

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

124262

FARKLI KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN
ÖZ BAKIM GÜÇLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

124262

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Araş. Gör. Sibel AKDUMAN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Danışman Öğretim Üyesi: Yard.Doç.Dr. Bahire BOLİŞİK

İZMİR
2003

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

TUTANAK

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olan Sibel AKDUMAN'ın "Farklı Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öz-Bakım Güçlerinin karşılaştırılması" konulu tez savunma sınavı 27.06.2003 tarihinde yapılmış olup, jüri tarafından oy birliği ile başarılı bulunmuştur.

JÜRİ ÜYELERİ

Yard.Doç.Dr.Bahire BOLIŞIK



Prof.Dr.Çiçek FADİLOĞLU



Prof.Dr.Zeynep CONK



ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde değerli katkıları olan danışman Öğretim Üyesi **Yrd. Doç. Dr. Bahire BOLIŞIK**'a, araştırmanın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm **Prof. Dr. Zeynep CONK**, **Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU**, **Prof. Dr. Fethi DOĞAN**, **Araş. Gör. Dr. Sibel SÖNMEZ**'e, araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı** yöneticilerine, **Ödemiş Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanları ve çalışanlarına**, araştırmanın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen **ailem**'e teşekkür ederim.

Araş. Gör. Sibel AKDUMAN
İZMİR- 2003

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
BÖLÜM I	
1.1 Giriş	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Genel Bilgiler	6
1.3.1 Kronik Hastalık Kavramı	6
1.3.2 Ergenlik Dönemi	10
1.3.3 Kronik Hastalığı Olan Ergen	12
1.3.4 Ergenlerin Kronik Hastalıklarında Hemşirenin Rolü	15
1.3.5 Kronik Hastalıklı Ergenlerde Hemşirelik Yaklaşımları	16
1.3.6 Öz- Bakım İle İlgili Genel Bilgiler	19
1.3.6.1 Öz-Bakım Kuramı	19
1.3.6.2 Öz-Bakım İle İlgili Kavramlar	21
1.3.6.3 Öz- Bakım Gereksinimleri	22
1.3.6.4 Öz-Bakım Gücü	24
1.3.6.5 Öz-Bakım Yetersizliği ya da Açığı (Self-Care Deficit)	27
1.3.6.6 Öz-Bakım Ajanı	27
1.3.6.7 Orem'in Hemşirelik Sistemi	27
1.3.6.7.1 Tümüyle Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi	27
1.3.6.7.2 Kısmen Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi	28
1.3.6.7.3 Destekleyici- Eğitsel İşlevi	28
1.4 Araştırmanın Önemi	30

1.5 Tanımlar	30
1.6 Hipotezler	31
1.7 Sınırlamalar	31
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEMLER	33
2.1 Araştırmanın Tipi	33
2.2 Araştırmanın Yeri	33
2.1 Araştırmanın Evreni	34
2.4 Araştırmanın Örneklemi	34
2.5 Veri Toplama Yöntemi	34
2.5.1 Veri Toplama Araçları	34
2.6 Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenler	35
2.7 Verilerin Değerlendirilmesi	36
2.8 Araştırma Etiği	36
BÖLÜM III	
BULGULAR	37
3.1 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Tanıtıcı Bilgileri	37
3.1.1 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Genel Yapısı ve Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
3.1.2 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	47
3.1.2.1 Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	47
3.1.2.2 Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	51
3.1.2.3 Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	55
3.1.2.4 Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	59
3.2. Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62
3.2.1 Astım Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	70

3.2.2 Diyabet Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	77
3.2.3 Hemofili Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	83
3.3 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalık Özellikleri ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği	90
3.3.1 Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	90
3.3.2 Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	93
3.3.3 Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	98
3.3.4 Astım, Diyabet, Hemofili Tanılı Ergenlerin Öz-Bakım Gücü Karşılaştırmalarının İncelenmesi	101
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA VE SONUÇ	103
4.1 Tartışma	103
4.1.1 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerle İlgili Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi	103
4.1.2 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalık Özelliklerinin İncelenmesi	108
4.1.3 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü İlişkisi	110
4.1.4 Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalık Özellikleri ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği	119
4.1.5 Astım, Diyabet, Hemofili Tanılı Ergenlerin Öz-Bakım Gücü Karşılaştırmalarının İncelenmesi	123
4.2 Sonuç	125
4.2.1 Öneriler	129
ÖZET	131
SUMMARY	133
KAYNAKÇA	135

EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	142
EK-2 Hastalık Formu (Diyabet, Astım, Hemofili)	145
EK-3 Öz-Bakım Gücü Ölçeği	149
ÖZGEÇMİŞ	151



TABLolar DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
1	Hastalık Konusunda Ergenin Duygusal Tepkileri	13
2	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Karar Vermelerini Teşvik Edici Hemşirelik Girişimleri	17
3	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Cinsiyetlerine ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	38
4	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Okula Gitme Durumuna ve Sınıflarına Göre Dağılımı	39
5	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Yerleşim Yerine ve Yaşam Yılına Göre Dağılımı	40
6	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Ev Özelliklerine Göre Dağılımları	41
7	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımları	42
8	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Aile Özelliklerine Göre Dağılımları	43
9	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Alışkanlıklarına Göre Dağılımları	45
10	Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre	47
11	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları	51
12	Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları	55
13	Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları	59
14	Kronik hastalığı Olan Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımları	64

15	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımları	64
16	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Okula Gitme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	65
17	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sınıfına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	66
18	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Ev Niteliğine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	66
19	Kronik hastalığı Olan Ergenlerin Aile Tipine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	67
20	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Ailede yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	68
21	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Boş Zamanlarının Değerlendirilmelerine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	68
22	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	69
23	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	69
24	Astım Tanılı Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	70
25	Astım Tanılı Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	71
26	Astım tanılı ergenlerin Okula Gitme durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	71
27	Astım tanılı Ergenlerin Sınıf Durumlarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	72
28	Astım Tanılı ergenlerin Evin Niteliğine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	72

29	Astım Tanılı Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	73
30	Astım Tanılı Ergenlerin Aile Tiplerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı	74
31	Astım Tanılı Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	74
32	Astım Tanılı Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı	75
33	Astım Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı	76
34	Astım Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Sıklığına Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı	76
35	Diyabet Tanılı Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	77
36	Diyabet Tanılı Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	78
37	Diyabet Tanılı Ergenlerin Okula Gitme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	78
38	Diyabet Tanılı Ergenlerin Sınıf Durumlarına Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımı	79
39	Diyabet Tanılı Ergenlerin Evin Niteliğine Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımı	80
40	Diyabet Tanılı Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımı	80
41	Diyabet Tanılı Ergenlerin Aile Tiplerine Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımı	81
42	Diyabet Tanılı Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	81

43	Diyabet Tanılı Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	82
44	Diyabet Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	82
45	Diyabet Tanılı Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	83
46	Hemofili Tanılı Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	83
47	Hemofili Tanılı Ergenlerin Okula Gitme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	84
48	Hemofili Tanılı Ergenlerin Sınıf Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	85
49	Hemofili Tanılı Ergenlerin Oturdukları Evin Niteliğine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	85
50	Hemofili Tanılı Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	86
51	Hemofili Tanılı Ergenlerin Aile Tiplerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	87
52	Hemofili Tanılı Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	87
53	Hemofili Tanılı Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	88
54	Hemofili Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	89
55	Hemofili Tanılı Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	89
56	Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Tanı Yılına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	90

57	Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Eğitimi Almalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	90
58	Astım Tanılı Ergenlerin Hastaneye Kontrole Gelme Zamanlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	91
59	Astım Tanılı Ergenlerin Egzersiz Yapmalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	92
60	Astım Tanılı Ergenlerin Hastalığını Belirten Kimlik Bulundurmalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	92
61	Astım Tanılı Ergenlerin Hastalığının Okulda Bilinme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	93
62	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Tanı Yılına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	93
63	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Eğitimi Almalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	94
64	Diyabet Tanılı Ergenlerin İnsülin Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	95
65	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastaneye Kontrole Gelme Zamanlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	95
66	Diyabet Tanılı Ergenlerin Egzersiz Yapmalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	96
67	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalığını Belirten Kimlik Bulundurmalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	96
68	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalığının Okulda Bilinme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	97
69	Hemofili Tanılı Hastalık Tanı Yılına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	98

70	Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Eğitimi Almalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	98
71	Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastaneye Kontrolde Gelme Zamanlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	99
72	Hemofili Tanılı Ergenlerin Egzersiz Yapmalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	100
73	Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalığını Belirten Kimlik Bulundurmalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	100
74	Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalığının Okulda Bilinme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi	101
75	Astım-Diyabet Grubuna Göre Öz-Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	101
76	Astım-Hemofili Grubuna Göre Öz-Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	102
77	Hemofili-Diyabet Grubuna Göre Öz-Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	102

