

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
OKUL BAŞARISINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülsüm YETİŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı

DANIŞMAN

Doç. Dr. Rukuye AYLAZ

MALATYA-2014

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
OKUL BAŞARISINA ETKİSİ**

Gülsüm YETİŞ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Rukuye AYLAZ

MALATYA-2014

ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Behice ERCİ



Danışman

Doç. Dr. Rukuye AYLAZ



Üye

Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../2014 tarih ve 2014/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Ergül ALÇİN
Enstitü Müdür V.

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde katkıda bulunan danışman hocam Sayın Doç. Dr. Rukuye AYLAZ'a, araştırma süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı ve SYO Müdürü Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, çalışmama katkıda bulunan bütün kronik hasta öğrencilere ve ebeveynlerine, arkadaşlarıma, bu uzun zorlu yolculukta her zaman ve her koşulda yanımda olan canım kardeşime ve canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Bu araştırma, kronik hastalığı olan öğrencilerin algıladıkları sosyal desteğin okul başarılarına etkisini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi Büyük Çocuk Servisi'nde yatan, en az 3 ay önce kronik hastalık tanısı konulmuş 10-16 yaş grubu, öğrenimine devam eden 597 çocuk; araştırmanın örneklemini ise evrenden basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 234 çocuk oluşturdu.

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından, hastane ortamında Ağustos 2012-Mart 2013 tarihleri arasında, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımlar, t testi, ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve ki-kare önemlilik testleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan çocukların; hastalıklarıyla ilgili yaşadıkları sıkıntılarda %49.6'sının annelerinden destek aldıkları, %66.2'sinin hastaneye yattığında derslerde arkadaşlarından geri kaldığı ve %61.5'inin hastalığına bağlı yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle ders çalışmadığı için okul başarılarının etkilendiği belirlendi. Elde edilen verilere göre; algılanan sosyal desteğin okul başarısını etkilediği, başarıda en çok aileden alınan desteğinin etkili olduğu (54.9 ± 4.40), bunu sırasıyla öğretmen desteği (46.3 ± 5.18) ve arkadaş desteğinin (35.0 ± 4.24) takip ettiği belirlendi.

Sonuç olarak; çocukların okul başarısını, kronik hastalığın olumsuz etkilediği fakat algılanan sosyal desteğin olumlu etkilediği belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda kronik hastalıklı çocuklarda sosyal destek düzeylerinin ve destek kaynaklarının saptanması, hemşireler tarafından çocuğun ebeveynlerinin, öğretmenlerinin ve arkadaşlarının kronik hastalıklı çocuklar ve okul yaşantıları konusunda bilgilendirilmeleri ve tüm okullarda okul sağlığı hemşireliğinin aktif hale getirilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: kronik hastalık, okul başarısı, sosyal destek, hemşirelik, çocuk

ABSTRACT

THE EFFECT OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT OF CHILDREN WITH A CHRONIC DISEASE ON THEIR SCHOOL SUCCESS

This cross-sectional and descriptive study was carried out to assess the effect of the social support perceived by students with chronic diseases on their success in school.

The study population was composed of 597 children who were hospitalized in Turgut Özal Medical Center's Grown Children Service, who had been diagnosed with a chronic disease at least 3 months ago, who were in the 10-16 age group and who were attending their schools; and the sample of the study comprised of 234 students, who were chosen from the population based on the simple random sampling technique.

The study data were collected by the investigator between August 2012 and March 2013 using a Patient Descriptive Information Form and the Perceived Social Support Scale. Percentage distributions, t-test, ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U and chi-square significance tests were used to analyze the data.

With respect to the troubles experienced due to their diseases, 49.6% of the children who took part in the study received support from their mothers, 66.2% of them fell behind their friends in lessons when they were hospitalized and 61.5% had their success in school affected because they could not study their lessons due to their disease-related problems. According to the data obtained, it was found that perceived social support influenced their success in school, the support received from the family was the most effective factor in their success (54.9 ± 4.40) and this was followed by support from teachers (46.3 ± 5.18) and support from friends (35.0 ± 4.24).

In conclusion, it was found that chronic diseases had a negative effect on children's success in school, whereas perceived social support had a positive effect. In view of these results, it can be recommended that the levels of social support and sources of social support should be identified in children with chronic diseases, nurses should provide information to the parents, teachers and friends of these children about children with chronic diseases and their experiences in school and school healthcare nursing should be activated in all schools.

Key Words: Chronic disease, school achievement, social support, nursing, children

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| ÖZET | v |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | ix |
| TABLolar DİZİNİ | x |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Kronik Hastalığın Tanımı | 4 |
| 2.2.Çocuklarda Kronik Hastalığın Görülme Sıklığı | 4 |
| 2.3. Çocuklarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar | 5 |
| 2.3.1. Diyabet | 5 |
| 2.3.2. Astım..... | 5 |
| 2.3.3. Kronik Böbrek Hastalıkları | 6 |
| 2.3.4. Kalp ve Dolaşım Sistemine Ait Hastalıklar..... | 6 |
| 2.3.5. Kronik Karaciğer Hastalıkları | 7 |
| 2.3.6. Kanama Bozuklukları | 7 |
| 2.3.7. Epilepsi | 8 |
| 2.4. Kronik Hastalıkların Çocuk ve Ergen Üzerindeki Etkileri..... | 8 |
| 2.4.1.Okul Çağı (6-12 Yaş) Grubunun Hastalığa Tepkileri | 9 |
| 2.4.2. Adölesan dönemde (13-18 yaş) Çocukların Hastalığa Tepkileri | 9 |
| 2.5. Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Hemşirelik Yaklaşımı..... | 10 |
| 2.6.Kronik Hasta Çocuk ve Okul | 10 |
| 2.7. Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Sağlığı Hemşireliği | 11 |
| 2.8.Sosyal Destekle İlgili Kuramsal Bilgiler | 13 |
| 2.9. Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenler Açısından Sosyal Desteğin Önemi | 14 |
| 2.10.Algılanan Sosyal Destek ve Okul Başarısı..... | 16 |
| 2.11.Algılanan Sosyal Destekle İlgili Yapılan Çalışmalar | 17 |
| 2.11.1.Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar | 17 |
| 2.11.2.Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 20 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli..... | 20 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 20 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme..... | 20 |
| 3.4. Verilerin Toplanması..... | 21 |
| 3.4.1. Veri Toplama Aracı | 21 |
| 3.4.2. Ön Uygulama | 22 |
| 3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması..... | 22 |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi | 23 |
| 3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği | 25 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü..... | 25 |
| 4.BULGULAR | 26 |
| 5. TARTIŞMA | 41 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 47 |
| KAYNAKLAR..... | 48 |
| EKLER | 59 |
| Ek-1 Kronik Hasta Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu | 59 |
| Ek-2 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)..... | 62 |
| Ek-3 Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu | 65 |
| Ek-4 Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği Ve Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Formu..... | 67 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 69 |

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DM : Diabetes Mellitus

ISAAC : Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Allerji Çalışması

NS : Nefrotik Sendrom

KBY : Kronik Böbrek Yetersizliği

HT : Hipertansiyon

ITP : Idiopenik Trombositopenik Purpura

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ASDÖ : Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ASD : Algılanan Sosyal Destek

TABLOLAR DİZİNİ

| | Sayfa No |
|--|----------|
| Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Testler | 24 |
| Tablo 4.1. Kronik Hasta Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı | 26 |
| Tablo 4.2. Kronik Hasta Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı | 27 |
| Tablo 4.3. Kronik Hasta Çocukların Hastalıklarına Ait Özelliklerin Dağılımı..... | 28 |
| Tablo 4.4. Kronik Hasta Çocukların Hastalık veya Sıkıntı Durumlarında Aldıkları Destek Özelliklerine Göre Dağılımı | 29 |
| Tablo 4.5. Kronik Hasta Çocuğa Göre Okul Başarısını Etkileyen Nedenler | 30 |
| Tablo 4.6. Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Göre Okulda Hemşire Bulunmasının Faydaları..... | 31 |
| Tablo 4.7. Demografik Veriler ile Okul Başarısının Karşılaştırılması | 32 |
| Tablo 4.8. Kronik Hasta Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile ASD Aile ve ASD Arkadaş Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... | 33 |
| Tablo 4.9. Kronik Hasta Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile ASD Öğretmen ve ASD Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... | 34 |
| Tablo 4.10. Çocukların Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile ASD Aile Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması..... | 35 |
| Tablo 4.11. Kronik Hasta Çocukların Hastalıklarının Özellikleri ile ASD Aile ve ASD Arkadaş Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... | 36 |
| Tablo 4.12. Kronik Hasta Çocukların Hastalıklarının Özellikleri ile ASD Öğretmen ve ASD Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... | 38 |
| Tablo 4.13. Kronik Hasta Çocukların Okul Başarısı ile ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması..... | 40 |

1.GİRİŞ

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu gün geçtikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır (1). Dünyada 18 yaşın altındaki çocuklarda kronik hastalıkların insidansının %10-15 arasında olduğu bilinmektedir (1). Zihinsel, duyuşal, öğrenme ve davranışsal sorunları olan çocuklar da buna dahil edilirse insidans %30-40'a yükselebilmektedir (1). Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde günlük aktiviteyi etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır ve bunların % 10'u ağır kronik hastalıklardır (2).

Kronik hastalık tanısı alan çocukların okul yaşamı; sık hastaneye yatma, kontroller, tedavi ve ilaçların yan etkileri gibi nedenlerle kesintiye uğramakta ve bu durum çocukların okula uyumunu etkilemektedir (1,3,4,5,6,7). Hasta çocukların okul ve sosyal yaşantıya uyum yapmada çeşitli güçlükler yaşadıkları yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (3,5).

Çocuk hastalığının bilinmesi durumunda arkadaşları tarafından dışlanacağı düşüncesi veya tedavinin çocuğun dış görünüşünde meydana getirdiği değişikliklerden dolayı okulda arkadaşlarının kendiyile dalga geçeceği düşüncesi gibi nedenlerle okula gitmek istemeyebilir. Aileler de hastalığın atak dönemlerinde çocuğa okulda müdahale edilemeyeceği endişesiyle çocuklarını okula göndermek istemeyebilir. Okula devamsızlık yapan çocuklar derslerde arkadaşlarından geri kalmaktadırlar. Bu durum okul başarılarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bunlara ek olarak çocukların herhangi bir sağlık sorununun varlığı öğrenme düzeylerini, dolayısıyla okul başarılarını da etkileyebilmektedir (2,3).

Kronik hastalığı olan çocukların çoğu sosyal ilişkilerden uzak durarak hastalığa bağlı yetersizliklerini saklamaya ya da bu farklılıkları ile baş etmeye çalışırlar (3). Ayrıca bu çocuklar, kendileriyle ilgilenmek zorunda olduklarından başkalarına ilgi gösterememekte, yaşıtlarına açılmamaktadırlar (8). Hasta çocukların gerek hastalıklarıyla baş edebilmesi, gerekse hastalıklarından dolayı sosyal geri çekilmeler ve içe kapanma gibi durumların yaşanmaması için sosyal destek

önemlidir. Okul dönemindeki çocuklar için sosyal çevresi olan aile, öğretmen ve arkadaşlarından gördükleri sosyal destek, gelişimlerine önemli katkıda bulunmakta ve hastalık dahil karşılıklarına çıkan problemlerle başetmelerini kolaylaştırmaktadır (9,10,11). Bu durum hastalığın seyri, çocuğun yaşı gibi faktörlerden etkilense de genel olarak sosyal desteğin çocuğun yaşamında olumlu katkıları olduğu bilinmektedir.

Hastalık döneminde yaşadığı sosyal güçlükler karşısında destek gören çocukların topluma ve kendilerine daha faydalı bireyler olacağı ve okul başarılarının artacağı düşünülmektedir. İlköğretim ve lise çağındaki çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda, sosyal desteğin çocuğun yaşamındaki birçok alanda etkili olduğu, özellikle okul başarısını ve okula uyumunu arttırdığı görülmüştür (8,10,12,13). Çocukluk ve gençlik döneminin önemli bir bölümü okullarda geçmektedir (7,14). Kronik hastalığı olan çocukların okul sürecinde hem hastalıklarıyla başa çıkmaları hem de öğrenim sürecini devam ettirmeleri beklenmektedir ki, bu da desteğe gereksinimi olan durumlardan biridir (15). Kronik hastalıklı çocukları yaşatları gibi olabildiğince sosyal yaşamın içinde tutmak, hastalığa ilişkin yaşadığı güçlükleri ortadan kaldırmak, akademik başarısına katkıda bulunarak çocuğun sağlıklı bir okul yaşantısı sürdürmesini sağlamak hedeflenmektedir (3). Kronik hastalığı olan çocuğun sosyal çevresinden destek alması, okula devam durumunu ve dolayısıyla okul başarısını etkileyebilmektedir. Hemşire öğrenmeyi etkileyen sağlıkla ilgili engelleri belirlemede, çocukların sağlık problemleriyle baş etmelerinde okul çağında ve yetişkin döneminde sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olmada önemli bir konumdadır (16).

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı kronik hastalığı olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisini incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalığın Tanımı

Kronik hastalığın birçok tanımı mevcuttur. Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “kalıcı sekeller bırakan, geri dönüşümsüz patolojik değişimlerin sebep olduğu, hastanın rehabilitasyonu için özel hasta eğitimine gereksinim duyulan, uzun süreli takip ve bakım gerektiren süreğen hastalıklar” olarak tanımlanmıştır (17). Pless ve Pinkerton'un tanımına göre ise kronik hastalık; "bir çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az üç ay süreyle engelleyen, yılda en az bir ay süreyle ya da tanı anında hastanede yatmaya neden olan bir sağlık sorunudur" (1,4). Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri yönetmeliğinde kronik hastalık; gelişim dönemi içinde bireyin sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalığı nedeniyle eğitim performansının ve sosyal uyumunun olumsuz yönde etkilenmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (18,19).

2.2.Çocuklarda Kronik Hastalığın Görülme Sıklığı

Geçen son yirmi yıl süresince kronik hastalığı olan çocukların sayısında önemli ölçüde artış olmuştur (1). Dünya ile paralel olarak ülkemizde de kronik hastalıklar en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır (1). Dünyada 18 yaşın altındaki çocuklarda kronik hastalıkların insidansının %10-15 arasında olduğu bilinmektedir. Zihinsel, duyuşsal, öğrenme ve davranışsal sorunları olan çocuklar da buna dahil edilirse insidans %30-40'a yükselebilmektedir (1,3). Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre ülkemizde 0-19 yaşlar arasında süreğen hastalığı olan 698.406 çocuk bulunmaktadır (5). Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde günlük aktiviteyi etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır ve bunların % 10'u ağır kronik hastalıklardır (2).

2.3. Çocuklarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar

Çocukluk çağındaki kronik hastalıklar; doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi, süregelen böbrek yetersizliği, kanserler, hemofili, karaciğer hastalıkları, diyabet, astım gibi hastalıklardan oluşmaktadır (1,5,20,21). Ülkemizde çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıklar arasında solunum sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar, diyabet ve çeşitli kas-iskelet bozuklukları yer almaktadır (1,3). Bu çalışmada diyabet, astım, kronik böbrek hastalığı, kronik kalp hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, kanama bozuklukları ve epilepsi hastalığı olan çocuklar araştırma kapsamına alınmıştır.

2.3.1. Diyabet

Tip 1 Diyabet pankreasın beta hücrelerinin tamamının ya da tüme yakınının yıkımı sonucu ortaya çıkan ağır insülin eksikliğine neden olarak; sağlık personeli, aile, hasta ve okulda öğretmenlerin birlikte yol almasını gerektiren; mutlak ve ömür boyu insülin bağımlılığı ile seyreden kronik bir hastalıktır (2,14). Her yaşta görülebilen ancak daha çok çocuk ve gençlik hastalığı olarak bilinen tip 1 DM, tüm DM olgularının %10-15'ini oluşturmaktadır (22). Tip 1 diyabet 7-14 yaşındaki çocuklarda daha yaygındır (1,2). Uluslararası Diyabet Federasyonu, dünyada en az 17 milyon kişide Tip 1 diyabet olduğunu tespit etmiştir ve dünyada 16 yaş grubundaki prevalansı 1/360 olarak bildirilmektedir (23,24). Tip 1 DM tedavisinde son yıllardaki ilerlemelere rağmen, diyet, egzersiz, insülin enjeksiyonları gibi gerekliliklerin varlığı nedeniyle tanı konulan çocuk ve ergenlerin psikolojik güçlükler için risk altında oldukları söylenebilir (2,22).

