nasıl başa çıkacağını tam olarak kavrayamadıkları için umutsuzluğa daha yatkın olabilecekleri düşünülmektedir (217,218). Başka bir çalışmada ise, diyabet ile geçirilen yaşam süresinin uzunluğu, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, diyabetik komplikasyon varlığı, insülin kullanımı, düzenli olmayan metabolik değerlerin hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyip, depresif semptomları artırdığı ve major depresyona eğilimi artırdığı gösterilmiştir (219). Bizim çalışmamızda ise her bir hastalık grubu ayrı olarak değerlendirildiğinde, DM ve HT gruplarında beden algısı ile eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Her iki grupta, lise ve üniversite mezunları en yüksek beden algısına sahiptir. Diğer gruplarda da eğitim durumu arttıkça beden algısı artmaktaydı ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Yapılan bir çalışmada medeni durumun beden algısına olan etkisi incelenmiş olup, medeni durum ile beden algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre evli olanların bekar olanlara oranla beden algıları daha yüksek bulunmuştur (41). Bizim çalışmamızda da medeni durum ile beden algısı arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, tüm katılımcılar değerlendirildiğinde, evli olanlarda beden algısı bekar ve dullara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hipertansif hastalarla yapılan Bardage ve ark. 'nın çalışmasında mental sağlık, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon ölçekleri ile psikososyal etkilene oranları incelenmiş bekarlar, dul veya boşanmış olanlar evlilere göre düşük skorlar elde etmiş olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (220). Diğer bir çalışmada da benzer olarak hipertansif hastaların medeni durumuna göre psikososyal özelliklerini ölçen testlerinde evlilerin puanları dul ve bekarlara göre daha yüksek çıkmıştır (221). Bizim çalışmamızda da gruplar ayrı ayrı

değerlendirildiğinde, yalnızca hipertansiyonu olan grupta medeni durum ile beden algısı arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, bekarlarda beden algısı evli ve boşanmışlara göre daha düşük olup, en yüksek beden algısı evli olan grupta görülmektedir.



6. SONUÇLAR

1. Kronik hastalığı olan bireylerin beden algısı ve benlik saygısı ortalama puanları sağlıklı bireylere göre daha düşüktü.
2. Kronik hastalıklar içinde en düşük beden algısı ve benlik saygısı puanına sahip olan grup KY olan grup, en yüksek beden algısı ve benlik saygısı puanına sahip olan grup DM hastalarının oluşturduğu gruptu.
3. Beden algısı ve benlik saygısı birbirlerini pozitif yönde etkilemektedir. Tüm gruplar incelendiğinde beden algısı ve benlik saygısı arasında zayıf, pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmekteydi.
4. Kronik hastalıklar, bireylerin yaşamını her açıdan etkilediği, beraberinde birçok psikososyal problem yaratarak öz saygı yitimine yol açtığı için sağlık çalışanları tarafından uzun süreli olarak izlemi gerektirmektedir. Hastalar medikal tedavinin yanı sıra psikososyal açıdan da desteklenmelidir.
5. Hastaya sürekli tıbbi bakım veren ve hastaların hastalıklarının her aşamasında yanlarında olan biz aile hekimleri olarak, hastalarımızın tıbbi ve psikolojik ihtiyaçlarını iyi belirlemeliyiz. Uygun tedavi ve bakımı sağlayacak yeterli donanım ve beceriye sahip olmalı ya da hastanın gereksinimleri doğrultusunda uygun tedaviyi alabilecekleri ileri bir merkeze yönlendirmeliyiz. Böylelikle, gittikçe artabilecek problemleri önleyebilir ve sistemli psikolojik tedaviye duyulan gereksinimi azaltabiliriz.