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa No
1	Öz-Bakım Gücü İle Öz-Bakım Gereksinimleri Arasındaki Denge	23
2	Bir Bireydeki Sağlıkta Sapma Durumlarında Denge	26
3	Temel Hemşirelik Sistemleri	29

GRAFİK DİZİNİ

Grafik No		Sayfa No
1	Kronik Hastalıkların Dağılımı	37
2	Astım Tanılı Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları	49
3	Astım Tanılı Ergenlerin Egzersiz Türlerine Göre Dağılımları	50
4	Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları	53
5	Diyabet Tanılı Ergenlerin Egzersiz Türlerine Göre Dağılımları	54
6	Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları	57
7	Hemofili Tanılı Ergenlerin Egzersiz Türlerine Göre Dağılımları	58
8	Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları	60
9	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları	61
10	Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öz-Bakım Gücü Dağılımı	62
11	Hastalıklara Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları	63

BÖLÜM 1

1.1 GİRİŞ

Kronik hastalıklar, organ ve fonksiyon bozuklukları oluşturarak, beklenen yaşam süresini kısaltıp, bireylerin yaşam kalitesini düşüren rahatsızlıklardır. Bulunduğu doku ve organlara göre belirti ve bulguları, tanı ve tedavi yöntemleri farklılık gösterebilen bu hastalıklara, kronik solunum sistemi hastalıkları, kalp hastalıkları, böbrek yetmezlikleri, karaciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklar, neoplastik hastalıklar ve ortopedik sakatlıklar gibi çok sayıda hastalık örnek olarak verilebilir (54,70).

Hemen tüm çocuk ve ergenler yaşamlarının bir döneminde bir ya da birden çok hastalıkla karşılaşır. Hiç kuşkusuz bu hastalıklar onların kişiliği, yaşı, içinde bulunduğu koşullar, hastalığın tipi ve süresi gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak ciddi stres kaynağı oluşturur, geçici ya da kalıcı izler bırakabilir .

Çocuklarda yaşamın herhangi bir döneminde hastalanma olasılığı %30, belirli bir sisteme ait hastalık görülme olasılığı %15 civarında olduğu kabul edilmektedir (27).

Günümüzde biomedikal, cerrahi ve teknolojik ilerlemeler nedeni ile kronik hastalıktan etkilenen çocukların hayatta kalma süresi artmaktadır. Böylece kronik hastalığı olan bebek ve çocuklar günümüzde uzun süre yaşamakta ve gelecekte sakat yetişkinler ve yaşlı nüfusu oluşturmaktadır.

Çocukların yeterli sağlık bakımı alamayışlarının nedenleri arasında ailenin sosyoekonomik statüsünün düşük olması, yeterli sağlık bilgisi olmayan annelerin bu çocukları için sağlık hizmetlerinden yeterli ve sürekli olarak yararlanamaması, kronik hastalıkların mali yükü, sağlık hizmetlerinin eksikliği sayılabilir.

Kronik hastalıklarda tıbbi ve hemşirelik gözlemi uzun süreli ve çoğu kez de hastanın geri kalan tüm yaşamı boyunca gerekli olmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalıkların aile ve topluma getirdiği ekonomik yüklerde oldukça fazladır (19).

Ergenlik döneminden yetişkinliğe geçiş insan hayatında en önemli periyot olarak düşünülür. Ergenler, bu çağda çoğunlukla kendi beden değişimleri, bağımsızlıklarını kazanma sorunları, cinsel gelişimleri ve kendi kimliklerini araştırma ile yoğun biçimde ilgilidir. Bu nedenle kronik hastalıklar genellikle diğer yaşlarda görülenlerden daha farklı sorunlar yaratma eğilimindedir (27).

Kronik hastalığı olan bir ergende hastalığa uyum sorunlarının gelişip gelişmemesi üzerinde ergenin kişilik yapısı önemlidir. Örneğin olayların kendini ezmesine izin vermeyen, güçlü veya dışa dönük hasta ergende ruhsal problemin gelişme olasılığı, içe dönük, nörotik ergene göre daha düşüktür.

Kronik hastalığa uyum bozukluğunun gelişmesini hızlandıran etkenlerin başında, hasta ergenin günlük normal aktivitelerinin aksaması, eve ya da yatağa bağımlı kalması, hareket edememesi gibi fiziksel sınırlamalar ve ergenin hissettiği yetersizlik duyguları olduğu görülür. Örneğin serebral felç ve benzeri sinir sistemi hastalıklarının ve sensoriyel bozuklukların sorun yaratma olasılığı yüksektir.