2.3.2. Astım

Astım, çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklarından biridir (2,14). Hastalığın fizyopatolojisi hava yollarındaki kronik inflamasyon ve bunun neden olduğu hava yollarındaki geri dönebilir obstrüksiyondur (2,8,14,25). Ülkemizde tüm dünya ile paralel olarak astım prevalansı giderek artmaktadır (26). Ülkemizin de katıldığı, elli altı ülke ve 155 merkezde gerçekleştirilen Uluslararası Çocukluk Çağı Astım ve Allerji Çalışmasında (ISAAC), çocuklarda astım prevalansı %1,6-36,8

arasında bulunmuştur (26). Çocukluk çağı hastalıkları arasında en çok okula devamsızlık nedeni olan astım, bronşların zaman zaman daralması sonucunda nöbetler halinde gelen solunum güçlüğü atakları, öksürük ve hırıltı ile kendini gösterir (2,8,27,28). Hava kirliliği, aşırı hijyenik yaşam, sigara ve yoğun allerjen teması gibi çevresel etmenler atakları tetikleyebilmektedir (14,25). Bu nedenle çocuk ve çevresindeki bireyler bu etmenlerin ataklara neden olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca astım atakları durumunda doktor tarafından verilen bronkodilatörlerin uygulama şekli ve dozu konusunda çocuğa anlayabileceği düzeyde eğitim planlanıp uygulanmalıdır. Astım tedavisinin başarısı sağlık personeli, aile ve hasta arasında yeterli bir iletişim kurulması ile sağlanabilir (14).

2.3.3. Kronik Böbrek Hastalıkları

Nefrotik Sendrom (NS) ve Kronik Böbrek Yetersizliği (KBY) bu gruba dahil edilmiştir. Tek başına olan ya da sistemik hastalıklara ikincil olarak gelişebilen Nefrotik Sendrom proteinüri, hipoalbuminemi ve yaygın ödemle karakterize otoimmün bir hastalıktır (2,14). Hastalığın çocuklarda insidansı 100.000'de 16'dır (1). Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemine göre, 2011 yılında hemodiyaliz olan 10074 kişilik örneklem grubu içerisinde %1,3'ü 0-19 yaş aralığındadır (29). Kronik böbrek hastalıkları görme ve algılama problemlerine yol açabilmektedir (30). Bu nedenle çocukların okul başarıları olumsuz etkilenebilmektedir. Geri dönüşümsüz yıkımla giden böbrek hastalıklarında, böbrek işlevlerinde bozulma tehlikeli düzeye eriştiğinde son evre kronik böbrek yetmezliğidir (14).

2.3.4. Kalp ve Dolaşım Sistemine Ait Hastalıklar

Kalp yetersizliği kalbin dokulara gerekli kan akımını ve oksijeni sağlayamaması sonucu oluşur (14). Çocukluk çağı ve ergenlikte kalp yetersizliği seyrek görülür (14). Siyanoza neden olan bu hastalıklar çocuğun beden eğitimi derslerine katılmasına engel olabilmektedir. Aynı zamanda hipoksi nedeniyle çocuklarda öğrenme güçlüğü de görülebilir (14). Bu durum çocuğun okul başarısını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada kronik kalp hastalarının yanısıra hipertansiyon hastaları da yer almaktadır. Çocuklarda Kan Basıncı Kontrolü İşbirliği Grubu", yaşa ve cinsiyete göre, 90. persentil eğrisinin altındaki sistolik/ diyastolik kan basıncı

düzelelerini “normal”, 95. persentil değerine eşit veya üzerindeki düzeleleri ise “hipertansiyon” olarak tanımlanmıştır (31). Çocukluk çağında sistemik hipertansiyon prevalansı % 1-2’ dir (31,32). Ancak son yıllarda şişman çocuk sayısı ile paralel olarak HT prevalansı da artmaktadır (31,32).

2.3.5. Kronik Karaciğer Hastalıkları

Çocukluk çağındaki karaciğer hastalıklarından viral, otoimmün hepatitler ve Wilson hastalığı okul yaş döneminde sık görülür (33). Wilson hastalığı bakır metabolizmasının nadir rastlanan otozomal resessif bir hastalığıdır (34,35). Hastalığın karaciğer, sinir sistemi, böbrekler, kornea, iskelet sistemi ve diğer organlarda yoğun bakır birikimine bağlı olduğu bilinmektedir (34). Dünya genelinde hastalığın prevalansı 1/30.000 iken taşıyıcı sıklığı 1/90’dır (34). Wilson hastalığı bakırdan kısıtlı diyet uygulaması gerektirmektedir. Ayrıca bakırın sinir sisteminde birikmesi durumunda çocukların öğrenme düzeleleri etkilenebilmektedir. Hepatit B gibi karaciğer hastalıklarında ise interferon tedavisi uygulandığından hasta çocuklar senede birkaç kez hastaneye yatmak zorunda kalabilirler. Bu durum okulda devamsızlık sorunu yaşamasına neden olabilir (36).

2.3.6. Kanama Bozuklukları

Hemofili ve İdiopenik Trombositopenik Purpura (ITP) gibi hastalıklarda pıhtılaşma faktörlerindeki eksiklik nedeniyle kanamanın durmaması söz konusudur (37). Hemofili, faktör VIII veya IX eksikliği ile karakterize, konjenital bir kanama bozukluğudur (1,2,37). Hemofili görülme sıklığı bütün toplumlarda aşağı yukarı aynıdır. 5.000 erkek çocukta bir görülür. Bu durumda Türkiye’deki rakamın 4.000-4.500 civarında olması gerekmektedir (37). İdiopenik Trombositopenik Purpura ise trombositlerin yıkımı sonucu oluşan ve otoimmün olduğu düşünölen bir kanama bozukluğudur (1). 6 aydan uzun süren trombositopeni kronik ITP anlamına gelmektedir (38). Çocukluk dönemindeki ITP hastalarının %20’si kroniktir (1,39). Kanama bozukluğu olan çocukların yaralanması halinde kanamanın durmaması nedeni ile bu çocukların kaza ve yaralanmalardan korunması ve kanama kontrolü yapılması gerekmektedir (1,39).

2.3.7. Epilepsi

Epilepsi, iki ya da daha fazla sayıda provokasyonsuz nöbet olarak tanımlanır (1,14). 0-16 yaş arası Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada epilepsi prevalansı %0.8 olarak bulunmuştur (40). Epilepsi hastalarında sıklıkla akademik başarıda düşme, ailesel ve çevresel desteklerde yetersizlik ve toplumun negatif davranışları nedeniyle sosyal problemler görülmektedir (41,42). Epilepsili çocuklar hastalığın ya da tedavinin etkileri nedeniyle sosyal uyumda güçlük yaşayabilmektedir (43). Çocuklar damgalanma endişesi veya ilaçların uyku hali gibi etkileri nedeniyle ilaçlarını düzenli kullanmak istemeyebilir (42,44). Okul çocuklarının ve ailelerinin yaşadığı başka bir sıkıntı ise nöbetlerin okul esnasında oluşması durumunda uygun müdahale edilemeyeceği endişesidir. Aileler bu nedenle çocuklarını okula göndermek istemeyebilir (14). Ayrıca ebeveynler çocuklarının okulda arkadaşları tarafından dışlanması, utanması gibi kaygılar yaşayabilirler (8,42). Bütün bu kaygı ve sorunlara çözüm aile, çocuk, öğretmen, okul çalışanları ve hatta öğrencilerin; epilepsi, ilaçların etkileri ve düzenli kullanımının önemi, nöbet esnasında yapılması ve yapılmaması gerekenler hakkında bilgilendirilmesidir (14).

2.4. Kronik Hastalıkların Çocuk ve Ergen Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalıklar çocuğun yaşı, içinde bulunduğu koşullar, kişiliği, hastalığın başlangıç yaşı (1,4,45), hastalığın tipi ve süresi gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak hafiften önemli düzeylere kadar sıkıntı oluşturabilmekte; bu sıkıntı çocukta geçici ya da tüm yaşamı boyunca sürecektir izler bırakabilmektedir (2,5,14).

- Hastalığın genetik ya da edinsel olması çocuk ve ergende oluşabilecek psikososyal zorluklarda önemli rol oynar (5,45). Genetik hastalıklar çocuk ve ergenlerin tedaviye uyumunu kolaylaştırırken hastalık nedeniyle gelişim basamaklarında ortaya çıkan aksamalar çocuk ve ergenin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (23,45).

- Remisyon ve alevlenmelerle seyreden astım, epilepsi gibi hastalıklar özel izlem gerektirmekte ve çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir (14,45).

- Hastalık belirtileri gözle görülen çocuklar, çoğunlukla gizli özürleri olan çocuklardan daha fazla ilgi ve destek görürler (3,5). Örneğin, eklem romatizması olmuş, eklemleri gözle görülür şekilde şişmiş ve hareket güçlüğü çeken bir çocuk

diyabeti olan bir çocuğa göre ailesi, öğretmenleri ve arkadaşlarından daha çok destek görecektir (3,5). Destek açısından avantaj oluşturmaya rağmen görülen bir defektin olması çocuğun dış görünüşünü, benlik saygısını etkileyebilmekte ve çocukta sosyal izolasyona neden olabilmektedir (2).

- Kronik hastalıkların çocukların farklı gelişimsel evreleri üzerinde farklı etkileri olmaktadır (4,45):

2.4.1.Okul Çağı (6-12 Yaş) Grubunun Hastalığa Tepkileri

Okul çocuğunun kendi yaşamı üzerinde kontrol kazanma ve giderek artan bağımsızlık gereksinimi vardır (1,46). Hastaneye yatma, çocuğun kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybetmesine ve bağımlı olmasına neden olur (1). Okul çağı dönemi çocuğun çalışkanlık ve girişkenlik yeteneğinin ve başarı duygusunun geliştiği dönemdir (1,2). Ancak hastalığa bağlı fiziksel ve sosyal yetersizlikler, çocuğun başarılı olma ve rekabet etme yeteneğini büyük ölçüde kısıtlamaktadır (1,2,45). Erken adölesan dönem olan 10-13 yaş döneminde arkadaşlıklar önem kazanmakta, aynı cinsten arkadaş ve grup aktiviteleri tercih edilmektedir (2,47). Bu yaş döneminde hastalık ve yatak istirahati, çocuğun kendini farklı ve yalnız hissetmesine ve korkmasına neden olur (1,48). Çocuk hastaneye uzun süre yattığında sınıftaki yerini ve en iyi arkadaşlarını kaybedeceğini düşünür (1,48).

- Kronik hastalığı olan çocukların sorunlarının başında istedikleri kadar bağımsız olamamak, okulda başarısız olmak ve yakın arkadaşlık ilişkileri kuramamak gelmektedir (2,4,6,45,46).

2.4.2. Adölesan dönemde (13-18 yaş) Çocukların Hastalığa Tepkileri

Dinamik bir değişim zamanı olan adölesan dönemde; birbirleri ile etkileşim gösteren fiziksel ve psikososyal değişiklikler farklı hızlarda gerçekleşmektedir (47). Bu dönemde beden algısı, kişilik gelişimi ve arkadaşlar tarafından kabul görme oldukça önemli olduğundan kronik hastalığın varlığı normal benlik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2,45,48). Özellikle karşı cinsle ilişkilerin önem kazandığı bu dönemde, hastalığa bağlı vücutta meydana gelen değişiklikler sosyal uyum sorunlarına yol açmaktadır (1,2,45,47). Kronik hastalıklar; çocuk ve ergenin aktivitelerini fiziksel, mental ve duyuşal yetersizlikler nedeniyle ve bunun yanında

hastalığın getirdiği yorgunluk, bitkinlik, sık doktor kontrolü ve hastane yatışları nedeniyle kısıtlayabilir (2,27). Bu gibi nedenlerle kronik hastalıklı ergenler akranları tarafından dışlanabilirler ya da dışlandıkları hissine kapılabilirler (27,42). Kronik hastalık adölesanların bağımsızlıklarının yanında cinsel gelişimlerini, meslek seçimlerini ve eğitimlerini etkileyebilir (2,45). Büyüme ve gelişmenin yaşlılarına göre farklı olması, egzersiz kapasitesi, okula devamlılık, okul performansı, fonksiyonel gelişim gibi faktörler kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde sıkıntı oluşturabilmektedir (2,42). Bunların yanısıra diyetler, ilaçlar, terapiler ve doktor kontrolleri ergenleri sıkıntıya sokan konulardır (27).

2.5. Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Hemşirelik Yaklaşımı

Kronik hastalıklardaki yaklaşım her geçen gün tedavi merkezli olmaktan çok hastalığın etkilerine karşı koruma merkezli olmaya doğru gitmektedir (45). Kronik hastalıklara yönelik temel hemşirelik hedeflerinden biri de çocuğun ve tüm aile üyelerinin kronik hastalığa psikososyal yönden uyumuna yardım etmektir (1,3). Kronik hastalığı olan çocukların topluma entegre olmalarına yardım etmek için, hemşirenin toplumu fiziksel yetersizliği olan çocuklar ve gereksinimleri konusunda eğitime sorumluluğu vardır (1,3). Hemşire çocuğu, ebeveynlerini, öğretmenlerini ve arkadaşlarını çocuğun hastalığı ve hastalığının olası sonuçlarıyla ilgili bilgilendirmek amacıyla eğitimler planlayıp uygular (1,2,47,49). Hemşirenin diğer bir görevi ise kronik hastalığı olan öğrenciler için öğrencinin kendisi, aile ve öğretmenine sağlık danışmanlığı yapmaktır (16,45,47). Problem çözme yaklaşımını kullanarak çocukların karşılaşabilecekleri sağlık problemlerini azaltmak ya da önlemek, ebeveynlere karşılaşabilecekleri farklı durumlarda bağımsız olarak karar vermeleri için yardım etmek hemşirenin temel rollerinden biridir (2). Hemşire, mevcut ve olası sağlık problemleri ve yaşam durumlarına karşı insan tepkilerini tespit ederek uygulayacağı girişimi planlamak için hemşirelik sürecinden faydalanır (2).

2.6. Kronik Hasta Çocuk ve Okul

Kronik hastalıklar gelişmekte olan çocuğun fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimi üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmektedir (2). Okul, kronik hastalığı olan çocuklar için entelektüel olarak başarılı olabilecekleri, yeteneklerini ge-

liştirebilecekleri ve böylece bozulan fiziksel fonksiyonlarını dengeleyebilecekleri bir yerdir (1). Öğrenim gören çocuklar günlerinin önemli bölümünü okulda geçirmektedir (47). Bu nedenle kronik hasta çocukların tedavilerinin devamını okulda da sürdürülebilmesi için gerekli destek sağlanmalıdır. Kronik hastalıklı çocukların yaşlıları gibi okul yaşantılarını sürdürmeleri hedeflenmektedir (3). Bu hedefe yönelik hasta çocukların kendine güveninin gelişmesi, yaşlıları ile uyumlu iletişim kurabilmesi ve erişkinlikte başarılı olabilmesi için standart okul eğitimini almaları desteklenmelidir (3,46). Kronik hasta çocukların okul yaşamı; sık hastaneye yatma, kontroller, tedavi ve ilaçların yan etkileri gibi nedenlerle kesintiye uğramakta ve çocukların okula uyumunu etkilemektedir (1,3,5,45,47,49). Ayrıca çocukların herhangi bir sağlık sorununun varlığı öğrenme düzeylerini, dolayısıyla okul başarılarını da etkileyebilmektedir (2,3). Bu konuda yapılan çalışmalar hasta çocukların okul ve sosyal yaşantıya uyum yapmada çeşitli güçlükler yaşadıklarını ortaya koymuştur (3,4). Kronik hastalıklarda tam tedavi mümkün olmadığından amaç; çocuğu olabildiğince sosyal yaşamın içinde tutmak, hastalığa ilişkin yaşadığı güçlükleri ortadan kaldırmak, akademik başarısına katkıda bulunarak çocuğun sağlıklı bir okul yaşantısı sürdürmesini sağlamaktır (3). Kronik hastalığı olan öğrenciler okul sağlığı çalışanından yardım almaksızın mezun olma yada beklenen ilerlemeyi kaydetmede başarısız olabilir (4,47). Bu nedenle çocuğun fiziksel sağlık durumunun ve psikososyal sorunlarının öğretmen, aile, doktor ve hemşirenin ortak çalışmaları ile bilinmesi ve çözümlenmesi, çocukların derslerinde başarılı olmalarına yardımcı olacaktır (1,3,4).

2.7. Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Sağlığı Hemşireliği

Okul sağlığı hizmetleri toplumda yürütülen sağlık hizmetlerinin özelleşmiş bir alanı olarak kabul edilmektedir (15). Dünyada okul sağlığı programlarının uygulanmasına 19. yüzyılda başlanmıştır (50). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) okul sağlığı hizmetleri kapsamında çalışmalarına ivme vermiş, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedeflerinden" birini, "gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamaktır" olarak belirtmiştir (50).