KAYNAKLAR

1. Leary, M. R. (2003). The self as an organizing consturct in te behavioral and social sciences. M. R. Leary ve J. P. Tangney (Ed.), *Handbook of self and identity* içinde (ss. 3-14). New York: The Guilford Press.
2. Cevher FN, Buluş M. Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi. *Akademik Dizayn Dergisi*. 2007, 2:52-64.
3. Oppenheimer L., Oosterwegel A. (1993) **The Self-System: Developmental Changes Between And Within Self-Concepts**. University Of Amsterdam. Hillsdale, Nj:Lawrence Erlabum Associates.
4. Harputlu D. Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ilişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
5. Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.
6. Yörükoğlu, A., Gençlik Çağı. 11. Baskı, Özgür Yayınları, İstanbul, 2000, s.69 Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Kişilik Kuramları, Erişim: [www.aof.edu.tr/kitap / EHSM/1024 /unite08.pdf](http://www.aof.edu.tr/kitap/EHSM/1024/unite08.pdf) (26.03.2013) <http://www.turkhemsirelerd.ernegi.org.tr/menu/yonetmelikler/hemsirelik-yonetmeligi.aspx> (26.08.2013)
7. Cüceloğlu, D. (1991). İnsan ve davranışı. 1. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
8. Cremeans, J. (1988). An Investigation Of The Effect Of A Self-Enhancement Workshop Upon The Self-Concept, Clinical Performance, And Academic Performance Of Associate Degree Nursing Students. University Of South Florida: The Department Of Adult And Vocational Education. Yayınlanmamış Doktora Tezi.
9. Harter, S. (2003). The development of self-representations during childhood and adolescence. M. R. Leary ve J. P. Tangney (Ed.), *Handbook of self and identity* içinde (ss. 610-642). New York: The Guilford Press.
10. James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Dover.
11. James, W. (1963). The varieties of religious experience. University Boks, New York.
12. Özen, Y, Gülaçtı, F Benlik-Kavramı Ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim Var Mı?. *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt-Sayı: 12-2 Yıl: 2010*
13. Shaver, K.G. (1977). Principles of Social Psychology, Winthrop Publ.Inc
14. GÜL, A. (2010). Benlik Düzenleme Odakları, Otantiklik Ve İlişkisel / Özerk Benlik Ketlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
15. Slattery, M. (2008). *Sosyolojide temel fikirler*. (Çev. Ümit Tatlıcan, Gülban Demiriz) İstanbul: Sentez Yayınları.
16. Kashima, Y., Gurumurthy, A.K., Ouschan, L., Chong, T., ve Mattingley, J. (2007). Connectionism and self : James, Mead and the stream of enculturated consciousness. *Psychological Inquiry*, 18, 73-96.

17. Arkonaç, S.A. (2008). *Sosyal psikolojide insanları anlamak*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
18. Ünlü, S. (2001), Psikoloji, Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir, s.129
19. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Kişilik Kuramları, Erişim: www.aof.edu.tr/kitap/EHSM/1024/unite08.pdf
20. Geçtan E. (1981). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar* (3.bs). İstanbul: Maya Matbaacılık.
21. Karahan, T. F., Sardoğan, M. E. Psikolojik Danışma Kuramları, İstanbul, 1994, s. 83-84
22. Kulaksızoğlu, A.,(2001). *Ergenlik Psikolojisi* (4.bs). İstanbul: Remzi Kitabevi, s. 41-117
23. Bal, U. (2003). Hastanede Çalışan Hemşire ve Diğer Bayan Sağlık Personelinin Benlik Saygıları ve Atılganlık Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, M.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
24. Maslow, A. H. (1987). *Motivation And Personality* (3rd Edition). New York: Harper And Row
25. Yanbastı, G.(1990), *Kişilik Kuramları* (1.bs). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
26. Cüceloğlu, D.(1996): *İnsan ve Davranışı* (6.bs). Remzi Kitabevi, İstanbul.
27. Gürsoy, D. Adolesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden Algısı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, M.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.
28. Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli, 2006.
29. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce, 2007.
30. Aydemir, S. Hemşirelerde Benlik ve Benlik Saygısı. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
31. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Pres, Princeton,1965.
32. Erikson EH. (Çev. Üstün B.T., Şar V.) (1984), *İnsanın Sekiz Çağı*, Sevinç Matbaası, Ankara.
33. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
34. Kumari A. Self-concept and academic achievement of students at the higher secondary level. *Journal of Sociological Research*. 2013, 4(2):105-113.
35. Küçük N. Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
36. Soytehir, Benlik ve Kişilerarası İletişim, İzmir, 2005,s. 227.