Remisyonlarla seyreden kronik hastalıklar genellikle daha büyük huzursuzluk yaratır; çünkü remisyonda iken kazandığı güven, bağımsızlık ve sağlıklı olma duygusundan tekrar vazgeçmek hastaya güç gelir; özellikle önündeki günlerin neler getireceğini bilmemek ve belirsizlik büyük gerginlik yaratır.

Diyabet ve astım gibi hastalıklarda koma veya krizle ergenin hastalanmasından veya ölmesinden endişe duyan aile, ergeni devamlı denetim altında tutar. Diğer yandan, diyet, enjeksiyon, doktor kontrolü gibi nedenlerle aile yaşamı da hastalık merkezinde düzenlenir. Ergen için özürlüğü kanıtlamanın çok önemli olduğu bu dönemde sıkı denetim, problemlere ve isyankar davranışlara yol açabilir. Pek çok ebeveynin aşırı koruma gereksiniminden kaynaklanan bu sıkı denetimin, ergenin kişilik gelişimini ve öz bakım gücünü olumsuz yönde etkileme olasılığı büyüktür (20).

İnsanların sağlıkları bozulduğunda kendi kişisel bakımlarını yerine getirme becerileri yetersiz olabilir. Bireyler, bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarında bu gereksinimlerin karşılanması gerekir. Bu noktada hemşirenin rolü ve amacı, bireye kendi kişisel bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun kendi bireysel bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamaktır. Bireylerin sağlığının kontrolünden, var olan ya da olası sağlık gereksinimlerinin karşılanmasından sorumlu olan hemşireler, bu alanda profesyonel uygulayıcılar olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de primer koruyucu sağlık bakımının geliştirilmesinde hemşirelerin etkin rol oynayabileceğini öngörmektedir. Buna göre, hemşirelik uygulamalarının "sağlığın geliştirilmesi, öz bakım ve çeşitli hastalıklarla ilgili risk faktörleri doğrultusunda hastalıktan koruma" alanlarında odaklanması gerekmektedir (42).

Hemşirelikte öz bakım kuramını geliştiren Orem, birey ve onun bireysel bakım gereksinimlerinde odaklanan bu kuramında öz bakımı, “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması” olarak tanımlamaktadır. Orem, bu kuramını ilk kez 1959 yılında yayınlamıştır. Orem’in öz bakım kuramı; yaşamın sürekliliği için, öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır.

İnsan; fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olup, bireyin öz bakımı çocukluktan ileri yaşlara doğru gelişim göstererek değişmektedir. Bu değişim; bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, yaşadığı toplumun kültürü, günlük yaşamda olanakları kullanabilmesi gibi faktörlere bağlıdır.

Öz bakım, bir çok faktörün etkisi ile değişmekle birlikte, bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz bakımlarını yerine getirememektedirler. Örneğin yeni doğanlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, hasta ve sakat insanlar öz bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Yeni doğanlar ve çocuklar fiziksel ve mental olarak tam gelişme gösterememeleri nedeniyle, ergenler ise gelişim dönemi özellikleri nedeniyle bakıma gereksinim duyarlar. Kronik hasta ya da özürlü insanlar da eğitim, rehberlik gibi hizmetlere kısmen ya da tamamen gereksinim duyarlar. Genel olarak, bireyin yaşı ve sağlık durumu, gerçekleştirebileceği öz bakımın düzeyini belirlemektedir.

İnsanların yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmeleri için, karşılanması gereken temel ihtiyaçları vardır. Temel ihtiyaçların karşılandığı toplumsal çevrenin ana ögesini ise insan ilişkileri oluşturmaktadır. Sosyal etkileşimin etken olduğu emosyonel, entelektüel, sosyal ve ruhsal gelişim, ruh sağlığı, öz bakım ve günlük yaşamın diğer ihtiyaçlarını karşılamayı sağlamaktadır.

İnsanlar sağlıklı olduklarında, öz bakım önemli bir sorun olmamaktadır. Bireyin ilgisi; ailesi, işi ve özel uğraşlarına yöneliktir. Ancak, sağlığın bozulduğu durumlarda öz bakım, günlük yaşamın en önemli eylemi olabilmektedir. Bu durumda öz bakım; bireyin ailesi içindeki pozisyonunun yanı sıra, yaşına, görevine, sağlık durumuna, öz bakım ihtiyacını karşılamak için yeterli zamanın olup olmasına ve ailesinin sağlık durumunu da bağlı olmaktadır (36).