Gelişmiş ülkelerden olan Fransa ve Kanada'da okul sağlığı uygulamalarına daha fazla önem verildiği ve bu doğrultuda okul sağlığı hizmetlerinin daha planlı ve sistematik olarak yürütüldüğü bilinmektedir (51). Halen ülkemizde sistematik olarak okul dönemi çocuklara yönelik okul sağlığı hizmeti bulunmamaktadır (15). Çocuklar aile hekimleri tarafından izlenmekte, okullar ise çevre sağlığı açısından irdelenmektedir (15).

Çocukların evlerinden sonra en çok zaman geçirdikleri yer okuldur (51). Bu nedenle okul yaş dönemindeki çocukların sağlığının geliştirilmesi ve öğrenim başarısının artması için okullarda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (15). Okul sağlığı hizmetlerinin amaçları; toplumda okul çağındaki bütün çocukların olabilecek en iyi bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişimini sağlamak ve çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (14,47). Dünya Sağlık Örgütü, okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (3,14). Bu ekipte yer alması gereken kişiler, hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen olarak belirtilmiştir (14,47,52).

Okul sağlığı hizmetlerinin içinde öğrenci sağlığı farklı boyutlarla ele alınmaktadır. Öğrencilerin okula kayıt muayenesi, periyodik muayeneler ve farklı sağlık sorunları için taramalar, bulaşıcı hastalıklardan korunma, yaralanmaları önleme, kronik hastalıkların izlemi ve gerektiğinde ilk müdahalenin yapılması hizmetin içinde yer alması gereken başlıklardır (15). Çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişiminin izlenmesi temel olarak sağlık personelinin sorumluluğundadır (15). Bu nedenle yapılan okul taramaları ile fiziksel ve psikososyal problemlerin varlığı tespit edilebilir (14). Sağlık personelinin çocuğu sosyal ortamı içinde değerlendirmesi farklı sorunları tanımlamasını ve müdahalelerini farklılaştırmasını sağlayacaktır (15). Öğrencilerin fiziksel, davranışsal, sosyal ve akademik problemlerini erken dönemde fark etmek bütün okul personelinin görevi olmakla birlikte okul hemşiresine bu konuda daha fazla sorumluluk düşmektedir (53). Hemşire, çocuğun kronik hastalıklara ya da sınırlılığa reaksiyonlarını, fonksiyon yeteneğini, çevreye adaptasyon davranışlarını ve belirgin diğer davranışlarını gözlemler (45). Sorun

tespit edildikten sonra, soruna yönelik öncelikler belirlenip hasta çocuklara ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmeti sunulur (52). Kronik hastalığı olan çocukların daha iyi değerlendirilmesi, izlenmesi, sorunlarının tanımlanması ve çözümlenmesi için okul sağlığı ekibi ve okul yöneticilerinin multidisipliner bir çalışma halinde olmaları gerekmektedir (3,14). Kronik hasta çocukların okul yaşamını kolaylaştırmak ve çocuğun okula devamlılığını sağlamak için okullarda revirlerin ve sağlık ekibinin bulundurulması gerekmektedir. Okul hemşiresinin tedavinin devamını sağlamada, sorun saptamada ve sorunlara ekip çalışmasıyla çözüm bulmada rolü büyüktür.

Sonuçta okul sağlığı uygulamalarında sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan çalışmalarda ve incelenen ülke örneklerinde okulda eğitim ve öğretim gören öğrencilerin sağlık düzeyleri ve iyilik halleri ile akademik başarıları arasında olumlu ilişki varlığı ortaya konulmuştur (51).

2.8.Sosyal Destekle İlgili Kuramsal Bilgiler

Yapılan araştırmalara bakıldığında sosyal desteğin birçok tanımı olmasına rağmen tanımlanmasında kesin bir birlikteliğin sağlanmadığı görülmektedir (9,54,55). Bazı tanımlarda yakın ilişkiler ve yardım etme ele alınırken, bazılarında ise duygusal yönden destekleme, bilgi desteği sağlama yer almaktadır (54). Yıldırım'a göre sosyal destek; bireyin çevresinden gördüğü ilgi, sevgi, saygı, takdir ve güvenin yanı sıra bilgi edinme ve maddi yardım alma gibi sosyal, psikolojik ve ekonomik nitelikli bir destek olarak tanımlanmaktadır (11,54).

House, sosyal desteği araçsal, duygusal, bilgisel ve değer verme desteği olarak 4 gruba ayırmıştır (9,11,54,55,56).

- **Duygusal destek;** bireyin sevgi, ilgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel gereksinimleri karşılar (9). Bireylerin stres verici yaşam olayları karşısında ailelerinden ve arkadaşlarından gördükleri destek sayesinde ve stres süresince üzüntü, depresyon ve kaygı gibi belirtileri daha az göstermektedirler (11,55,56,57). Derslerinde başarısız olan bir öğrenciyi arkadaşlarının çalıştırması veya ona sınav taktiklerini öğretmesi duygusal desteğe örnek olarak verilebilir (9).

- **Bilgisel destek;** bu tür destek özellikle hastalıkların tedavisinde hastaya hastalık hakkındaki bilgilerin sağlık personeli tarafından verilmesi ile gerçekleşir. Böylece hasta sağlık personeline güven duyar, teşhisi ve tedaviyi daha çabuk kabul eder ve hastanın sorunları giderek azalır (54,58).
- **Sosyal ilişki desteği;** özellikle ergenlik döneminde akran gruplarıyla ilişkiler ve onlardan sağlanan destek oldukça önemlidir (54).
- **Araçsal destek;** somut ve maddi destek olarak da adlandırılır. Parasal yardım ve materyal kaynaklarını kapsar (54). Maddi destek aynı zamanda günlük sorumlulukları gerçekleştirmek için başkalarından sağlanan eylem ya da araçlar olarak da tanımlanabilir (9).

House'a göre sosyal destek sistemleri; bireyin yaşam durumlarını olumsuz etkileyen bazı elementlerin etkisini azaltarak, olumsuz yaşam durumları karşısında bireyin dayanma gücünü artırır (11). Böylece sağlık durumunun daha iyileşmesine katkıda bulunarak, çevresel stresörlerin etkilerine karşı kısmen veya tümüyle tampon görevi yaparak bireylere yardım eder (11). Sosyal destek işlevlerinin birbiriyle iç içe olduğu görülmüştür (9,11,54). Bu araştırmada sosyal destek; bireylerin yaşamlarında yer alan zor zamanlarında kendilerine değer verilmesi, özen gösterilmesi, ihtiyaç duyduklarında başvurabilecekleri insanların bulunması, sahip oldukları ilişkilerden doyum bulunması yönünde bir destek olarak tanımlanmaktadır (9). Yine bu araştırmada, sosyal desteğin farklı kaynaklardan (aile,öğretmen, arkadaş vb.) ve farklı türlerde (duygusal,bilgisel, araçsal, değerlendirici) sağlandığı düşüncesi temele alınmaktadır (10).

2.9. Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenler Açısından Sosyal Desteğin Önemi

Okul çağı çocukları kronik hastalıkla baş ederken çeşitli psikolojik ve sosyal problemlerle karşılaşır (3). Sosyal hayata adapte olmaya başladığı dönemde bir hastalıkla karşılaşmak, kısıtlanma ve engellenmeleri yaşamak, okul ve arkadaş ilişkilerini kötü etkileyebilir. Kronik hastalığı olan çocukların çoğu, sosyal ilişkilerden uzak durarak hastalığa bağlı yetersizliklerini saklamaya ya da bu farklılıkları ile baş etmeye çalışır (3). Aileler de çocuklarını korumak için hastalıklarını gizlemektedir (1,3,4). Bu yaklaşımla çocuk utanılacak bir durumu olduğunu ve bunu gizlemesi gerektiğini düşünebilmektedir (1,4). Bu durumlar hasta

çocukların sosyal güçlükler yaşamalarına neden olabilir. Yapılan çok sayıda araştırma sosyal destek sisteminin bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlanmalı durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynak olduğunu ortaya koymuştur (11,54).

Kronik hastalığı olan çocukların okul sürecinde hem bu hastalıklarıyla başa çıkmaları hem de öğrenim sürecini devam ettirmeleri beklenmektedir ki, bu da desteğe gereksinimi olan durumlardan biridir (15). En önemli destek kaynağı ailedir (1). Ailenin, çocuğun hastalığı ile etkili şekilde başetmesi; aile üyelerinin birbirlerini duygusal yönden destekleme yetenekleri, aile üyeleri arasında açık iletişimin olması, ebeveynlerin çeşitli ebeveynlik rollerini üstlenme yetenekleri ve tüm aile üyelerinin karşılıklı fikir birliği içinde olmaları ile ilişkilidir (1). Ebeveynlerinden yeterli ilgi göremediklerinde akran desteği, ergenlerin sosyal destek almalarında alternatif olarak düşünülebilir (59). Akran desteği alan hasta çocukların okulda sosyal problemler yaşamayacağı düşünülmektedir. Bireylerin sağlıklı yaşamları açısından bakıldığında araştırmalar sosyal desteğin eksikliğinin, hastalığın iyileşmesini geciktirdiğini, moral düzeyi ve psikolojik sağlığın zayıflamasıyla sağlığı kazanma arasında ilişki olduğunu göstermektedir (54). Sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, desteklenmesi ve gerektiğinde rehberlik yapılması bu nedenle önemlidir (59).

Bu amaçla hemşire;

- ✓ Çocuğu tüm sosyo-ekonomik durumuyla değerlendirmeli ve bireyin sosyal desteğe olan gereksinimini belirlemeli,
- ✓ Aile üyeleri ve diğer sosyal destek kaynakları arasında iletişimi geliştirmeli,
- ✓ Bireyin güç kaynaklarını ve yaşamına anlam veren olaylar ve kişileri değerlendirmeli,
- ✓ Sosyalleşmesini sağlayacak ortam ve fırsatlar oluşturmali, çocuğu en yakın arkadaşı, babası ve annesi gibi diğer önemli kaynaklardan yardım alması için cesaretlendirmelidir (60). Örneğin; çocuğun hastalığının doğasını anlamasını sağlamak için eğitimler düzenleyip benzer hastalığı olan ve hastalığına iyi uyum yapmış akranlarıyla tanıştırılabilir (45). Aynı zamanda hasta çocuğun sağlıklı akranlarıyla ilişkilerinin devamı da desteklenmelidir (1,2,45).

Çocuğun hastanede yatması ya da evde kalması gerektiğinde ise akranlarla olan ilişkinin telefon ve mektuplarla sürdürülmesine çalışılmalıdır (1).

- ✓ Sosyal yetersizlik olduğu durumlarda, sosyal desteklerini artırıcı multidisipliner özel programlar hazırlamalı ve destek grupları oluşturmalıdır (60). Hemşire çocukların yaşadıkları ortamda fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini belirlemelerine, sosyal gereksinimlerinin farkında olmalarına ve kendi potansiyel gücünü kullanmalarına yardımcı olmalıdır (59).

2.10.Algılanan Sosyal Destek ve Okul Başarısı

İnsanoğlu, doğumundan itibaren başkalarının desteğine gereksinim duyar (8). Yaşamın erken döneminde, temelde anne-bebek ilişkisiyle tanımlı olan sosyal çevre, çocuk büyüdükçe, aile bireyleri, arkadaşlar, akranlar ve diğer yetişkinlerin de katılmasıyla birlikte giderek genişler (8). Arkadaşlığın önem kazanması ile akran grupları çocuğun üzerinde önemli bir sosyal destek kaynağı olan aile gibi, kimi zaman da aileden daha çok etki oluşturur (9). Okul dönemindeki çocuklar için sosyal destek kaynaklarını ailesi, arkadaşları ve öğretmenleri oluşturmaktadır (9,11). Hasta çocuğun yaşadığı sorunların çözümü için sürekli etkileşim içinde bulunduğu ailesi, arkadaşları ve okul ortamından destek alması psikolojik ve fizyolojik yönden kendini iyi hissetmesine yardımcı olur (57).

Okul bireye bir yandan arkadaşlarla birlikte olma imkânı sağlarken bir yandan da zihinsel güçlerini akademik bir yolla kullanma imkânı sağlar (9). Hasta çocuk çevresinden olumlu destek aldığında sosyal yönden kendini soyutlamaz, okuluna devam eder ve sağlıklı arkadaşlarının aktivitelerine katılır. Bu durum çocuğun benlik saygısının gelişmesine, bağımsızlığının ve okul başarısının artmasına katkıda bulunur. Okula devam ve başarı genelde yaşamın normalleştirilmesi ve sağlıklı gelişim anlamına gelmektedir (45). Okul başarısı, akademik üstünlüğün bir göstergesi olarak kabul edilir (61). Öğrencinin okulda başarılı olabilmesi için zekâ ve yeteneklerinin yanında okul, arkadaş ve aile faktörü de önemlidir (9,61). Bir ailenin sosyal destek kaynaklarından aldığı destek düzeyi özellikle çocuk ve gençlerin gelişimi ve akademik başarıları üzerinde etkili olabilir (11). Bu nedenle bireylerin destek düzeylerini belirlemek, onları yeni destek kaynakları konusunda bilgilendirmek ve sorunlarının çözümünde destek

kaynaklarından nasıl yararlanacaklarını öğretmek önemlidir (11). İlköğretim çağındaki çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda, sosyal desteğin çocuğun yaşamındaki birçok alanda etkili olduğu, özellikle okul başarısını ve okula uyumunu arttırdığı görülmüştür (9,10,12,13).

2.11.Algılanan Sosyal Destekle İlgili Yapılan Çalışmalar

Algılanan Sosyal Destek; sosyal destek işlevlerinin yeterli olup olmadığı konusunda bireyin kendi yargısı olarak tanımlanmaktadır (9,55). Bireyin kendisinde veya sosyal destek kaynaklarında meydana gelen değişimler nedeniyle sosyal destek düzeyi değişebilmektedir (57). Bu nedenle sosyal destek bireyin kendi algısıyla ilgili bir kavramdır. Algılanan sosyal desteği ölçmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu çalışmada ülkemiz koşullarında bireyin ailesinden, arkadaş ve öğretmenlerinden, içinde yaşadığı toplumdan elde ettiği sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla Yıldırım tarafından geliştirilen aile, arkadaşlar ve öğretmenler hakkında sorular içeren ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek Likert tipli üçlü derecelendirilmiş bir ölçektir (11). Kronik hasta çocukların çeşitli nedenlerle algılarında ve soruları anlama becerilerinde azalma görülebildiğinden bu araştırmada özellikle üçlü cevap seçeneğinden oluşan ASDÖ kullanılmıştır. Sosyal destekle ilgili yapılan araştırmalarda sosyal desteğin çeşitli değişkenlerle arasındaki ilişkilere dikkat çekilmiştir (9). Algılanan sosyal desteğin ve özellikle de aile desteğinin, öğrencilerin akademik başarılarının yanı sıra, okula devam ve okula uyumları, ruh sağlıklarını koruyabilmeleri, sağlıklı karar verebilmeleri, stresle ve depresyonla başa çıkabilmeleri, kusurlu davranışlarının azaltılması ile uyum düzeylerinin yükselmesi gibi durumlarda önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır (11,57).

2.11.1.Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

-Ak ve Sayıl (2006) tarafından yapılan bir araştırmada, yatılı okul, taşınmalı okul ve normal okul öğrencilerinin, akademik başarıları, algıladıkları sosyal destek düzeyleri, okula karşı tutumları ve davranış-uyum problemleri incelenmiştir (62). Araştırmaya, 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. sınıflarda öğrenim gören 438 öğrenci alınmış ve sonuçta yatılı öğrencilerin, diğer öğrencilere göre daha fazla davranış problemleri gösterdiğini, daha az sosyal destek aldığını ve okula uyumda daha fazla

zorlandıklarını fakat tüm olumsuzluklara rağmen akademik başarılarının yüksek olduğunu tespit etmiştir (62).

-Karadağ (2007) yaptığı çalışmada ilköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin akademik başarıları sosyal destek kaynakları açısından incelemiş ve sonuçta alınan sosyal destekle okul başarı puanları arasında anlamlı ilişki bulmuştur (9).

-Demirtaş (2007)'in ilköğretim 8. sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada; öğrencilerin algılanan sosyal destek aile ve arkadaş alt ölçeğinden aldıkları puanlara göre; akademik başarı durumu düşük olanlarla orta ve yüksek olanlar arasında, yüksek olanlarla da orta olanlar arasında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır (12).