37. Çelik S, Demirbas H, İlhan İÖ, Doğan YB. Alkol Bağımlılarında İntihar Olasılığı İle Depresyon, Anksiyete ve Kişilik Bozukluğu Ek Tanıları Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2002, 3(1):17-20.
38. Tözün M. Benlik saygısı. *Actual Medicine*. 2010, (7):52-57.
39. Altunay A, Öz F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Benlik Kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006: 46-59.
40. Kaner S. Ortopedik Engelli ve Engelli Olmayan Erkek Ergenlerde Benlik Saygısı ve Beden İmajı. *Özel Eğitim Dergisi*. 2000, 2(4):13-22.
41. Hamurcu, P. Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
42. Yücel, N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
43. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.
44. Akdemir, N., Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Sistem Ofset; 2005: 193-200.
45. Grogan S, (2008). *Body image: under standing body dissatisfaction in men, women, and children* Routledge, Psychology press.
46. Doğan O, Doğan S. *Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı*. Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, 1992.
47. Armağan, A., Obez Kadınlarda Benlik Saygısının Beden İmgesi Üzerindeki Etkisinde Bıçımleyici Değişkenlerin İncelenmesi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
48. Gündoğan F. Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2006.
49. Ziyalar, A. *Beden İmajı Kavramı*. Yeni Sempozyum, 1983:1-2;31-37.
50. Coşkun Potur, D. İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
51. Ziyalar, A. (1980). *Sosyal Psikiyatri*, Yüce Yayınları.
52. Özeltin, G. (2003). Beden Algısı Değişimine Yaklaşımlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 8,51,4-14.
53. Temel M, 2005. Beden İmajını Etkileyen Faktörler ve Beden İmajı Doyumu. *Sendrom Dergisi*, 62-65.
54. Rodoplu, G. Mastektomi ve Histerektomi Ameliyatı Sonrası Beden Algısı Bütünlüğü Bozulmuş Hastaların Beden İmajları Konusunda Hissettiklerinin İncelenmesinde Hemşirenin Rolü. Yüksek Lisans, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1992.

55. Morrison T.G., Kalin R., Morrison M.A., (2004). Body image evaluation and body image investment among adolescents: a test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39 (155): 571-87.
56. Souto C.M.R.M., Garcia T.R, (2002). Construction and validation of a body image rating scale: a preliminary study. *Int J Nurs Terminol Classif*, 13(4), 117–26.
57. Velioglu P, Pektekin Ç, Sanlı T. *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:497, 1991:61-66.
58. Ergür E. Üniversite Öğrencilerinde Beden-Benlik Algısı ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1996.
59. Aktaş A, Atabek Astı T, Bakanoğlu E, Çelebioğlu M. Bir Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden İmgesi Algısının Belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2010, 18(2): 63-71.
60. Ünüvar U. Sünnetsiz Ve Sünnetli Yetişkinlerin Beden Algıları ve Benlik Saygıları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
61. Oğuz GY, (2005). Bir Güzellik Miti Olarak İncelik ve Kadımlarla İlgili Beden İmgesinin Televizyonda Sunumu. *Selçuk İletişim Dergisi*; 4 (1), 31-7.
62. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
63. Demir BD. Liseye Devam Eden Kız Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları Ve Beden Algısını Etkileyen Etmenler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
64. Acar TÖ. Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi Yüksekokulu ve Mimarlık-Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinde Beden Algısı ve İyilik Halinin Beden Kitle İndeksi ve Vücut Yağı Dağılımı İle İlgisi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kocaeli, 2010.
65. Kelleci M. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
66. Metintaş S. “Kronik Dejeneratif Hastalıkların Epidemiyolojisi”. ESOGÜ Tıp Fakültesi 3. Sınıf Halk Sağlığı Ders Notu: 2007.
67. Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis’ S Manual Of Psychosocial Nursing İn General Patient Care. Philadelphia: F A Davis Company;1996: 436-47.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara; Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; 2008. Erişim: 10.03.2012, http://www.tkd online.org/PDFs/ Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf
69. Pınar R. Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. *Akademik Geriatri* 2010;26-30. Erişim:10.03.2012, <http://www.engelsizengelliler.org/wp>