Öz bakım gücü, sağlığın sürdürülmesi ve yükselmesine yönelik öz bakım davranışlarını düzenleme, öz bakım ile ilgili spesifik konularla ilgilenme, anlama ve

kavrama, bilgiyi kullanma, karar verme, verilen kararı uygulama başarısına yönelik bireysel yeteneklerdir. Bireyin çevresindeki bazı etmenler ve koşullar öz bakım gücünün gelişimini ve kullanımını etkiler. Yine öz bakım gücü, bireyin öz bakımla ilgilenmesindeki sınırlamalarına ve yeteneklerine göre tanımlanır (42,46). Ergenlik döneminin karmaşası yüzünden kronik hastalığı olan ergenler sıklıkla en fazla öz bakım gücü desteği duyan bireylerdir. Onları desteklemek ve ihtiyaçlarını karşılamak sabır, yaratıcılık ve anlayışı gerektirir. Kronik hastalık, ergenin günlük yaşamı üzerinde kontrol kaybı yarattığı ve bağımsızlığına engel olduğu için dayanılmaz olabilir. Ergenin bağımsızlık uğraşı içinde, hastalığın kendisi bir savaş alanı haline gelebilir. Diyetler, ilaçlar, terapiler, doktor kontrolleri, arkadaşlarından farklı görünme, fiziksel kısıtlamalar ergenlikte hep zorlayan konulardır. Bu tür engellemeler kronik hastalığı olan ergenlerde öz bakım gücünde yetersizliklere neden olur (30).

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlığın temeli çocukluk yıllarında atılır. Sürekli bir büyüme gelişme devamlılığı içinde olan çocuklarda oluşan pek çok sağlık sorunu için zamanında önlem alınmazsa, ileriki yıllarda gelişecek sorunların temelini oluşturur ve ortaya çıkan kötü sonuçlar artık geri dönülemez olur.

Çocuklarda daha erişkin yaşama geçmeden çıkabilecek kronik hastalıklar, erken dönemden itibaren çocuğunun geleceğini karartmakta zihinsel, bedensel gelişimini etkilemekte, önlerindeki uzun yaşama kendilerini hazırlayamamalarına neden olmaktadır. Bu dönemde alınabilecek önlemler geleceğin yetişkin insanların topluma kazandırılması açısından önemlidir. Bireye sağlıklı bir yaşamın sunulması ve toplum sağlığının olumlu yönde etkilenmesi için bu tür hastalıklarla savaşta en önemli ilke, önlenebilir olanlarının önlenmesi, önlenemeyenlerde ise erken tanı ve tedavi ile sakatlıkların ve ölümlerin azaltılmasıdır (19,70).

Kronik hastalığı olan ergenin bağımsızlığı sınırlıdır. Ergenlik döneminin en önemli özelliği de bağımsızlığı kazanma çabasıdır. Hastalığın seyri, şekli, tipi, fiziksel kısıtlamaları ergenin bağımsızlığını etkiler. Bağımsızlık; Bireyin çevresinde bulunan kişilerin kontrolü dışında hareket etmesi ve onlara ihtiyaç duymaması olarak ifade edilebilir. Bağımlılık ise; Bir bireyin diğer bir kişinin etkisinde kalmasını veya kişinin ihtiyacından dolayı başka bir bireye güven duyması olarak tanımlanabilir. Sağlıklı bir

kişiliğe sahip olmak için bağımlılık ve bağımsızlık dengesinin iyi kurulması gerekir. Bunların dengeli olması, öz saygının artmasına neden olur. Öz saygını yüksek olması, yetişkin olgunluğuna ulaşılması için gerekli kişilik özelliğidir. Bağımlılık ve bağımsızlık dengesi kişinin ilişkide bulunduğu eğitim, iş ortamı, arkadaşlar ve aile ilişkilerinden etkilenir.

Kronik hastalığı olan kişiler ciddi olarak bağımsızlık ve bağımlılık çatışması yaşayabilirler. Bu çatışmalar kronik hastalıklara uyum sürecinde ciddi güçlüklerle sebep olabilir ve öz bakım üzerinde olumsuz etki meydana getirebilir.