-Demir (2008)'in özel eğitime gereksinimi olan öğrencilerin algıladıkları aile, arkadaş ve öğretmen destek düzeylerinin farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmanın sonucunda sosyal uyum konusunda sıkıntı yaşayan özel eğitime gereksinimi olan öğrencilerin kendileriyle benzer yaşam deneyimlerine sahip akranlarının bulunduğu okul ortamında okuma fırsatını yakalayan öğrencilerin ailelerinden algıladıkları desteğin yüksek olduğu dikkati çekmektedir (54).

-Yıldırım, Gençtanırım, Yalçın ve Baydan (2008), öğrencilerin cinsiyetlerinin, akademik başarılarının, mükemmeliyetçilik ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, sınav kaygısı düzeylerini yordama olasılığını, 9., 10. ve 11. sınıflardan oluşan 505 öğrenci üzerinde yaptıkları araştırmada; öğretmenlerden, arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin cinsiyet ve akademik başarı ile negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır (63).

-Şencan (2009)'in lise öğrencilerinin ailelerinden ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile sosyal yetkinlik beklentisi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmanın sonucunda aileden algılanan sosyal destek düzeyinde ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, anne- baba eğitim durumu ve kardeş sayısına göre fark bulunmuş; cinsiyet, sınıf düzeyi ve annenin çalışıp çalışmamasına göre fark bulunmamıştır (64).

-Mengi (2011)'nin okula bağlılık düzeyleri ile sosyal destek algıları ve özyeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 10. ve 11. sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmanın sonucunda akademik başarı arttıkça aileden ve öğretmenden algılanan sosyal desteğin arttığı saptanmıştır (55).

-Ateş (2012)'in ortaöğretim öğrencilerinin sosyal destek algılarını bazı değişkenlere göre incelemeye yönelik yaptığı çalışmanın sonucunda öğrencilerinin öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek artıkça akademik başarılarının da arttığı saptanmıştır (65).

2.11.2.Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

-DeGarmo ve Martinez tarafından 2006'da yayınlanan 6.,7., 8., 9., 10., 11. ve 12. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin katılımıyla yürüttükleri araştırmalarında, ailenin, akademik başarının yükselmesinde en önemli destek kaynağı olduğunu tespit etmişlerdir (13).

-Somers, Owens ve Piliawsky (2008), bireysel ve sosyal faktörlerin akademik başarı ile ilişkisini toplam 118, 9. sınıf öğrencisi üzerinde araştırmışlardır (66). Araştırma bulgularına göre, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal desteğin, akademik başarı üzerinde, diğer destek kaynaklarına göre daha etkili olduğu saptanmış ve sosyal desteğin, eğitimsel amaçlarla, eğitimsel davranışlarla ve bireyin eğitime verdiği değerle pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (66).

-Caskey (2009) tarafından yapılan bir araştırmada, sosyal destek ile cinsiyet, akademik başarı ve kendini iyi hissetme arasındaki ilişki incelenmiştir (67). Çalışma sonucunda kızların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin, akademik başarı puanlarıyla ve öz saygı düzeyleriyle pozitif yönde ilişkisi olduğu fakat erkeklerin akademik başarı puanları ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (67).

Yurtiçinde ve yurtdışında sosyal destekle akademik başarı, sosyal destekle hastalık arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar mevcuttur. Ancak literatürde sosyal destek, akademik başarı, hastalık ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bu araştırmanın, kronik hasta çocuklarda sosyal desteğin akademik başarıya etkisini anlamamızda yol gösterici olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kronik hastalığı olan 10-16 yaşları arasındaki çocukların, algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Turgut Özal Tıp Merkezi, Büyük Çocuk Servisi'nde kronik hastalık tanısıyla takipli, Ağustos 2012- Aralık 2013 tarihleri arasında hastanede tedavi hizmeti alan çocuklar ile yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi Büyük Çocuk Servisi'nde yatan, en az 3 ay önce kronik hastalık tanısı konulmuş, 10-16 yaş grubu, öğrenimine devam eden 597 çocuk oluşturdu. Evreni bilinen örneklem formülüne göre minimal örneklem büyüklüğü 234 olarak belirlendi (68).

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N-1) * d^2 + t^2 * p * q}$$

$$n = \frac{597 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(597-1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = 234$$

n: Örneklem sayısı

N: Evren sayısı

Örnekleme seçimi

Basit rastgele örnekleme yöntemine göre seçilen, 10-16 yaşları arasındaki çocuklardan araştırmaya katılmayı kabul eden 83 diyabet, 31 astım, 29 kronik böbrek hastası, 27 kalp ve dolaşım sistemine ilişkin, 26 sindirim sistemine ait, 20 hematolojik hastalığı olan ve 18 epilepsi hastası olmak üzere toplam 234 kronik hasta çocuk araştırma kapsamına alındı.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada; araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan (4,21,23) Kronik Hasta Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-2) kullanıldı.

Kronik Hasta Çocuk Tanıtıcı Bilgi Formu

Hastanın ve ailesinin sosyodemografik özelliklerini tanımlayan 9 soru, çocuğun hastalığını ve hastaneye yatış durumunu tanımlayan 5 soru, konuyla ilgili 7 soru olmak üzere toplam 21 sorudan oluştu.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)

Bireyin ailesinden, akraba, arkadaş ve öğretmenlerinden, kurum ve kuruluşlarıyla içinde yaşadığı toplumdan elde ettiği sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla Yıldırım tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir (11,54,55,69). Ölçeğin revizyonu 2004 yılında Yıldırım tarafından yapılmıştır (54,57,70). Ölçek 'ailem, arkadaşlarım ve öğretmenlerim' alt ölçeklerinden oluşan toplam 50 sorudan oluşmaktadır (11,54,55,57,64,65). Cevaplar üçlü derecelendirme biçiminde verilmekte (Hiç Uygun Değil=1, Kısmen Uygun=2, Oldukça Uygun=3), ölçek maddelerinin 47'si olumlu 3'ü olumsuz ifade şeklindedir. Olumsuz ifadeler sırasıyla ailem, arkadaşlarım ve öğretmenlerim alt boyutuna ait 17, 29 ve 44. maddelerdir (11,54,55,57,64). Olumsuz ifadelerin puanlanması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Tersine çevrilmiş cümleler 1=3, 2=2, 3=1 olarak puanlanmaktadır (11,54,57). Her alt

ölçeğin olumlu ve olumsuz cümleler puanlarının toplanması ile o alt ölçeğe ilişkin toplam puan elde edilmektedir. Bireyin alt ölçeklerden aldığı puanların toplamı ise Genel Sosyal Destek Puanı olarak kaydedilmektedir. Aile alt ölçeğinden 20-60 puan, Arkadaş alt ölçeğinden 13-39 puan, Öğretmen alt ölçeğinden 17-50 puan olmak üzere toplam ölçekten en az 50, en fazla 150 puan alınabilmektedir. Puanın yüksekliği o bireyin sosyal destek düzeyinin yüksekliği anlamına gelmektedir (11,54). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yine Yıldırım tarafından yapılmıştır (11,54,64). Yıldırım tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda Alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin tümü için 0.93; Aile (Aİ)=0.79; Arkadaş (AR)=0.74; Öğretmen (ÖG)=0.75 ve toplum için (T)=0.80 olarak bulunmuştur (11,71). Bu araştırmada ölçeğin Croanbach Alfa güvenilirlik katsayısı ölçeğin tümü için 0.88; “Aile” alt ölçeği için 0.82; “Arkadaş” alt ölçeği için 0.82; “Öğretmen” alt ölçeği için ise 0.79 olarak bulundu.

3.4.2. Ön Uygulama

Kronik hastalığı olan ve okula giden 10 çocuğa ön uygulama yapıldı ve bu çocuklar örneklem dışında bırakıldı. Ön uygulama sonucunda çocuklar tarafından anlaşılmayan sorular üzerinde gerekli değişiklikler yapılarak veri formu yeniden düzenlendi.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri Ağustos 2012-Mart 2013 tarihleri arasında, hastane ortamında, haftanın her günü toplandı. Çocuklara araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlere hasta tanıtıcı bilgi formu ve ASDÖ'nün bulunduğu veri formları dağıtıldı. Çocukların soruları cevaplarken etki altında kalmamaları için, soruları kendilerinin okuyup cevaplandırmaları sağlandı. Soruların cevaplama süresi ortalama 15-20 dakika sürdü. Cevaplandırmalar tamamlandıktan sonra veri formu araştırmacı tarafından toplandı.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin Gruplandırılması

Dünya Sağlık Örgütü okul sağlığı kapsamına alınacak yaş gruplarını 5-9, 10-14, 15-19 ve 20-25 olarak sıralamıştır (72). Araştırmaya alınan çocukların yaşları bu şekilde gruplandırılarak 10-14, 15-16 şeklinde iki yaş grubu elde edildi.

Hastalardan elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmeleri bilgisayar ortamında değerlendirildi. Hasta çocukların ve ebeveynlerinin sosyo-demografik özelliklerinde tanımlayıcı istatistik (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), varyans analizi, ki-kare, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve t testi kullanıldı (Tablo 3.1). Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Testler

| Değerlendirilen Parametreler | Uygulanan Testler |
|---|--|
| -Kronik hasta çocukların ve ebeveynlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları, çocukların hastalıklarına ait özelliklerin dağılımları için | Yüzdellik |
| -Kronik hasta çocukların hastalığında ve sıkıntı durumlarında derslerinde yardım aldıkları bireylerin dağılımları için | Yüzdellik |
| Çocuğa göre okul başarısını etkileyen nedenler ve çocuğa göre okulda hemşire bulunmasının faydaları verilerinin değerlendirilmesi için | Yüzdellik |
| -Çocukların hastalık sonrası başarı durumlarının yaş, cinsiyet, annelerinin çalışma durumu, ailede başka bir hasta bireyin varlığı ve hastalıktan önceki başarı durumlarıyla karşılaştırılması için | Ki-kare testi |
| Kronik hasta çocukların ve ebeveynlerinin sosyo-demografik özellikleri ile çocukların ailelerinden, arkadaşlarından, öğretmenlerinden ve toplamda algıladıkları sosyal destek puanları karşılaştırılması için | t testi, ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U testi |
| Çocukların hastalıklarının özellikleri ile ailelerinden, arkadaşlarından, öğretmenlerinden ve toplamda algıladıkları sosyal destek puanları karşılaştırılması için | ANOVA, Kruskal-Wallis |
| -Çocukların okul başarıları ile ailelerinden, arkadaşlarından, öğretmenlerinden ve toplamda algıladıkları sosyal destek puanlarının karşılaştırılması için | t testi |

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Kronik hastalığı olan çocukların tanıtıcı özellikleri
- Çocukların ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri
- Algılanan sosyal destek

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Kronik hastalığı olan çocukların okul başarısı

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin uygulanacağı yaş sınırı 10 olduğundan, çalışmaya 10 yaşından küçük çocuklar alınmadı (11).

- 12. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin ders müfredatları değiştiğinden, bu durumun okul başarısını etkileyebileceği düşüncesiyle 12. sınıftaki öğrenciler araştırmaya dahil edilmedi.

- Araştırmanın sonuçları benzer özellikteki çocuklara genellenebilir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Malatya Klinik Araştırmaları Etik kurulundan (EK-3) ve araştırmanın yapıldığı Turgut Özal Tıp Merkezi'nden yazılı onay alındı. (EK-4). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini geliştirip, geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Yıldırım'a ulaşılarak ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli izin alındı (EK-5). Ayrıca soru formu uygulanacak çocuklara ve ebeveynlerine araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ve ebeveynlerinden sözlü onam alındı.

4.BULGULAR

Kronik hasta çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1: Kronik Hasta Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=234)

| Sosyodemografik Özellikler | S | % |
|----------------------------------|-----|------|
| Yaş | | |
| 10 – 14 yaş | 182 | 77.8 |
| 15-16 yaş | 52 | 22.2 |
| Cinsiyet | | |
| Kız | 109 | 46.6 |
| Erkek | 125 | 53.4 |
| Sınıf | | |
| 4. sınıf | 43 | 18.4 |
| 5 - 8. sınıf | 132 | 56.4 |
| 9 -11. sınıf | 59 | 25.2 |
| Kardeş Sayısı | | |
| Tek çocuk | 11 | 4.7 |
| 2-5 kardeş | 200 | 85.5 |
| 6 ve daha fazla kardeş | 23 | 9.8 |
| Ailede Başka Kronik Hasta | | |
| Var | 79 | 33.8 |
| Yok | 155 | 66.2 |
| Varsa yakınlık derecesi | | |
| Birinci derece akraba | 53 | 67.1 |
| İkinci derece akraba | 26 | 32.9 |

Araştırmaya katılan kronik hasta çocukların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; çocukların %53.4'ünün erkek, %56.4'ünün ilköğretim ikinci kademedeki öğrenim gördüğü, %33.8'inin ailesinde başka hasta bireylerin de bulunduğu ve bu hastaların %67.1'inin birinci dereceden akrabalarından oluştuğu saptandı. Çocukların yaş ortalamalarının 12.76 ± 1.95 olduğu, kardeş sayılarının ortalama 3.53 ± 1.84 olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Kronik Hasta Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=234)

| Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri | S | % |
|---|----------|----------|
| Anne Eğitim Durumu | | |
| Okuma yazma bilmiyor | 38 | 16.2 |
| İlkokul mezunu | 131 | 56.0 |
| Ortaokul mezunu | 33 | 14.1 |
| Lise mezunu | 25 | 10.7 |
| Üniversite mezunu | 7 | 3.0 |
| Baba Eğitim Durumu | | |
| Okuma yazma bilmiyor | 10 | 4.3 |
| İlkokul mezunu | 104 | 44.4 |
| Ortaokul mezunu | 54 | 23.1 |
| Lise mezunu | 48 | 20.5 |
| Üniversite mezunu | 18 | 7.7 |
| Anne Meslek | | |
| Ev Hanımı | 221 | 94.4 |
| Çalışıyor | 13 | 5.6 |
| Baba Meslek | | |
| Serbest Meslek | 153 | 65.4 |
| İşçi | 41 | 17.5 |
| Memur | 40 | 17.1 |
| Ekonomik Durum | | |
| Orta | 120 | 51.3 |
| İyi | 89 | 38.0 |
| Kötü | 25 | 10.7 |

Araştırmada kronik hasta çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çocukların annelerinin %56.0'ı, babalarının %44.4'ü ilkokul mezunu, annelerin %94.4'ü ev hanımı, babaların %65.4'ü serbest meslekle uğraşmakta ve ailelerin %51.3'ünün ekonomik durumu orta düzeydedir (Tablo.4.2).