content/uploads/2012/01/T%C3%BCrkiyede-Evde-Bak%C4%B1mda-Mevcut-Durum.pdf/

70. İncirkuş K., Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu' nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011; 4 (1): 102-109. Erişim: 10.03.2012, http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/102-109_incirkusoz.pdf
71. Kronik Hastalıklar Raporu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 16 Şubat 2006 .
72. World Health Organization (April 2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors. Erişim: 26.08.2012, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
73. Erkoç, Y. Yardım N (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Anıl Matbaası; 2011: 15-17
74. Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
75. Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce.
76. Potter, P., Perry, A.G. (2001). *Fundamentals of Nursing* (5.ed.) (p:541-551), Mosby, St. Louis.
77. Mete, H.E. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11(Ek 3):3-18.
78. Arıkan, R.N. (2000). Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1), 39-46.
79. Schain, W.S. (1991). Breast Reconstruction: Update of Psychosocial and Pragmatic Concerns. *Cancer*, 5(68), 1170-1175.
80. Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman G., Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care*, 12, 263-273.
81. Kelleci M., Doğan S. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2:161-168.
82. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche.2002:83-291
83. Elbi Mete, H., Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon. *Duygu Durum Dizisi*, 4, 184-191.
84. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T. (1997). *İç Hastalıkları Hemsireliği* (6. Bs.). Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.

85. Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.S.
86. Gün, E. (2006). Spor Yapanlarda ve Spor Yapmayan Ergenlerde Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
87. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 4th Edition, Brussels, 2009
88. Satman İ, İmamoğlu S, Yılmaz C. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 4. Baskı, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2009 .
89. Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S. Diabetes mellitus. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE (ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2010:829-864.
90. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 2011, 34:11-61.
91. Vileikyte L, Rubin RR, Eventhal H. Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications:An overview. *Diabetes Metabolism Research Reviews Journal*. 2004, 20: 8-13.
92. Bhattacharyya OK, Estey EA, Cheng AY. Update on the Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 2009, 55: 39-43.
93. Satman, İ. ve TURDEP II Çalışma Grubu. (2011). TURDEP II Sonuçları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
94. International Diabetes Federation. (2009). Diabetes Atlas, 4th Edition (Erişim tarihi 23.07.2014), <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Diabetes-Atlas-4th-edition.pdf>
95. U.S. Department of Health and Human Services.(2011). National Institute of Mental Health, Depression and Diabetes, NIH Publication No. 11–5003
96. Bilge, U. Bazı Kronik Hastalıklarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığı Ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008.
97. Labovitz, H. E. (2004). (Ed.) Therapy for diabetes mellitus and related disorders. Virginia: American Diabetes Association.
98. Okyayuz, H.Ü. (Ed.). (1999). Sağlık Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara.
99. Buzlu S. (1999). Diyabetin Psikolojik Yönü. *Hemşirelik Bülteni*, Cilt 12, Sayı 45
100. Yılmaz T., Bahçeci M., ve Büyükbeşe A. (Ed.), *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*. İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları.
101. Alan H. Diyabetes Mellitus'da Gözlenen Duygusal ve Kendini Düzenleme Stratejileri İle Bu Faktörlerin Genel İyilik Hali ve Fiziksel Sağlıkla İlişkisi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2008.
102. Friedman S, Vila G, Timsit J. (1998). Anxiety and depressive disordersin an adult insulin-dependent diabetic mellitus patients (IDDM) population:

- relationship with glycaemic control and somatic complications. *Eur Psychiatry*, 5-302.
103. Akpolat T., Arık N. (1992) Hipertansiyon Patogenezi. *Hipertansiyon Bülteni*; 2(1): 3-6.
 104. Lemone P, Burke K. Medical Surgical Nursing. Critical Thinking in Client Care. Addison-Wesley, Nursing. Adivision of the Benjamin/commings Publishing Company 1996; 1185-1195
 105. A global brief on hypertension. World health day 2013. Erişim: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en. Erişim tarihi: 15.10.2013
 106. Lenfant C, Aram V, Daniel W, Roccella E.J. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC -7 Report). *Hypertension*, 2003; 41: 1178-1190
 107. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Erişim: <http://www.haoyisheng.com/upload/2014JNC8.pdf>. Erişim tarihi: 26.02.2014
 108. Weber M, Schiffrin E, White W.et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension* 2014;(16):14-26
 109. Global status report on noncommunicable disease 2010. Erişim: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Erişim tarihi: 01.08.2013
 110. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day2010. Erişim: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>. Erişim tarihi: 24.04.2014
 111. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı Sağlık Bakanlığı, 2010
 112. 3.World Health Organization, 2013. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Erişim tarihi: 05.04.2014
 113. Sağlığı Kazanmak Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2010. Erişim: www.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 05.08.2013
 114. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2013, 31: 1281–1357
 115. Yıldız M, Küçükazman M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi*, 2008; 1(1):1-3
 116. Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda Hipertansiyon. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010; 38(1) 25-31
 117. Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update A Report From the American Heart Association. Erişim: <http://www.heart.org/HEARTORG/>. Erişim tarihi: 12.11.2013