Tablo 4.3: Kronik Hasta Çocukların Hastalıklarına Ait Özelliklerin Dağılımı

| Hastalıkla İlgili Özellikler | S | % |
|---|-----|------|
| Hastalığın Tanısı | | |
| Endokrin Sistem Hastalıkları | 83 | 35.5 |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | 31 | 13.2 |
| Üriner Sistem Hastalıkları | 29 | 12.4 |
| Kalp ve Dolaşım Sistemine İlişkin Hastalıklar | 27 | 11.5 |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | 26 | 11.1 |
| Hematolojik Hastalıklar | 20 | 8.5 |
| Nörolojik Hastalıklar | 18 | 7.7 |
| Tanı Süresi | | |
| 3 ay önce | 43 | 18.4 |
| 4-12 ay önce | 65 | 27.8 |
| 1 yıldan daha önce | 126 | 53.8 |
| Yılda Hastaneye Yatış Sayısı | | |
| 1-3 | 196 | 83.8 |
| 4-6 | 28 | 12.0 |
| 7 ve sonrası | 10 | 4.3 |
| Ortalama Yatarak Tedavi Süresi (Gün) | | |
| 1-5 gün | 120 | 51.3 |
| 6-10 gün | 92 | 39.3 |
| 11 gün ve daha fazla | 22 | 9.4 |

Araştırmaya alınan çocukların %35.5'inin endokrin sistemine, %13.2'inin solunum sistemine, %12.4'ünün üriner sisteme, %11.5'inin kalp ve dolaşım sistemine, %11.1'inin sindirim sistemine, %8.5'inin hematolojik sisteme, %7.7'sinin nörolojik sisteme ait bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Ayrıca hasta çocukların %53.8'inin bir yıl öncesinden tanı aldığı, yılda en az 1, en çok 12 kez hastanede yattığı (ortalama 2.39 ± 1.99) ve hastanede ortalama 6.35 ± 3.64 gün yatarak tedavi gördükleri saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Kronik Hasta Çocukların Hastalık veya Sıkıntı Durumlarında Aldıkları Destek Özelliklerine Göre Dağılımı

| Destek Özellikleri | S | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Hastalıkla ilgili destek | | |
| Anne | 116 | 49.6 |
| Anne ve Baba | 70 | 29.9 |
| Baba | 44 | 18.8 |
| Öğretmen | 3 | 1.3 |
| Arkadaş | 1 | 0.4 |
| Sıkıntı durumunda destek | | |
| Anne | 147 | 62.8 |
| Öğretmen | 39 | 16.7 |
| Baba | 30 | 12.8 |
| Kardeş | 9 | 3.8 |
| Arkadaş | 9 | 3.8 |
| Ders yardımı | | |
| Abla/ abi | 102 | 43.6 |
| Arkadaş | 95 | 40.6 |
| Anne | 91 | 38.9 |
| Baba | 79 | 33.8 |
| Dershane öğretmeni | 51 | 21.8 |

Araştırmada kronik hasta çocukların hastalığında, sıkıntı durumlarında ve derslerinde yardım aldıkları bireylerin dağılımı incelendiğinde; çocukların hastalıkları hakkında bir sorun yaşadığında en çok annelerinden (%49.6) en az arkadaşlarından (%0.4), herhangi bir sıkıntı yaşadıklarında en çok annelerinden (%62.8) ve öğretmenlerinden (%16.7), dersleri konusunda ise en çok abla veya abilerinden (%43.6) ve arkadaşlarından (%40.6) destek aldıkları belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Kronik Hasta Çocuğa Göre Okul Başarısını Etkileyen Nedenler

| Çocuğa Göre Okul Başarısını Etkileyen Nedenler | S | % |
|---|----------|----------|
| Sık sık hastaneye yatması nedeniyle derslerde arkadaşlarından geri kalması. | 155 | 66.2 |
| Hastalığının verdiği ağrı veya sıkıntılardan dolayı ders çalışmaması. | 144 | 61.5 |
| Okulda atak geçirdiğinde, yardım almadaki yaşadığı güçlüklerden dolayı okula gitmek istememesi. | 31 | 13.2 |
| Öğretmenlerinin derslerinde zorlandığında zamanlarda ona yardımcı olmaması. | 30 | 12.8 |
| Çocuğun derslerinde zorlandığında ailesinin yardımcı olmaması. | 20 | 8.5 |

Kronik hasta çocuğa göre okul başarısını etkileyen nedenler incelendiğinde; çocukların %66.2' sinin hastaneye yattığında derslerinde arkadaşlarından geri kaldığı, %61.5'inin yaşadıkları ağrı ve sıkıntılar nedeniyle ders çalışmadığı için okul başarılarının etkilendiği belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Göre Okulda Hemşire Bulunmasının Faydaları

| Çocuğa Göre Okulda Hemşire Bulunmasının Faydaları | S | % |
|--|----------|----------|
| Hastalığımızda tedavinin devamı için bize yardımcı olur. | 132 | 56.4 |
| Okulda hastalığım konusunda endişe yaşamam. | 131 | 56.0 |
| Okulda kendimi güvende hissederim, devamsızlık yapmam. | 122 | 52.1 |
| Pek bir şey ifade etmiyor, benim için fark etmez. | 39 | 16.7 |

Kronik hastalığı olan çocuğa göre okulda hemşire bulunmasının faydaları incelendiğinde; çocukların %56.4'ünün hemşirenin tedavilerinde yardımcı olacağını düşündüğü, %56.0'mın okulda hastalıkları konusunda endişe yaşamayacakları, %52.1'nin ise okulda kendilerini daha güvende hissederek devamsızlık yapmayacakları belirlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Demografik Veriler ile Okul Başarısının Karşılaştırılması

| Demografik Veriler | Okul Başarı Durumu | | | | | | Anlamlılık |
|---------------------------|--------------------|------|-----------|------|--------|------|----------------------|
| | Başarılı | | Başarısız | | Toplam | | |
| | S | % | S | % | S | % | |
| Yaş | | | | | | | |
| 10-14 | 120 | 65.9 | 62 | 34.1 | 182 | 77.8 | p=0.006 ^a |
| 15-16 | 23 | 44.2 | 29 | 55.8 | 52 | 22.2 | |
| Cinsiyet | | | | | | | |
| Kız | 66 | 60.6 | 43 | 39.4 | 109 | 46.6 | p=0.870 |
| Erkek | 77 | 61.6 | 48 | 38.4 | 125 | 53.4 | |
| Anne Meslek | | | | | | | |
| Ev Hanımı | 135 | 61.1 | 86 | 38.9 | 221 | 94.4 | p=1.000 ^a |
| Çalışıyor | 8 | 61.5 | 5 | 38.5 | 13 | 5.6 | |
| Ailede Başka Hasta | | | | | | | |
| Var | 50 | 63.3 | 29 | 36.7 | 79 | 33.8 | p=0.672 |
| Yok | 93 | 60.0 | 62 | 40.0 | 155 | 66.2 | |
| Hastalıktan Önce | | | | | | | |
| Başarılı | 140 | 71.8 | 55 | 28.2 | 195 | 83.3 | p=0.001 ^a |
| Başarısız | 3 | 7.7 | 36 | 92.3 | 39 | 16.7 | |

Ki-kare, ^aFisher's Exact testi

Çocukların ifadelerine göre okul başarı durumları ile demografik verilerin karşılaştırılmasında (Tablo 4.7); okul başarılarıyla çocukların yaşları ve hastalıktan önceki başarı durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). 10-14 yaş grubunun daha başarılı olduğu ve hastalığın öğrencilerin başarısını olumsuz yönde etkilediği tespit edildi. Cinsiyet, anne mesleği ve ailede başka bir kronik hastanın varlığı ile okul başarısı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p > 0.05$).

Tablo 4.8: Kronik Hasta Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile ASD Aile ve ASD Arkadaş Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

| Özellikler | S (%) | ASD Aile Ölçeği Puan Ortalaması | | ASD Arkadaş Ölçeği Puan Ortalaması | |
|---------------------------|------------|---------------------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------|
| | | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık |
| Yaş | | | | | |
| 10-14 yaş | 182 (77.8) | 54.6±4.49 | t = 1.982 | 34.12±4.50 | t=-0.199 |
| 15-16 yaş | 52 (22.2) | 53.1±5.58 | p=0.049 ^a | 34.26±4.78 | p=0.843 ^a |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kız | 109 (46.6) | 54.1±4.56 | t=-0.504 | 34.44±4.37 | t=0.884 |
| Erkek | 125 (53.4) | 54.4±4.97 | p=0.615 ^a | 33.91±4.71 | p=0.378 ^a |
| Sınıf | | | | | |
| 4. sınıf | 43 (18.4) | 54.62±4.17 | f=1.629 | 32.69±5.63 | f=2.916 |
| 5 - 8. Sınıf | 132 (56.4) | 54.65±4.73 | p=0.198 ^b | 34.61±4.02 | p=0.056 ^b |
| 9 -11. Sınıf | 59 (25.2) | 53.35±5.23 | | 34.20±4.67 | |
| Kardeş Sayısı | | | | | |
| Evin tek çocuğu | 11 (4.7) | 56.27±2.96 | KW= 3.153 | 35.63±2.20 | KW=3.903 |
| 2-5 kardeş | 200 (85.5) | 54.34±4.82 | p=0.207 ^c | 33.97±4.60 | p=0.142 ^c |
| 6 ve daha fazla | 23 (9.8) | 53.26±4.96 | | 35.08±4.83 | |
| Ailede Başka Hasta | | | | | |
| Var | 79 (33.8) | 54.27±4.57 | t=-0.106 | 34.49±3.61 | t=0.803 |
| Yok | 155 (66.2) | 54.34±4.89 | p=0.916 ^a | 33.98±4.97 | p=0.423 ^a |

Not: İstatistiksel değerlendirmede; ^aBağımsız gruplarda t testi , ^bANOVA test, ^cKruskal-Wallis kullanıldı (p>0.05)

Tablo 4.8'i incelediğimizde; yaş ile ASD aile ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (p<0.05). 10-14 yaş grubunun, 15-16 yaş grubuna göre ailelerinden daha çok destek aldıkları gözlemlendi (54.6±4.49). Yaş ile ASD arkadaş ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark önemsiz bulundu (p>0.05). Cinsiyet, sınıf düzeyi, kardeş sayısı ve ailede başka bir bireyde hastalığın bulunması durumları ile ASD aile ve arkadaş alt ölçeklerinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p>0.05).

Tablo 4.9: Kronik Hasta Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile ASD Öğretmen ve ASD Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

| Özellikler | S (%) | ASD Öğretmen Ölçeği Puan Ortalaması | | ASD Ölçeği Toplam Puan Ortalaması | |
|---------------------------|------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| | | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık |
| Yaş | | | | | |
| 10-14 yaş | 182 (77.8) | 45.80±5.92 | t=2.458 | 134.58±11.89 | t=1.969 |
| 15-16 yaş | 52 (22.2) | 43.42±6.97 | p=0.015 ^a | 130.86±12.45 | p=0.050 ^a |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kız | 109 (46.6) | 45.95±5.54 | t=1.554 | 134.55±10.83 | t=0.932 |
| Erkek | 125 (53.4) | 44.68±6.74 | p=0.122 ^a | 133.07±13.10 | p=0.352 ^a |
| Sınıf | | | | | |
| 4. sınıf | 43 (18.4) | 44.39±7.59 | f=2746 | 131.72±14.40 | f=2.750 |
| 5 - 8. Sınıf | 132 (56.4) | 46.10±5.57 | p=0.066 ^b | 135.37±11.50 | p=0.066 ^b |
| 9 -11. Sınıf | 59 (25.2) | 44.06±6.37 | | 131.62±11.18 | |
| Kardeş Sayısı | | | | | |
| Evin tek çocuğu | 11 (4.7) | 45.27±8.34 | KW=0.308 | 137.18±10.05 | KW=0.725 |
| 2-5 kardeş | 200 (85.5) | 45.45±5.83 | p=0.857 ^c | 133.76±11.93 | p=0.696 ^c |
| 6 ve daha fazla | 23 (9.8) | 43.78±8.33 | | 132.13±14.41 | |
| Ailede Başka Hasta | | | | | |
| Var | 79 (33.8) | 45.20±6.64 | t=-0.131 | 133.97±10.81 | t=0.193 |
| Yok | 155 (66.2) | 45.31±6.04 | p=0.895 ^a | 133.65±12.73 | p=0.847 ^a |

Not: İstatistiksel değerlendirmede; ^aBağımsız gruplarda t testi , ^bANOVA test, ^cKruskal-Wallis kullanıldı (p>0.05)

Tablo 4.9’u incelediğimizde; yaş ile ASD öğretmen alt ölçeğinden ve ASD toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (p< 0.05). 10-14 yaş grubunun, 15-16 yaş grubuna göre öğretmenlerden (45.80±5.92) ve toplamda (134.58±11.89) daha çok destek aldığı gözlemlendi. Cinsiyet, sınıf düzeyi, kardeş sayısı ve ailede başka bir bireyde hastalığın bulunması durumları ile ASD öğretmen alt ölçeğinden ve ASD toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p> 0.05).

Tablo 4.10: Çocukların Ebeveynlerinin Demografik Özellikleri ile ASD Aile Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=234)

| Özellikler | ASD Aile Ölçeği Puan Ortalaması | | | | Anlamlılık |
|---------------------------|---------------------------------|--------|-----------|----------|----------------------------------|
| | S | % | \bar{X} | \pm SS | |
| Anne Eğitim Durumu | | | | | |
| Okuma yazma bilmiyor | 38 | (16.2) | 53.15 | 5.19 | KW=5.769 p=0.217 ^a |
| İlkokul mezunu | 131 | (56.0) | 54.51 | 4.47 | |
| Ortaokul mezunu | 33 | (14.1) | 54.51 | 4.94 | |
| Lise mezunu | 25 | (10.7) | 54.04 | 5.67 | |
| Üniversite mezunu | 7 | (3.0) | 57.14 | 3.13 | |
| Baba Eğitim Durumu | | | | | |
| Okuma yazma bilmiyor | 10 | (4.3) | 53.00 | 3.23 | KW=7.221 p=0.125 ^a |
| İlkokul mezunu | 104 | (44.4) | 53.92 | 4.75 | |
| Ortaokul mezunu | 54 | (23.1) | 54.92 | 4.87 | |
| Lise mezunu | 48 | (20.5) | 54.64 | 4.28 | |
| Üniversite mezunu | 18 | (7.7) | 54.72 | 6.52 | |
| Anne Meslek | | | | | |
| Ev Hanımı | 221 | (94.4) | 54.21 | 4.81 | 1062.5 p=0.113 ^b |
| Çalışıyor | 13 | (5.6) | 56.23 | 3.72 | |
| Baba Meslek | | | | | |
| Serbest Meslek | 153 | (65.4) | 54.09 | 4.80 | f=1.815 p=0.165 ^c |
| İşçi | 41 | (17.5) | 53.92 | 4.55 | |
| Memur | 40 | (17.1) | 55.62 | 4.82 | |
| Ekonomik Durum | | | | | |
| İyi | 89 | (38.0) | 54.80 | 4.72 | KW=3.696 p=0.158 ^a |
| Orta | 120 | (51.3) | 54.15 | 4.86 | |
| Kötü | 25 | (10.7) | 54.32 | 4.78 | |

Not: İstatistiksel değerlendirmede; ^aKruskal-Wallis, ^bMann-Whitney U testi, ^cANOVA test kullanıldı (p>0.05)

Tablo 4.10'u incelediğimizde; çocukların ebeveynlerinin eğitim, çalışma ve ekonomik durumları ile ASD Aile ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p>0.05).

Tablo 4.11: Kronik Hasta Çocukların Hastalıklarının Özellikleri ile ASD Aile ve ASD Arkadaş Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

| Özellikler | S (%) | ASD Aile Ölçeği Puan Ortalaması | | ASD Arkadaş Ölçeği Puan Ortalaması | |
|-------------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| | | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık |
| Hastalığın Tamsı | | | | | |
| Diyabet | 83(35.5) | 53.86±4.81 | KW=15.182 p=0.019 ^a | 34.92±3.72 | KW=5.545 p=0.476 ^a |
| Astım | 31(13.2) | 56.58±3.03 | | 34.06±4.35 | |
| Kronik Böbrek | 29(12.4) | 53.03±6.20 | | 34.10±5.12 | |
| Kalp Hastalıkları | 27(11.5) | 53.48±4.95 | | 34.29±4.19 | |
| Kronik Karaciğer | 26(11.1) | 53.50±5.07 | | 32.61±5.15 | |
| Kanama Bozuklukları | 20(8.5) | 56.35±3.18 | | 35.50±2.41 | |
| Epilepsi | 18(7.7) | 54.83±3.80 | | 31.38±7.19 | |
| Tanı Süresi | | | | | |
| 3 ay önce | 43(18.4) | 55.48±4.33 | f=1.734 | 34.93±3.70 | f=1.450 |
| 4-12 ay önce | 65(27.8) | 54.33±5.19 | p=0.179 ^b | 34.52±4.25 | p=0.237 ^b |
| 1 yıldan daha önce | 126(53.8) | 53.92±4.67 | | 33.70±4.93 | |
| Yılda Hastaneye Yatış Sayısı | | | | | |
| 1-3 kez | 196(83.8) | 54.47±4.78 | KW=2.792 | 34.19±4.36 | KW=0.934 |
| 4-6 kez | 28(12.0) | 54.39±3.56 | p=0.248 ^a | 34.42±5.35 | p=0.627 ^a |
| 7 ve sonrası | 10(4.3) | 51.20±6.79 | | 32.70±6.01 | |
| Yatarak Tedavi Süresi | | | | | |
| 1-5 gün | 120(51.3) | 54.72±4.30 | KW=10.025 | 33.62±5.01 | KW= 2.802 |
| 6-10 gün | 92(39.3) | 54.52±5.02 | p=0.007 ^a | 34.78±3.96 | p=0.246 ^a |
| 11 gün ve daha fazla | 22(9.4) | 51.31±5.36 | | 34.45±4.02 | |

Not: İstatistiksel değerlendirmede; ^aKruskal-Wallis, ^bANOVA test kullanıldı (p>0.05)

Tablo 4.11’i incelediğimizde; hastalığın tanısı ile ASD aile ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Kanama bozukluğu (47.55 ± 4.67) ve astım (46.93 ± 4.09) hastalığı olan çocukların diğer tanılara göre ailelerinden daha fazla sosyal destek aldığı gözlemlendi. Hastanede yatarak tedavi görme süresi ile ASD aile ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Hastanede yatış gün sayısı arttıkça aileden algılanan sosyal desteğin azaldığı (51.31 ± 5.36) gözlemlendi. Hastalığın tanı süresi ve yılda hastaneye yatış sayısı ile ASD aile alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Hastalığın tanısı, tanı süresi, yılda hastaneye yatış sayısı ve hastanede yatarak tedavi görme süresi ile ASD arkadaş alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 4.12: Kronik Hasta Çocukların Hastalıklarının Özellikleri ile ASD Öğretmen ve ASD Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

| Özellikler | S (%) | ASD Öğretmen Ölçeği Puan Ortalaması | | ASD Ölçeği Toplam Puan Ortalaması | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| | | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık | $\bar{X} \pm SS$ | Anlamlılık |
| Hastalığın Tanısı | | | | | |
| Diyabet | 83(35.5) | 45.34±6.59 | | 134.14±12.01 | |
| Astım | 31(13.2) | 46.93±4.09 | | 137.58±9.70 | |
| Kronik Böbrek | 29(12.4) | 43.96±6.05 | KW=9.990 | 131.10±12.92 | KW=13.951 |
| Kalp Hastalıkları | 27(11.5) | 44.37±7.48 | p=0.125 ^a | 132.14±12.41 | p=0.030 ^a |
| Kronik Karaciğer | 26(11.1) | 44.96±5.57 | | 129.72±15.34 | |
| Kanama Bozuklukları | 20(8.5) | 47.55±4.67 | | 139.40±7.89 | |
| Epilepsi | 18(7.7) | 43.50±7.67 | | 133.76±12.09 | |
| Tanı Süresi | | | | | |
| 3 ay önce | 43(18.4) | 46.02±5.33 | f=0.852 | 136.44±11.07 | f=1.997 |
| 4-12 ay önce | 65(27.8) | 45.72±5.90 | p=0.428 ^b | 134.58±11.00 | p=0.138 ^b |
| 1 yıldan daha önce | 126(53.8) | 44.79±6.67 | | 132.42±12.84 | |
| Yılda Hastaneye Yatış Sayısı | | | | | |
| 1-3 kez | 196(83.8) | 45.57±5.82 | KW=2.266 | 134.23±11.60 | KW=1.285 |
| 4-6 kez | 28(12.0) | 43.50±8.15 | p=0.322 ^a | 132.32±13.18 | p=0.526 ^a |
| 7 ve sonrası | 10(4.3) | 44.50±7.80 | | 128.40±17.55 | |
| Yatarak Tedavi Süresi | | | | | |
| 1-5 gün | 120(51.3) | 45.35±6.03 | KW=3.426 | 133.70±12.34 | KW=6.212 |
| 6-10 gün | 92(39.3) | 45.73±6.08 | p=0.180 ^a | 135.04±11.83 | p=0.045 ^a |
| 11 gün ve daha fazla | 22(9.4) | 42.95±7.59 | | 128.72±10.92 | |

Not: İstatistiksel değerlendirmede; ^aKruskal-Wallis, ^bANOVA test kullanıldı (p>0.05)

Tablo 4.12'yi incelediğimizde; hastalığın tanısı ile ASD ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Kanama bozukluğu (139.40 ± 7.89) ve astım (137.58 ± 9.70) hastalığı olan çocukların diğer tanılara göre toplamda daha fazla sosyal destek aldığı gözlemlendi. Hastanede yatarak tedavi görme süresi ile ASD ölçeği toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Hastanede yatış gün sayısı arttıkça algılanan sosyal desteğin azaldığı (128.72 ± 10.92) gözlemlendi. Hastalığın tanı süresi ve yılda hastaneye yatış sayısı ile ASD ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$). Hastalığın tanısı, tanı süresi, yılda hastaneye yatış sayısı ve hastanede yatarak tedavi görme süresi ile ASD öğretmen alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo 4.13: Kronik Hasta Çocukların Okul Başarısı ile ASDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=234)

| Okul başarı durumu | Aile Alt Ölçeği Puan Ortalaması | | Arkadaş Alt Ölçeği Puan Ortalaması | | Öğretmen Alt Ölçeği Puan Ortalaması | | ASD Ölçeği Toplam Puan Ortalaması | |
|--------------------|---------------------------------|----------|------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| | \bar{X} | $\pm SS$ | \bar{X} | $\pm SS$ | \bar{X} | $\pm SS$ | \bar{X} | $\pm SS$ |
| Başarılı | 54.9 | 4.40 | 35.0 | 4.24 | 46.3 | 5.18 | 136.36 | 11.24 |
| Başarısız | 53.3 | 5.19 | 32.8 | 4.74 | 43.5 | 7.29 | 129.67 | 12.31 |
| t | | 2.570 | | 3.665 | | 3.530 | | 4.276 |
| p | | 0.011 | | 0.001 | | 0.001 | | 0.001 |

Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.13'ü incelediğimizde okul başarısı ile ASD alt ölçeklerinden ve toplam ölçekten alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Çocukların ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek arttıkça okul başarılarının arttığı saptandı. Çocukların sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların okul başarılarını etkileme durumu incelendiğinde; okul başarısını en çok aileden alınan desteğin etkilediği (54.9 ± 4.40) ve bunu sırasıyla öğretmen desteği (46.3 ± 5.18) ve arkadaş desteğinin (35.0 ± 4.24) takip ettiği belirlendi.

5. TARTIŞMA

Öğrenim gören çocuklarda kronik hastalığın olması sosyal problemlere yol açarak çocukların okula uyumunu ve okul başarılarını etkileyebilmektedir (3,5). Kronik hastalığın çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için sosyal desteğin gerekliliği bilinmektedir. Sosyal desteğin çocuğun okula devam durumunu ve dolayısıyla okul başarısını etkileyeceği düşünülmektedir. Bu araştırma kronik hasta çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Literatürde hasta çocukların okul başarılarını inceleyen çalışmalar sınırlı sayıda olduğundan, bu araştırmanın verileri sağlıklı çocukların verileriyle tartışılmıştır.

Bu çalışmada çocukların hastalıklarına ait özelliklerine göre dağılımında ilk sırada diyabet, ikinci sırada astım hastalığı olan çocuklar yer almaktadır (Tablo 4.3). Yılmaz (2008)'ın kronik hastalığı olan ilköğretim öğrencilerinin aile-okul ilişkisini incelediği çalışmasında ise ilk sırada solunum sistemi hastalıkları yer almıştır (3). Bu araştırmanın örnekleminde ilk sırayı diyabet hastalığı olan çocukların oluşturması; araştırmanın örneklem yaş grubunda Tip 1 diyabetin sık görülmesi, diyabet oranının son yıllarda artması ve araştırmanın yapıldığı hastanenin bölgeye hizmet veriyor olması ile açıklanabilir (1,2).

Bu çalışmada çocukların okul başarı durumlarının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Dayıoğlu ve Türüt Aşık çalışmalarında erkeklerin kızlara göre daha başarılı olduklarını saptamışlardır (73). Çalışmanın sonucu bu araştırmanın bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılık hastalık durumunun erkek çocuklarının başarılarını daha fazla olumsuz etkilemiş olabileceği ile açıklanabilir.

Okul dönemindeki çocuklar için sosyal destek kaynaklarını ailesi, arkadaşları ve öğretmenleri oluşturmaktadır (9,11). Bu çalışmada çocukların demografik özellikleri ile ailelerinden, arkadaşlarından, öğretmenlerinden ve toplamda algıladıkları sosyal destek puanları karşılaştırılmıştır; yaş ile ASD aile, öğretmen ve toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, fakat ASD arkadaş alt ölçeğinden alınan puan ortalaması ile yaş arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada 10-14 yaş grubunun, 15-16 yaş

grubuna göre ailelerinden ve öğretmenlerinden daha çok destek aldığı gözlenmiştir (Tablo 4.8, Tablo 4.9). Arkadaş desteğinin ise yaş ile değişiklik göstermediği, çocukların her iki yaş grubunda arkadaşlarından destek aldıkları tespit edilmiştir (Tablo4.8). Aile desteğinin yaş ilerledikçe azalması, ergenlik dönemindeki grubun sosyal destek kaynağı olarak arkadaşlarını ailesinden daha fazla önemsemesine bağlı olabilir (2). Cheng ve Chan (2004)'ın, Jackson, Tucker ve Herman (2007)'in çalışmalarında yaş ile algılanan sosyal destek arasındaki farkın önemli olduğu, yaş arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (74,75). Bu iki çalışmanın sonuçları bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bokhorst, Sumter ve Westenberg'in (2009) 9-18 yaş grubundaki öğrencilerle yaptıkları çalışmanın sonucunda; yaş ile diğer sosyal destek kaynakları arasındaki farkın önemsiz olduğunu, fakat öğretmen desteğinin yaş ilerledikçe azaldığını saptamışlardır (76). Cırık (2010) çalışmasında yaşı küçük olan öğrencilerin, öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek puanlarının yaşı büyük olan öğrencilere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (10). Bu iki çalışmanın sonuçları, bu araştırmadaki yaş ile değişen öğretmen desteğinin farkını açıklamaya yardımcı olmaktadır.

Bu araştırmada çocukların öğrenim gördükleri sınıf düzeyleri ile ASD aile, arkadaş, öğretmen ölçeğinden ve toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.8, Tablo 4.9). Şencan'ın ve Fezer'in çalışma sonuçları sınıf düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki farkın önemsiz olduğu yönünde ve bu araştırmayı destekleyici niteliktedir (64,77).

Bu araştırmada cinsiyet ile ASD aile, arkadaş, öğretmen ölçeğinden ve toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.8,Tablo 4.9). Demirtaş, Şencan, Young ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarında, ilköğretim ve lise öğrencilerinin cinsiyetlerine göre algılanan sosyal destek ölçeğinden aldığı puanlar arasındaki farkın önemsiz olduğunu saptamışlardır (12,64,78). Yapılan bu çalışmaların sonuçları bu araştırmayı destekleyici niteliktedir. Tam, Lee, Har, Pook'un ergenlerle, Bokhorst, Sumter, Westenberg'in 9-18 yaş grubu ile yürüttükleri çalışmalarda kızların algıladıkları sosyal destek puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır(76,79). Lopez, Ehly ve Garcia-Vazquez çalışmalarında 9. sınıfta

öğrenim gören kız öğrencilerin, erkek öğrencilere göre tüm sosyal destek kaynaklarından daha fazla destek algıladıklarını saptamışlardır (80). Bu çalışmaların sonuçları bu araştırmanın bulgularıyla farklılık göstermektedir. Her iki cinsiyet grubundaki çocuklarında benzer oranda sosyal destek almaları çocuğun hastalığı durumunda cinsiyet farkının ortadan kalkması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada çocuğun kardeş sayısının ailesinden aldığı sosyal desteği etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Demirtaş'ın ilköğretim 8.sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada kardeş sayısının aileden algılanan sosyal desteği etkilemediği sonucu bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (12). Şencan'ın, Mengi'nin ve Ateş'in ilköğretim ve lise dönemindeki öğrencilerle yaptıkları çalışmalarda kardeş sayısı arttıkça aileden alınan sosyal desteğin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (55,64,65). Bu üç çalışmanın sonuçları ise bu araştırmanın bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılık ailelerin başka çocukları olmasına rağmen sosyal destek önceliğini hasta çocuklarına vermiş olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri ile ailelerinden algıladıkları sosyal destek puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 4.10). Algılanan sosyal destek puanları ile çocukların ebeveynlerinin eğitim ve ekonomik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Demirtaş'ın ve Şencan'ın çalışmasında; ailelerin eğitim ve sosyoekonomik düzeylerine göre öğrencilerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri incelenmiş, eğitim düzeyi ve ekonomik düzey arttıkça sosyal destek düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (12,64). Bu sonuçlar bu araştırmanın bulgularıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılık ailelerin eğitim düzeyleri ve ekonomik durumları hangi seviyede olursa olsun ebeveynlerin hasta çocuklarına sosyal destek vermeleriyle açıklanabilir.

Bu çalışmada algılanan sosyal destek puanları ile çocukların annelerinin çalışma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.10). Sağlıklı çocuklar üzerinde yapılan araştırmaların bulguları incelendiğinde; Demirtaş'ın ve Şencan'ın araştırma sonuçlarında öğrencilerin annelerinin çalışma durumlarına göre algılanan sosyal destek ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında önemli fark olmadığı saptanmıştır (12,64). Bu sonuçlar bu araştırmanın bulgularını

destekleyici niteliktedir. Ateş'in çalışmasında ise annelerin çalışma durumu ile aileden algılanan sosyal destek arasındaki ilişki, çalışan annelerin çalışmayanlara göre daha az sosyal destek algısı oluşturduğu yönünde ve bu araştırmayla farklılık göstermektedir (65). Bu farklılık annenin çalışması durumunda da önceliğini hasta çocuğuna vermiş olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastalığın tanısı ile ASD aile ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 4.11). Astım ve kanama bozukluğu olan çocukların diğer tanılara göre daha fazla sosyal destek aldığı gözlenmiştir. Astım hastalığı ataklar halinde seyrettiğinden bu durum aileleri endişelendirmekte ve ailelerin çocuklarına daha çok destek vermelerini sağlamaktadır (2,4). Kanama bozukluğu olan hastalarda ise kanamanın durmaması söz konusu olabileceğinden aileler çocuklarını travmalardan koruyabilmek amacıyla bu çocuklara karşı koruyucu davranışlar sergilemeleriyle açıklanabilir (1,45).

Bu araştırmada hastanede yatarak tedavi görme süresi ile ASD aile ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (Tablo 4.11). Hastanede yatış gün süresi arttıkça alınan sosyal desteğin azaldığı gözlenmiştir. Hastanede yatış gün sayısı arttıkça aileler yorgunluk ve tükenmişlik yaşarlar. Bu durum aile tarafından çocuğa verilen desteğin azalmasına neden olabilir (81).

Bu araştırmada kronik hastalığı olan çocuklara hastalıklarının okul başarılarını nasıl etkilediği sorulduğunda; çocukların çoğunluğu hastaneye yattığında derslerinden arkadaşlarına göre geri kaldıklarını ve hastalıklarına bağlı ağrı ve sıkıntılarından dolayı ders çalışmakta güçlük çektiklerini, bu nedenlerle okul başarılarının olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.5). Çocukların hastalıktan sonraki okul başarıları ile hastalıktan önceki okul başarı durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunarak, hastalığın öğrencilerin başarısını olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir (Tablo.4.7).Yılmaz (2008)'ın ve Serinol (2004)'un kronik hastalığı olan ilköğretim ve lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda, çocukların sık sık hastaneye yatmalarının okul başarılarını olumsuz etkilediği sonucu bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (3,4).

Bu araştırmada çocuklara okullarında okul sağlığı hemşiresinin bulunması ve kendilerini desteklemesi durumunda ne gibi faydalar sağlayacağı sorulduğunda; çocukların çoğunluğu, hemşirelerin tedavilerine yardımcı olacağını dűşündükleri için okulda daha az endişe duyacaklarını ve kendilerini güvenli hissedeceklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.6). Engelke, Guttu, Warren, Swanson çalışmalarında okul sağlığı hemşiresinin kronik hastalığı olan çocuklara verdiği hizmetin çocukların okul başarılarını arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (82). Krenitsky Korn çalışmasında astım hastası olan lise öğrencilerinin okula devamsızlığının çok olduğu, okul sağlığı hemşiresinin varlığında çocukların devamsızlığın azaldığı ve okul başarılarının arttığı sonuçlarına ulaşmıştır (83). Bonaiuto'nun çalışmasında; tam zamanlı okul hemşiresinin çalıştığı okullarda kronik hastalığı olan öğrencilerin okul başarılarının arttığı saptanmıştır (84). Bu alışmalar bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

Bu araştırmada okul başarısı ile ASD aile, arkadaş, öğretmen ölçeğinden ve toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunduğu ve çocukların ailelerinden, öğretmenlerinden ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek arttıa okul başarılarının da arttığı gözlenmiştir (Tablo 4.13). Çocukların sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların okul başarılarını etkileme durumu incelendiğinde; okul başarısını en çok aileden alınan desteğin etkilediği (54.9 ± 4.40), bunu sırasıyla öğretmen desteği (46.3 ± 5.18) ve arkadaş desteğinin (35.0 ± 4.24) takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.13). Karadağ çalışmasında ilköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal destekle okul başarı puanları arasındaki ilişkinin önemli olduğunu saptamıştır (9). Demirtaş'ın ilköğretim 8. sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada; öğrencilerin algılanan sosyal destek aile ve arkadaş alt ölçeğinden aldıkları puanlara göre akademik başarı durumu arasında önemli fark bulmuştur (12). Yıldırım çalışmasında lise öğrencilerinin öğretmenlerinden ve ailelerinden algıladıkları desteğin, öğrencilerin akademik başarısını pozitif yönde etkilediğini saptamıştır (85). Ateş çalışmasında ortaöğretim öğrencilerinin öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek arttıa akademik başarılarının da arttığını belirtmiştir (65). Somers, Owens ve Piliawsky bireysel ve sosyal faktörlerin akademik başarı ile ilişkisini incelediği 9. Sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal desteğin, akademik başarı üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır (66).