118. Apel L.J., Brands M.W., Daniels S.R., Karanja N., Emler P.J. ve Sacks F.M. (2006) Dietary approaches to prevent and treat hypertension, "A scientific statement from the American Heart Association". *Hypertension*, 47, 296–308.
119. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici U, Karatan O, Turgan, C. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*, 2005; 23, 1817-1823.
120. Arici M, Turgan C, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici U. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *JHypertens*. 2009; 4-240.
121. Onat A. Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Dern Ars*, 2009; 74-88
122. Cardiovascular Disease Statistics - American Heart Association-2010, Erişim:<http://www.americanheart.org/> . Erişim tarihi: 20.05.2013
123. Lip G. YH., Beavers D.G. (2000) Kadınlarda Hipertansiyon. İçindekiler: Kardiyolojide Güçlükler. Danışman: Çiftçi H., Çeviri: Ulusoy B., Yerli E., Altuncan A., Yalkovan Yayıncılık, İstanbul, s:45
124. Mete, H.E. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11(Ek 3):3-18.
125. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Bakım Hizmeti. *Dicle Tıp Derg / Dicle Med J* 2011; 38(1): 57- 65.
126. Sadock B, Sadock V, editör. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins: s.2113-20.
127. Drozd W, Wojnar M, Araszkievicz A, Nawacka-Pawlaczyk D, Urbanski R, Cwiklinska-Jurkowska M, Rybakowski J. "The prevalence of depressive disorders in primary care in Poland". *Wiad Lek*. 2007;60(3-4):109-13.
128. Umut S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İçinde: Nurhayat S, Yıldırım U (editörler). *Göğüs Hastalıkları Seminer Notları*, 2. Baskı. İstanbul, 2006.
129. Olgun N, Eti Aslan F, Sert H. Solunum Sistemi. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Kitabevi, 2010.
130. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Revised 2011.
131. Saetta M, DiStefano A, Maestrelli P et al. Activated T-lymphocytes and macrophages in bronchial mucosa of subjects with chronic bronchitis. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 301-6.
132. Pesci A, Balbi B, Majori M et al. İnflammatory cells and mediators in bronchial lavage of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1998; 12 : 380-6.
133. American Thoracic Society-European Respiratory Society position paper. Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. 1-222.
134. www.goldcopd.com. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease-2009

135. Tan, M., Karabulutlu, E. (2004). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajını Algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (3), 67-73.
136. Polatlı M. KOAH: *Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri*. In Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A (eds) *Solunum Sistemi ve Hastalıkları*. İstanbul Tıp Kitabevi (2010); 663-669.
137. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. www.who.int/respiratory/copd/burden/15.10.2012
138. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-etkililik Projesi. Hastalık Yüğü Final Rapor. Ankara, Türkiye, 2004. Türk Toraks Derneği.
139. Behrendt CE. Mild and moderate-to-severe COPD in non-smokers. Distinct demographic profiles. *Chest* 2005; 128: 1239-44.
140. World Health Organization, Global Burden Disease. WHO 2004
141. Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D et al. An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 182: 693-718.
142. Celli BR, Halbert RJ, Nordyke RJ et al. Airway obstruction in never smokers: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Med* 2005; 118: 1364-72.
143. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone AM. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000; 55: 1000-6.
144. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(4):79-86.
145. Dr. Yasin ABUL, Dr. Tevfik ÖZLÜ. Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013; 1 (1): 7-12
146. Siafakas NM, Schiza S, Xirouaki N, et al. Is dyspnea the main determinant of quality of life in the failing lung? A review. *Eur Respir Rev* 1997; 7: 42, 53-6.
147. İliçin G, Biberöglü K, Süleymanlar G, Ünal S. *İç Hastalıkları*. (2.bs), Ankara, Güneş Kitabevi, 2005.
148. Heper C. *Heper Kardiyoloji*. İstanbul, Nobel & Güneş. 2002; 323-339.
149. Cankurtaran M, Arıoğul S. Yaşlıda Konjestif Kalp Yetersizliği Tedavisi, Klinik Gelişim. 2004; 17(2):90-100.
150. Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.
151. Rona G. Chatecholamine cardiotoxicity. *J mol cardiol* 1985; 17: 291-306.

152. Mann DL, Kent RL, Parsons B, Cooper G IV. Adrenergic effects on the biology of the adult mammalian cardiocyte. *Circulation* 1992; 85: 790-804
153. Francis GS, Goldsmith SR, Levine B, et al. The neurohumoral axis in congestive heart failure. *Ann Intern Med* 1984; 101: 307-377
154. Greenberg B, Acute decompensated heart failure -treatments and challenges. *Circ J.* 2012;76(3):532-43.
155. <http://www.tkd.org.tr/SunuMerkezi/?s=MExGOTZZM0ox>, 2012
156. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 35: 594-603.
157. Değertekin M, Türkiye’de kalp yetmezliği prevalansı ve belirleyicileri araştırması, HAPPY çalışması, Türk Kardiyoloji Derneği. Ekim 2009
158. Wheeldon NM, MacDonald TM, Flucker CJ, McKendrick AD, McDevitt DG, Struthers. AD. Echocardiography in chronic heart failure in the community. *Q J Med.* 1993;86(1):17-23.
159. Dickstein K. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik ESC Klavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.* 2008;3:41-95.
160. Meriç M. Kalp Yetersizliğinde Doku Doppler Miyokardiyal Performans İndeksi Ve Sol Ventrikül Diyastol Sonu Basıncıyla İlişkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun, 2004.
161. Özer S, Kalp Yetersizlikli Hastaların Yaşam Kalitesi Algılamaları. *Heart Lung.* 2009;38(2):100108.
162. Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2005;1(1):63-77.
163. Akyol AD. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1993;9(2):75-80.
164. Kömürçüoğlu B, Balcıoğlu M, Öztuna I. KOAH’ lı Erkek Olgularda Depresyon. *Toraks Dergisi,* 2000; 1(3):31- 4.
165. Postma DS, Burema J, Gimeno F, May JF, Smit JM, Steenhuis EJ,
166. Damsgaard T, Kok-Jensen A. Prognosis in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Acta Med. Scand.* 1974; 196: 103-108.
167. Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, et al. Prevalence of COPD: first epidemiological data from a large region of Turkey. Accepted in *European Journal of Internal Medicine* (2008).
168. Izza J. *Primer hipertansiyon Kitabı.* Çeviri; Kazancı G.nobel tıp kitabevi, 2004
169. Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010; 38(1) 25-31
170. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüku Final Rapor, Aralık, 2004.