DeGarmo ve Martinez yaptıkları araştırmada, ailenin, akademik başarının yükselmesinde en önemli destek kaynağı olduğunu tespit etmişlerdir (13). Yapılan bu çalışmalarda da okul başarısının sosyal destek kaynaklarından etkilendiğı, başarıda özellikle aile ve öğretmen desteğinin etkili olduğu görölmektedir. Bu çalışmaların sonuçları bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir;

Kronik hastalığı olan çocukların algıladıkları sosyal desteğin okul başarısına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çocukların hastalıktan sonraki okul başarıları ile hastalıktan önceki okul başarı durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunarak, hastalığın öğrencilerin başarısını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.
- Okul başarısı ile ASD aile, arkadaş, öğretmen ölçeğinden ve toplam ölçekten alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Algılanan sosyal desteğin çocukların okul başarısını olumlu etkilediği; başarıda en çok aileden alınan desteğin, sonra sırasıyla öğretmen ve arkadaş desteğinin etkili olduğu belirlenmiştir.
- Çocukların hastalıklarıyla ilgili yaşadıkları sıkıntılarda en çok annelerinden destek aldıkları, hastaneye yattığında derslerde arkadaşlarından geri kalması ve hastalığına bağlı yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle ders çalışmaması gibi durumların okul başarılarını etkilediği, okulda hemşire bulunması durumunda okulda kendilerini daha güvenli hissedecekleri belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- ✓ Algılanan sosyal desteğin okul başarısını arttırdığı çalışmalarla desteklenmiştir. Çocukların sosyal destek düzeylerinin ve destek kaynaklarının saptanması, desteğin yetersizliği durumunda çocuğun sosyal desteğini sağlamak amacıyla gerekli hemşirelik girişimlerinin uygulanması,
- ✓ Hemşire tarafından çocuğun hastalığı ve hastalığının etkileri konusunda ailesinin, öğretmenlerinin, arkadaşlarının ve sosyal çevresinin bilgilendirilmesi ve gerekli durumlarda danışmanlık hizmetinin sağlanması,
- ✓ Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin düzenlenerek tüm okullarda uygulanması ve okul sağlığı hemşireliğinin aktif hale getirilmesi,
- ✓ Kronik hastalıklı çocukların okul yaşantıları ve yaşadıkları sorunlara ilişkin daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Çavuşoğlu, H. (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt I. Ankara : Sistem Ofset Basımevi, 71-90.
- 2.Törüner, E.K., Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara : Gökçe ofset (Göktuğ yayıncılık). 177-180, 186-196.
3. Yılmaz, G. (2008). Kronik Hastalığı Olan İlköğretim Öğrencilerinin Aile Okul İlişkisi. Yüksek lisans tez çalışması, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 4.Serinol, Z. (2004).Kronik Hastalığı Olan Çocuk Ve Ailesinin Psikososyal Sorunları. Yüksek lisans tez çalışması , Mersin Üniversitesi, Mersin.
- 5.Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,49, 155-168.
Erişim: 10.06.2013,http://www.cshd.org.tr/csh/pdf/pdf_CSH_206.pdf
- 6.Emiroğlu,F.N.İ., Pekcanlar, A.A. (2008). Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(2), 99-105. Erişim: 10.06.2013,
http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/17993/09_EYL%C3%9CL%20DERG%C4%B0%20N%20EM%C4%B0R%20O%C4%9ELU.pdf
- 7.Health and Schools. Erişim : 06.05.2013,
http://www.sgc.ca.gov/hiap/docs/publications/issue_briefs/Health_and_Schools.pdf
- 8.Gökler,I.(2008). Sistem Yaklaşımı Ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar Ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- 9.Karadağ, İ. (2007). İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi. Yüksek lisans tez çalışması, Çukurova Üniversitesi, Adana.

- 10.Cırık,İ. (2010). İlköğretim 5., 6., 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 11.Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenirliği ve Geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,13, 81–87.
- 12.Demirtaş, A.S. (2007). İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Ve Yalnızlık Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek lisans tez çalışması, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- 13.DeGarmo, D.S., & Martinez, C.R. (2006). A culturally informed model of academic well-being for Latino youth: The importance of discriminatory experiences and social support. *Family Relations*, 55(3), 267-278.
- 14.Özcebe,H., Ulukol, B., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N., Karama, F.(2008) Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı (Elektronik Sürüm). TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Yayın No: SB-HM-2007-17. Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık.
- 15.Özcebe, H. (2012). Okul Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum Ve Model Beklentisi. Akbaba,M.(Haz.) Halk Sağlığı Günleri 2.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu: 17-18 Mayıs 2012- Adana: Sözel Sunumlar (s.7-11). Adana: Çukurova Üniversitesi.
- 16.Güler, G., Kubilay, G. (2005). Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Çözümlemesinde Toplum Sağlığı Hemşiresinin Etkinliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 15-23. Erişim:15.02.2013,
<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1120.pdf>
- 17.Nishiwaki, T., Nakamura, K., Ueno, K., Fujino, K., Yamamoto, M. (2005). Health Characteristics of Elderly Japanese Requiring Care at Home. *Tohoku J. Exp. Med.*, 205, 231-239. Erişim :11.06.2013,
http://www.journal.med.tohoku.ac.jp/2053/TJ2053_04.pdf

- 18.Çakan,P., Sezer,Ö. (2010). Süreğen Hastalığı Olan Çocuklara Sahip Annelerin Tutumları, Kaygı Düzeyleri Ve Diğer Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,20, 2, 161-180. Erişim: 03.10.2013, <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt20/sayi2/161-180.pdf>
- 19.Millî Eğitim Bakanlığı Özel, Özel Eğitim Kursları Yönetmeliği Resmî Gazete: 22.7.2005/25883. Erişim: 5.10.2013, <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/66.html>
20. Toros, F.,Tot, Ş., Düzovalı, Ö.(2002).Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*,5,240-247. Erişim:10.06.2013, <http://klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/145.pdf>
- 21.Erdoğan, A., Karaman, M.G. (2008). Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması ve Yönetilmesi. *AnadoluPsikiyatri Dergisi*, 9,244-252. Erişim :7.06.2013, <http://openmed.nic.in/3162/01/244.pdf>
- 22.Şahin, N. (2010). Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanılı Ergenlerde Psikopatoloji Yaşam Kalitesi ve Ebeveyn Tutumlarının Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
23. Ergün, S., Sivrikaya, S.K. (2012). Tip 1 Diyabetli Çocukların Evde Bakım Uygulamaları Ve Yönetimi.*Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,1(2),90. Erişim : 15.02.2013, <http://www.bau-sbdergisi.com/jvi.aspx?pdire=bsbd&plng=tur&un=BSBD>
24. Abacı, A., Böber, E., Büyükgebiz, A. (2007). Tip 1 Diyabet. *Güncel Pediatri*,5, 1-10. Erişim : 10.06.2013, <http://www.guncelpediatri.com/sayilar/83/1-10.pdf>
- 25.Karaman, Ö., Ölmez, D., Babayiğit, A. (2006). Astımda Atak Tedavisi. *Dokuz Eylül Üni-versitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,20(3),193-200. Erişim: 10.06.2013, <http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/17996/193-200.pdf>
26. Ones U, Akcay A, Tamay Z, Guler N, Zencir M. Rising trend of asthma prevalence among Turkish schoolchildren (ISAAC phases I and III). *Allergy* 2006. Erişim :12.06.2013, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17073876>

27. Tsakiris,A., Iordanidou,M., Paraskakis,E., Tsalkidis,A., Rigas,A., Zimeras,S., Katsardis,C., Chatzimichael,A. (2013).The Presence of Asthma, the Use of Inhaled Steroids, andParental Education Level Affect School Performance in Children. *BioMed Research International*. Article ID 762805, 1-7.
Erişim: 26.11.2013, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/762805>
28. Neyzi,O., Ertuğrul, T. (2010). *Pediyatri Cilt 1. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 725.*
29. Türk Nefroloji Derneği 2011 kayıtları. Erişim: 12.06.2013, <http://www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon1/nurhan%20seyahi.pdf>
30. şahan, E. (2010). Kronik Böbrek Yetersizliği Tanısı İle İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü. Yüksek lisans tez çalışması, Başkent Üniversitesi, Ankara.
31. Çocukluk Çağında Hipertansiyon: Etyoloji, Tanı ve Tedavi,
Erişim : 10.06.2013, <http://www.gihd.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=6>.
32. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004;114:555-576. Erişim: 10.06.2013, http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/hbp/hbp_ped.pdf
33. Dalgıç, B.(2002).Çocuklarda Karaciğer Hastalıklarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(5),173-176. Erişim : 10.05.2013, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0502/karaciger.pdf>
- 34.Özkan, T. B.,(2005). Çocuklarda Wilson Hastalığı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(3), 163-170.
Erişim : 27.05.2013,http://www.utf.dergisi.org/pdf/pdf_UTF_109.pdf
- 35.Göral, V. (2010). Wilson Hastalığı: 2010. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 14(2), 66-75.6Erişim:27.05.2013, <http://guncel.tgv.org.tr/journal/33/pdf/349.pdf>

36. Demiral, M. (2010). Çocuklarda Kronik Karaciğer Hastalıklarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
37. Ünüvar, A. (2013). Hemofilide Klinik Özellikler ve Komplikasyonlar. Kaan Kavaklı (Ed.). 10. Ulusal Hemofili Kongresi: 14-17 Nisan 2013 – İzmir: Kongre Metinleri (s.29-30). İzmir: Çeşme. Erişim : 13.06.2013,
http://www.hedef-tr.org/content/10_ulusal_kongre/kitap_2013.pdf
38. Kaya, M., Demir, C., Esen, R., Atay, A.E. (2011). Kronik İdiopatik Trombositopenik Purpuralı Olgularımız. *Van Tıp Dergisi*, 18(3), 141-146. Erişim: 22.06.2013, <http://vantipdergisi.vyu.edu.tr/2011-3/141-146%20pdf.pdf>
39. İmmun Trombositopeni Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ulusal Tedavi Rehberi (2011). Erişim: 22.06.2013, <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/130/bolum-iii-immun-trombositopeni-tani-ve-tedavi-kilavuzu.pdf>
40. Serdaroğlu A, Özkan S, Aydın K, Gücüyener K, Tezcan S, Aycan S. (2004). Prevalance of Epilepsy in Turkish Children the Ages of 0 and 16 years. *J Child Neurol*, 19(4)271-274. Erişim : 12.06.2013,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15163093>
41. Raguraman J, Wadoo O. (2006). Unravelling the psychological shadows of epilepsy. *JK- Practitioner*, 13, 248-250. Erişim : 12.06.2013,
<http://medind.nic.in/jab/t06/i4/jabt06i4p248.pdf>
42. Görgülü, Ü., Fesci, H. (2011). Epilepsi İle Yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26(1), 27-32. Erişim : 12.06.2013,
<http://www.sbgoztepehastanesi.gov.tr/goztepetipdergisi/arsiv/2011/mart/mart-27-32.pdf>
43. Oto, R., Apak, İ., Arslan, S., Yavavlı, A., Altındağ, A., Karaca, E.E. (2004). Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Klinik Psikiyatri*, 7, 210-214. Erişim : 10.06.2013,
<http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/204.pdf>

- 44.Şenol, M.G., Gün, İ.,Saraçoğlu, M. (2011). Hasta Bakış Açısı: Epilepsi Hakkında Bilgi ve Anlayış. *Nobel Med*,7(1),94-101. Erişim :
10.06.2013,<http://www.nobelmedicus.com/contents/201171/94-101.pdf>
45. Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H.B., Boluşık, B. (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen tıp kitabevi. 130, 905-915.
46. Çiçek, H., Fidancı, B., Yücel, O. (2011). Kronik Hastalığı Olan Çocuk, Ergen ve Ailelerine Psikososyal Yaklaşımlar. Erişim : 14.06.2013,
<http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1819.pdf>
47. Erci, B., Avcı,İ.A., Hacıalıoğlu, N., Kılıç,D., Tanrıverdi, G. (2009). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık. 92-103.
48. Çocuk Hastalıkları ve Hemşireliğine Giriş. Erişim: 26.11.2013,
http://www.songurticaret.com/129001543890300272_cocuk.hastalklari.3.bolum.pdf
49. Elçigil, A. (2007). Kanserli Çocuk Okula Gidebilir mi?. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* ,11(2), 40-46. Erişim: 21.06.2012,
<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1613.pdf>
50. Öztürk, M. (2012). Okul Sağlığı Hizmetleri. Akbaba, M. (Haz.) *Halk Sağlığı Günleri 2.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu: 17-18 Mayıs 2012-* Adana: Sözel Sunumlar (s.12-13). Adana: Çukurova Üniversitesi.
51. Öztaş, D., Öztürk, E. (2012). Okul Sağlığı ve Ülke Örnekleri. Akbaba, M. (Haz.) *Halk Sağlığı Günleri 2.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu: 17-18 Mayıs 2012-* Adana: Poster-17 (s.92-94). Adana: Çukurova Üniversitesi.
52. Ceylan, S.S., Turan, T.(2009). Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 35-49. Erişim:14.12.2011,
<http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/CiltDortsayioniki/FSHD35-49.pdf>

53. Koçoğlu, D., Emiroğlu, O.N.(2011). Okul Hemşiresinin Okul Sağlık Tarama Programlarındaki Rolünün Değerlendirilmesi. *HemarGe*, 13(3), 5-19. Erişim : 08.06.2013, <http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2011/2011-vol13-sayi3-173.pdf>
54. Demir, Y. (2008). Özel Eğitime Gereksinimi Olan Öğrencilerin Sosyal Destek Düzeyleri. Yüksek lisans tez çalışması, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
55. Mengi, S. (2011). Ortaöğretim 10. ve 11. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Destek Ve Öz yeterlik Düzeylerinin Okula Bağlılıkları ile ilişkisi. Yüksek lisans tez çalışması, Sakarya Üniversitesi, Sakarya
56. Arıcıoğlu, A.(2008). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek. Yüksek lisans tez çalışması, Ankara Üniversitesi, Ankara.
57. Baytemir, K.(2006). İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Bazı Demografik Özelliklerine ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerine Göre İnterneti Kullanma Amaçlarının İncelenmesi. Yüksek lisans tez çalışması, Gazi Üniversitesi, Ankara.
58. Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları Ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
59. Yardımcı, F.K. (2007). İlköğretim Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek İle Öz-Yeterlik İlişkisi Ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
60. Birol,L.(2011). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. İzmir: Etki Yayınları. 279, 372-373.

61. Güney, A. (2009). İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Akademik Başarıları İle Algılanan Aile Yapısı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek lisans tez çalışması, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
62. Ak, L., ve Sayıl, M. (2006). Three Different Types Of Elementary School Students' School Achievements, Perceived Social Support, School Attitudes And Behavioradjustment Problems. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 6(2), 293-300.
63. Yıldırım, İ., Gençtanırım, D., Yalçın, İ., ve Baydan, Y. (2008). Academic achievement, perfectionism and social support as predictors of test anxiety. *H.U. Journal of Education*, 34, 287-296.
64. Şencan, B. (2009). Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi İle Sosyal Yetkinlik Beklentisi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
65. Ateş, B. (2012). Ortaöğretim Öğrencilerinin Sosyal Destek Algılarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı: 30 Mayıs – Haziran 2012, Erişim : 25.06.2013, <http://www.akademikbakis.org>
66. Somers, C.L., Owens, D., & Piliawsky, M. (2008). Individual and social factors related to urban African American adolescents' school performance. *The High School Journal*, 91(3), 1-11. Erişim : 25.06.2013, <http://www.geocities.ws/parentsaspartners/individual.pdf>
67. Caskey, E.E. (2009). Gender Differences In Antecedents To Academic And Personal Well-Being In Urban Youth: What Is The Role Of Social Support?. Yayınlanmamış doktora tezi, Loyola University, Chicago, USA.
68. Özmutaf M.N. (2004). Bioistatistiğe Giriş. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.