171. Demir, M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.
172. Raheison C, Girodet PO. *Epidemiology of COPD. Eur Respir Rev* 2009; 18: 213-21.
173. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking and health in the Americas. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, DHSS publication no (CDC). 1992; (19): 84-92.
174. Aşçı S, Öztürk A, Öztürk Y. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı Bölgesinde 30 Yaş Üstü Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı Ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 2005; 14: 59-65 99
175. Özdemir L, Sümer H, Koçoğlu G, Polat HH. Sivas Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Hipertansiyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *C.Ü. Tıp fakültesi Dergisi*, 2001; 23 (1): 9-14
176. Alsairafi M, Alshamali K, Al-rashed A. Effect of Physical Activity on Controlling Blood Pressure among Hypertensive Patients from Mishref Area of Kuwait. *Eur J Gen Med* 2010;7(4):377-384
177. Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., Sindel, Ş., Erbay, B., Hasanoğlu, E., Çağlar, Ş.; Turkish Society Of Hypertension And Renal Diseases. (2005). Prevalence, Awareness, Treatment And Control Of Hypertension In Turkey (The Patent Study) In 2003. *J Hypertens*, 23: 1817-1823.
178. Lemone P, Burke K. Medical Surgical Nursing. Critical Thinking in Client Care. Addison-Wesley, Nursing. Adivision of the Benjamin/commings Publishing Company 1996; 1185-1195
179. Karadakovan A, Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı. 2. Baskı*, Adana; Nobel kitabevi, 2011: 585-602
180. Purcell H, Kalra P. *Kardiyoloji. 1. Baskı*, İstanbul: Çeviri Editörü: İlerigelen B. İstanbul Tıp Kitabevi 2009: 22-34, 216-232
181. Gregory, YH Lip. *Clinical Hypertension in Practice. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada Klinik Hipertansiyon*, Global Yayın Ajansı, İstanbul. 2004:1-103
182. Tokgözoğlu L, Kaya, EB, Erol C, Ergene O; EUROASPIRE III Turkey Study Group. EUROASPIRE III: a comparison between Turkey and Europe. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2010; 38: 164-172
183. Özdemir. Ü., Taşçı, S., Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 2013.
184. Rosenberg, A (1985). Methodology, theory and the philosophy of science. *Pacific Philosophical Quarterly* 66: 377—393.

185. Sarı. C., Ergenlerin Psikolojik Belirti Düzeyleri ve Uyumlarını Yordayan Bazı Değişkenler Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008
186. Harter S,(1990), Identity and Self Development, At the threshold: The developing adolescent . (pp. 352-387)
187. Batıgün Durak, A., Şahin Hisli, N. Demirel, E. Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22(4):245-54
188. Booth N D. (1989). The relationship between height and self esteem and the mediating effect of self consciousness *The Journal of Social Psychology* 120(4) 609-617
189. Pesa JA, Syre TR, Jones E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of Adolescent Health* 26: 330-337.
190. Allgood-Merten B, Lewinson P, & Hops, H. (1990), Sex differences and adolescent depression, abnormal, *Psychology journal*, 99:55-63.
191. Canpolat, B. I. (2003), Ergenlerin Kendilik Algısında Beden İmajının Ve Beden Kitle İndeksinin Rolü, *3P Dergisi*, 11: 143-154.
192. Uçar, T. Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2008.
193. Saygılı. G., Kesecioğlu, İ.T., Kırıktaş,H.(2015). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi cilt:4, sayı:2*
194. Block J & Robins R W (1993) A longitudinal study of consistency and change in self esteem from early adolescence to early adulthood *Child Development* 64(9) 923
195. Bahar, A. (2006). Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1)
196. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*. 2001, 36:147-156.
197. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*. 1994, 15(1):53-61.
198. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns*. 2006, 62:126-131.
199. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women. *Body Image* 2004, 1:155-167.
200. Mond J, van den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *J Adolesc Health*. 2011, 48:373-378.

201. Pınar R. Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002, 6(1): 30-41.
202. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1996, 20(3):272-277.
203. Kartal SMA. Obesity and Its Psychological Correlates: Appearance-Esteem, Self-esteem And Loneliness. Ankara University, Unpublished Master Dissertation, Ankara, 1996.
204. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996, 17(2):125-128.
205. Duyan, V., Mutlu, E. Sosyo-Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikler İle Sosyal Desteğin Hemodiyaliz Hastalarının Benlik Saygısı Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012 1(3), 1-38
206. Bostan, Ö. (2004). Ebe Ve Hemşirelerde İş Doyumu, Benlik Saygısı ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7(3), 56-66.
207. Erdem, M., Taşçı, N. (2003). Tüberküloz Hastalarında Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 51(2): 171-176.
208. Franzoi S L Kessenich J J & Sugrue, P A (1989) Gender differences in the experience of body awareness An experimental sampling study *Sex Roles* 21 (7/8) 499 515
209. Thomas V G (1988) Body image satisfaction among black women *The Journal of Social Psychology* 129 (1) 107 112
210. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998, 66(4):651-654.
211. Ranasinghe C, Gamage P, Katulanda P, Andraweera N, Thilakarathne S, Tharanga P. Relationship between Body mass index (BMI) and body fat percentage, estimated by bioelectrical impedance, in a group of Sri Lankan adults: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2013, 13:797
212. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cakmakci Cetinkaya A, Sen N, Erbay Dundar P, Oryal Taskin E. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*. 2007, 7:80.
213. Cash TF, Counts B, Huffine CE. Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image and eating behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1990, 12(2):157-167.
214. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemis G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellik bedeni algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013, 14:53-61.
215. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010, 20:161-167.
216. Önen Sertöz, Ö., Elbi Mete, H., Noyan, A., Alper, M., Kapkaç, M. (2004). Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin Beden Algısı, Cinsel _slevler, Benlik

Saygısı ve Es Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 264-275.

217. Franciosi, M. et al. (2004). Correlates of Satisfaction for the Relationship with Their Physician in Type 2 Diabetic Patients, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66: 277-286
218. Kumcağız, H., Ersanlı, K. (2008). Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23: 123-128
219. Güven T. Diyabetes Mellitüslü Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2007.
220. De Martins JE. Client with hypertensive disorders: promoting positive outcomes. In Black JM, HawksJH, Keene AM eds. *Medical –Surgical Nursing*. Sixty Edition. W.B. Saunders company Philadelphia 2001: 1379-1398.
221. Göçgeldi, E., Babayiğit, M.A., Hassoy, H., Açikel, C.H., Taşçı, İ., Ceylan, S., Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 172-179

EK.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Yaşınız:

2- TC:.....

3-Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

4- Medeni Haliniz: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul

5- Eğitim Durumunuz:

1.Okur Yazar Değilim	4.Lise Mezunu
2.İlkokul mezunu	5. Üniversite
3.Ortaokul Mezunu	

6-Mesleğiniz:

1.Memur	4.Özel sektör	7.Diğer.....
2.İşçi	5.Öğrenci	
3.Ev hanımı	6.Emekli	

7-Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

8- Yukarıdaki sorunun cevabı evet ise kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz?

.....

9- Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

10- Yukarıdaki sorunun cevabı evet ise kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz?

.....

11-Boy :.....

Kilo:.....

VKİ:.....

12-Aşağıda belirtilen hastalıklardan hangisine sahipsiniz?

<input type="checkbox"/> Hipertansiyon hastasıyım	1.Evet	2.Hayır
<input type="checkbox"/> Diyabet hastasıyım	1.Evet	2.Hayır
<input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği hastasıyım	1.Evet	2.Hayır
<input type="checkbox"/> KOAİ hastasıyım	1.Evet	2.Hayır

13-Kaç yıldır yukarıda belirttiğiniz hastalığa sahipsiniz? Aşağıdaki kutucuğa yazınız.

<input type="checkbox"/> Hipertansiyon.....
<input type="checkbox"/> Diyabet
<input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği.....
<input type="checkbox"/> KOAİ

14-İlaç kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

15-Yukarıdaki sorunun cevabı evet ise kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz?

.....

16-Hastalığınızın sizi ruhsal açıdan olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Hiç etkilemiyor

2.Az etkiliyor

3.Orta düzeyde etkiliyor

4. Çok etkiliyor

17-Hastalığınızın dış görünümünüzü olumsuz etkilediğini düşünüyor musunuz?

- 1.Hiç etkilemiyor
- 2.Az etkiliyor
- 3.Orta düzeyde etkiliyor
4. Çok etkiliyor

18- Daha önce hiç psikiyatrik danışmanlığa ve desteğe ihtiyaç duydunuz mu?

- 1.Evet
- 2.Hayır

19- Yukardaki sorunu cevabı evet ise rahatsızlığınızı yazınız.

.....

EK.2

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.				
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.				
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7. Genel olarak kendimden memnunum.				
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.				

EK.3

Bedensel Algısı Ölçeği

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji /Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
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. Ağırlığı					
40. Cinsel Organlarım					

EK.4. ETİK KURUL KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Beden Algıları ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/70

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Beden Algıları ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/70

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
Diğer:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/70	Tarih: 25.03.2015					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Beden Algıları ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/70

Doç. Dr. Ergül ALÇIN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmad.
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	pli
Dr. Mahmut Barın AĞÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	katılmad.
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmad.
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmad.
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Atay

*:Toplantıda Bulunma