69. Yıldırım, İ. (2007). Üniversite Seçme Sınavına Hazırlanan Türk Öğrencilerde Depresyon, Sınav Kaygısı ve Sosyal Destek. *Eurasian Journal of Educational Research*, 29, 171-184. Erişim: 25.06.2013, <http://www.ejer.com.tr/0DOWNLOAD/pdfler/tr/1872541958.pdf>
70. Yıldırım, İ. (2004). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu. *Eğitim Araştırmaları –Eurasian Journal of Educational Research*, 17, 221-236.
71. Yıldırım, İ. (2006). Akademik Başarının Yordayıcısı Olarak Gündelik Sıkıntılar ve Sosyal Destek. H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education). 30 (2006), 258-267. Erişim: 12.01.2013, <http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/200630%C4%B0BRAH%C4%B0M%20YILDIRIM.pdf>
72. Seçginli, S., Erdoğan, S., Demirezen, E. (2004). Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği. *Sted*, 13, 12, 462-465. Erişim : 10.11.2012, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted1204/okul.pdf>
73. Dayıoğlu, M., Türüt-Aşık, S. (2004). Gender Differences in Academic Performance in a Large Public University in Turkey. *ERC Working Papers in Economics* 04/17. Erişim: 28.06.2013, <http://www.erc.metu.edu/menu/series04/0417.pdf>
74. Cheng, S.T., & Chan, A.C.M. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37(2004), 1359-1369.
75. Jackson, E.S., Tucker, C.M., & Herman, K.C. (2007). Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health*, 56(1), 69-74.
76. Bokhorst, C.L., Sumter, S.R., Westenberg, P.M. (2009). Social Support from Parents, Friends, Classmates, and Teachers in Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who Is Perceived as Most Supportive?. *Social Development*, 19(2), 2010. doi:10.1111/j.1467-9507.2009.00540.xde_540

77. Fezer, M. (2008). Adolescent Social Support Network: Student Academic Success As It Relates To Source And Type Of Support Received. Yayınlanmamış doktora tezi, State University of New York, Buffalo, USA. Erişim : 28.06.2013, <http://books.google.com.tr/books?id=W9Y6X0rIKAMC&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false>
78. Young, J.F., Berenson, K., Cohen, P., & Garcia, J. (2005). The Role Of Parent And Peer Support İn Predicting Adolescent Depression: A Longitudinal Community Study. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 407-423.
79. Tam, C.L., Lee, T.H., Har, W.M., Pook, W.L. (2011). Perceived Social Support and Self-Esteem towards Gender Roles: Contributing Factors in Adolescents. *Asian Social Science*, 7(8): 49-58. doi:10.5539/ass.v7n8p49
80. Lopez, E., Ehly, S., Garcia-Vazquez, E. (2002). Acculturation, Social Support And Academic Achievement Of Mexican And Mexican American High School Students: An Exploratory Study. *Psychology in the Schools*, 39(3), 245-257.
81. Fazlıoğlu, K., Hocaoğlu, Ç., Sönmez, F.M. (2010). Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2(2), 190–205.
82. Engelke, M.K., Guttu, M., Warren, M.B., Swanson, M. (2008). School Nurse Case Management for Children With Chronic Illness: Health, Academic, and Quality of Life Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 24, 2, 205-214.
83. Krenitsky-Korn, S. (2011). High School Students with Asthma: Attitudes about School Health, Absenteeism, and Its Impact On Academic Achievement. *Pediatric Nursing*, March-April, 37, 2, 61-68.
84. Bonaiuto, M.M. (2007). School Nurse Case Management: Achieving Health and Educational Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 23, 4, 202-209.

85. Yıldırım, İ. (2000). Akademik Başarının Yordayıcısı Olarak Yalnızlık, Sınav Kaygısı ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18:167-176.

EKLER**EK-1 : KRONİK HASTA ÇOCUK TANITICI BİLGİ FORMU**

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir? Kız () Erkek ()
3. Kaç kardeşsiniz?
4. Annenizin eğitim durumu nedir?
 - () Okuma yazma bilmiyor
 - () İlkokul mezunu
 - () Ortaokul mezunu
 - () Lise mezunu
 - () Üniversite mezunu
5. Annenizin mesleği nedir?
6. Babanızın eğitim durumu nedir?
 - () Okuma yazma bilmiyor
 - () İlkokul mezunu
 - () Ortaokul mezunu
 - () Lise mezunu
 - () Üniversite mezunu
7. Babanızın mesleği nedir?
8. Ekonomik durumunuz nedir?
 - () İyi
 - () Orta
 - () Kötü
9. Kaçınıcı sınıfa gidiyorsunuz?
10. Ailede sizden başka hastalığı olan birey var mı?
 - ()Yok
 - () Var , size yakınlık derecesi nedir?.....
11. Hastalığınızın tanısı nedir?
12. Ne kadar zaman önce hastalığınıza tanı konuldu?yıl
.....ay
13. Hastalığınız nedeniyle yılda en az kaç kez hastaneye yatmanız gerekiyor?
.....
14. Hastaneye yattığınızda ortalama kaç gün hastanede yatarak tedavi görüyorsunuz?

15. Hastalığınızla ilgili en çok desteği kimden görürsünüz?
- Annem
 Babam
 Arkadaşlarım
 Öğretmenlerim
16. Herhangi bir sıkıntı yaşadığınızda en çok yardımı kimden görürsünüz?
- Annemden
 Babamdan
 Arkadaşlarımdan
 Kardeşlerimden (abla / abi)
 Öğretmenlerimden
17. Okul dışında dersleriniz için kimlerden yardım alırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- Annemden
 Babamdan
 Arkadaşlarımdan
 Dershanedeki öğretmenlerimden
 Kardeşlerimden (abla / abi)
18. Hastalığınız başlamadan önce okul başarınız nasıldı? (Bu soruyu ebeveyninizle birlikte cevaplayınız.)
- çok iyi iyi orta kötü
19. Hastalığınız başladıktan sonra okul başarınız nasıl oldu? (Bu soruyu ebeveyninizle birlikte cevaplayınız.)
- çok iyi iyi orta kötü

20. Hasta bir çocuğun okul başarısı etkilenmişse sizce bunun nedeni nedir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Hastalığının verdiği ağrı veya sıkıntılardan dolayı ders çalışamıyordu.
- Sık sık hastaneye yattığı için derslerde arkadaşlarından geri kalıyordu.
- Ailesi çocuğun zorlandığı zamanlarda ona yardımcı olmuyordu.
- Öğretmenleri zorlandığı zamanlarda ona yardımcı olmuyordu.
- Okulda hastalandığında yardım edecek kimse olmadığı için okula gitmek istemiyordu.

21. Okulunuzda bir hemşirenin bulunmasının sizin için ne gibi faydaları olabilir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Pek bir şey ifade etmiyor, benim için fark etmez.
- Okulda hastalığım konusunda endişe yaşamam.
- Hastalığımızda tedavinin devamı için bize yardımcı olur.
- Okulda kendimi güvende hissedirim, devamsızlık yapmam.

EK-2 ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ASDÖ)

| Aşağıdaki ifadeleri okuyarak “ Bana uygun ”, “ Kısmen uygun ”, “ Bana uygun değil ” ifadelerinden size uygun birini işaretleyiniz. Lütfen boş seçenek bırakmayınız. | Bana uygun | Kısmen uygun | Bana uygun değil |
|---|-------------------|---------------------|-------------------------|
| AİLEM | | | |
| 1. Bana gerçekten güvenir | | | |
| 2. Sorunlarımı çözmeme yardım eder | | | |
| 3. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler | | | |
| 4. Bana gerçekten değer verir | | | |
| 5. Bana doğru tavsiyelerde bulunur | | | |
| 6. Doğru kararlar vermeme yardım eder | | | |
| 7. Davranışlarımı takdir eder | | | |
| 8. İlgili duyduğum şeyleri yapmama yardım eder | | | |
| 9. Hatalarımı nazikçe düzeltir | | | |
| 10. Beni gerçekten anlar | | | |
| 11. Bana, aile gelirimize göre yeterince harçlık verir | | | |
| 12. İyi ve kötü günlerimde yanımda olur | | | |
| 13. Geleceğimle ilgili planlar yapmamda bana yardım eder | | | |
| 14. Üstün, güçlü yanlarımı vurgular | | | |
| 15. İyi ve kötü yönlerimle beni sever | | | |
| 16. Başarılı olmam için bana destek olur | | | |
| 17. Zaman ayırıp sıkıntılarımı gerçekten dinlemez | | | |
| 18. Arkadaşlarımla ilişkilerimin güçlenmesini destekler | | | |
| 19. Sosyal etkinliklere katılmamı destekler | | | |
| 20. Başarılarımı takdir eder | | | |

| Aşağıdaki ifadeleri okuyarak “ Bana uygun ”, “ Kısmen uygun ”, “ Bana uygun değil ” ifadelerinden size uygun birini işaretleyiniz. Lütfen boş seçenek bırakmayınız. | Bana uygun | Kısmen uygun | Bana uygun değil |
|---|-------------------|---------------------|-------------------------|
| ARKADAŞLARIM | | | |
| 21. Bana gerçekten güvenir | | | |
| 22. İhtiyaç duyduğumda beni gerçekten dinler | | | |
| 23. Sorunlarımı çözmeme yardım eder | | | |
| 24. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler | | | |
| 25. Bana gerçekten değer verir | | | |
| 26. Doğru kararlar vermeme yardım eder | | | |
| 27. Hata yaptığımda bile beni kabul eder | | | |
| 28. Hatalarımı düzeltmeme yardım eder | | | |
| 29. Beni gerçekten anlamaz | | | |
| 30. Gerektiğinde harçlığını benimle paylaşır | | | |
| 31. Derslerle ilgili bilgilerini benimle paylaşır | | | |
| 32. İyi ve kötü günlerimde yanımda olur | | | |
| 33. Bir şeye sinirlendiğimde beni yatıştırır | | | |
| ÖĞRETMENLERİM | | | |
| 34. Amaç, ilgi ve yeteneklerim konusunda benimle konuşur | | | |
| 35. Bana gerçekten güvenir | | | |
| 36. Sorunlarımı çözmeme yardım eder | | | |
| 37. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler | | | |
| 38. Bana gerçekten değer verir | | | |
| 39. Bana doğru tavsiyelerde bulunur | | | |
| 40. Doğru kararlar vermeme yardım eder | | | |
| 41. Hatalarımı nazikçe düzeltir | | | |
| 42. Beni gerçekten anlar | | | |
| 43. Üstün, güçlü yanlarımı vurgular | | | |

| Aşağıdaki ifadeleri okuyarak “ Bana uygun ”, “ Kısmen uygun ”, “ Bana uygun değil ” ifadelerinden size uygun birini işaretleyiniz. Lütfen boş seçenek bırakmayınız. | Bana uygun | Kısmen uygun | Bana uygun değil |
|---|-------------------|---------------------|-------------------------|
| 44. Zaman ayırıp sıkıntılarımı gerçekten dinlemez | | | |
| 45. Arkadaşlarımla ilişkilerimin güçlenmesini destekler | | | |
| 46. Sosyal etkinliklere katılmamı teşvik eder | | | |
| 47. Çok çalıştığım ya da başarılı olduğum zaman beni över | | | |
| 48. Duygu, düşünce ve inançlarıma saygı duyar | | | |
| 49. Derslerde sorularıma içtenlikle cevap verir | | | |
| 50. Bana karşı genellikle adil davranır | | | |

EK-3 MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİN FORMU

| MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU | | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|---|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Kronik Hastalığı Olan Çocukların Algıladıkları Sosyal Desteğin Okul Başarısına Etkisi | | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU | 2012/136 | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Yrd.Doç.Dr.Rukuye AYLAZ | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | MALATYA | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZİ | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| FAZ 4 | | <input type="checkbox"/> | | | |
| ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Yeni Bir Endikasyon | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Yüksek Doz Araştırması | <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"/> | |
| 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 | | | |
| | TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ | <input type="checkbox"/> | | | |
| | SİGORTA | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | | | |
| | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | | |
| | HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ | <input type="checkbox"/> | | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | | |
| | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ | <input type="checkbox"/> | | | |
| DİĞER: | <input type="checkbox"/> | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: | Tarih: 31.07.2012 | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | | | |

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

| MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU | |
|--|---|
| ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof.Dr.Tamer BAYSAL |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|-----------------------------|------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------|
| | | | 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. Tamer BAYSAL | Radyoloji | 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. 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. Tayyar KALCIOĞLU | K.B.B. | 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 | Biyostatistik | 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. Turkan TOĞAL | Anesteziyoloji ve Rea. | 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. Hakan PARLAKPINAR | Tıbbi Farmakoloji | 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. Ahmet KARADAĞ | Çocuk Sağlığı ve Hast. | 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. Alaadin POLAT | Fizyoloji | 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"/> | |
| Doç.Dr. H.Birgöl CUMURCU | Psikiyatri | 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. Yusuf YAKUPOĞULLARI | Tıbbi Mikrobiyoloji | 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"/> | |
| 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"/> | |
| Yrd.Doç.Dr. Neslihan ŞİMŞEK | Diş Hekimliği | İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği 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"/> | |
| Uzm.Dr. Ömer Murat AYDIN | Nükleer Tıp Uzmanı | 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"/> | |
| Av. Hasan CANDAN | Hukuk | Malatya Defterdarlığı | 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"/> | |
| Hasan KONAN | Sivil Üye | Zaloğlu Ltd.Şti. | 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"/> | |

* :Toplantıda Bulunma

**EK-4 TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ VE ANABİLİM
DALI BAŞKANLIĞI İZİN FORMU**

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  **TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ**

Başhekimliği

Sayı : B. 30.2.İNÜ.0.H1.00.00/BH/216.03 - 9389

15/11/2012

Konu : Tez Araştırması

Sayın Gülsüm YETİŞ
Şifa Mah.Zapçioğlu.Cad
No:19/A
MALATYA

İlgi :09.11.2012 tarihli dilekçeniz.

“Kronik Hastalığı Olan Çocukların Algıladıkları Sosyal Desteğin Okul Başarılarına Etkisini İncilemek” konulu tez araştırmasını yapma talebi ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi dilekçenize istinaden;
Söz konusu talebinizin uygun görüldüğü hususunu;
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ali ÖZER
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

Hotmail - gulsunyetis@hotmail.com <http://du111w.dub111.mail.live.com/?rru=home&livecom>

Windows Live™ Hotmail (0) Messenger SkyDrive | MSN Gülsüm
profil | otur

Hotmail Yeni | Yanıtla Tümünü yanıtla İlet | Sil Gereklessüpür İşaretle Taşı Kategoriler

Gelen kutusu **Re: Tez Çalışması için izin isteği** Dön: İletiler | Seçenek

Bununla ilişkili iletileri görmek için, [iletileri konuşmaya göre gruplandırın](#).

Ibrahim YILDIRIM [Kişilere ekle](#) [Belgeler](#) | 04.06.2012
Kime: Gülsüm Yetiş [Yanıtla](#)

1 ek (35,5 KB) Hotmail [Etkin Görünüm](#)

 ASDÖ-R-EY...doc
Çevrimiçi göster
[Karşıdan yükle](#) (35,5 KB)

Zip olarak karşıdan yükle

Sevgili Gülsüm,
ASDÖ-R ekte. Kolaylıklar diliyorum. İ Yıldırım

----- Orjinal Mesaj -----
Kimden: Gülsüm Yetiş <gulsunyetis@hotmail.com>
Tarih: Monday, June 4, 2012 7:57
Konu: Tez Çalışması için izin isteği
Kime: iyil@hacettepe.edu.tr

> İyi günler hocam, ben İnönü Üniversitesinde Halk Sağlığı Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

R

© 2012 Microsoft [Koşullar](#) [Gizlilik Bildirimi](#) [Reklamlarımız hakkında](#) [Tanıtın](#) [Geliştiriciler](#) [Yardım Merkezi](#) [Görüşlerini](#)

Taşı Kategoriler |

1 -> 1 15.06.2012 00:3

ÖZGEÇMİŞ

29.03.1987, Malatya doğumluyum. 2005 yılında Hacı Ahmet Akıncı lisesinden mezun olduktan sonra İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümüne başladım. 2009 yılında hemşirelik bölümünden mezun oldum. 2011 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği programında yüksek lisans programına başladım. 2010 yılının Mart ayında Turgut Özal Tıp Merkezi Büyük Çocuk Servisi'nde başladığım hemşirelik görevine devam etmekteyim.

Mail adresi: gulsumyetis@hotmail.com

Katıldığı Kongreler/Sempozyumlar/Kurslar

“5. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi” 1-4 Nisan, Antalya, 2012. (60 Yaş Üzeri Kadınlardaki Jinekolojik Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı, Poster sunumu)

“3. Ulusal Ebelik Kongresi” 11-13 Nisan, Malatya, 2012.

“2. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu” 17-18 Mayıs, Adana, 2012. (Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi, Poster sunumu)

“15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi” 2-6 Ekim, Bursa, 2012.

“4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi” 22-25 Mayıs, Adıyaman, 2013.

“2. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi” 3-5 Haziran, Antalya, 2013.