Bireyin rahatsızlığı, sağlık personeli tarafından onayladığında birey hasta rolüne girer. Daha sonra her türlü yardım almak için sağlık personeline bağlı bir hasta olmaya başlar. Hastalar kendileri için neyin iyi olduğu ve yardım alıp, almama konusunda da kararsızlık yaşayabilirler. Bağımsızlıklarından kolaylıkla vazgeçebilirler ve genellikle yaşam ve ölüm gibi kavramlar üzerinde yoğunlaşmışlardır. Yükümlü oldukları rollerde bağımsızlıkları azalabilir.

Yetişkinlerin çoğu bağımsızlıklarından vazgeçebilirler ve bir doktora bağımlı olmayı kabul ederler. Fakat kişisel kimlik gelişimi ve fiziksel gelişimiyle mücadele eden ergenleri bağımlı bir yaşama yönlendirmek oldukça zordur. Bu aşamada hemşirelerin bağımlılık/ bağımsızlık gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin normal olup, olmadığını belirlemesi ve ergenin bağımsız fonksiyonlarını desteklemesi önemlidir. Ergenlerin bağımsızlıkları desteklenerek cesaretlendirilirse ergen motivasyonu sağlanır. Böylece hemşireler yeni baş etme yollarının gelişiminde ergene yardım edebilir (3,26,30,32,46,48).

Öz bakım; Orem'in temel kavramlarından biridir. Orem'e göre öz bakım "Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır" Hastalıkların oluşumunu önlemek, sağlığı korumak ve yükseltmek için bireyin kendisi tarafından başlatılan bir dizi etkinlik ya da aktivite olarak da tarif edilebilir. Orem yetersizlik ve güçsüzlüğün şiddeti ve niteliğine bakılmaksızın, çoğu hastaların öz bakım potansiyeline sahip olduğunu söyler.

Kronik hastalığı olan ergenin bakımındaki temel amaçlardan biri maksimum düzeyde bağımsızlığın sürdürülmesi, ergenin kendi kendine bakımı için mevcut kapasitesini detaylı olarak belirlemektir. Bu nedenle Orem'in öz bakım modeli kronik hastalığı olan ergenin bakımında kullanılabilir en uygun hemşirelik bakım modeli sayılabilir.

Orem'in hemşirelik kuramının en güçlü yönü çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz bakımı öncül olarak getirmesidir. Hasta kendisinin öz bakım olayına katılır. Bununla birlikte olayları algılamayan ya da fiziksel işlevleri yetersiz olan hastalar için bu eksiklikler sistem içinde değerlendirilir ve giderilir. Bu nedenle kronik hastalığı olan ergenlerin öz bakım güçlerinin belirlenmesi çok büyük önem taşımaktadır.

Kronik hastalığın yönetiminde; ilaç tedavisi, diyet, hastanın var olan kısıtlılıkları dikkate alınarak önerilen egzersiz, hastanın öz-bakım becerilerinin geliştirilmesi ve hastalığı yönetebilmesi için verilen eğitim önem taşımaktadır. Bakımı veren hemşirelerin bu işlevleri yerine getirebilmesi için bir çok konuda bilgi sahibi olması ve bakım verdikleri kişilerin öz-bakım güçlerini anlamaya çaba göstermesi gerekmektedir. Bireylerin öz-bakım güçlerinin tanımlanması, etki eden etmenlerin ve öz-bakım yetersizliklerinin saptanması, hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması yönünden çok önemlidir. Bundan yola çıkılarak araştırmamız kronik hasta ergenlerde öz bakım gücünü belirleyerek uygun hemşirelik girişimlerin saptanması amacıyla planlanmıştır (5,12,32, 42, 46).

1.3 GENEL BİLGİLER

1.3.1 KRONİK HASTALIK KAVRAMI

Kronik hastalıkların tanımlanması ve bu hastalıklara karşı mücadele yöntemlerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir. Bu tür hastalıklar uzun seyirli, sakatlık ve organ fonksiyon bozukluklarının gelişebildiği, beklenen yaşam sürelerinde normal bireylere göre farklılıkların olduğu, kimi durumlarda ölümcül olabilen hastalıklardır. Bireyin yaşamına doğrudan etkisinin yanı sıra yol açtığı iş gücü kaybı, sosyal ve ekonomik sorunlar nedeniyle toplumu da doğrudan ilgilendirmektedir (32,70).

Kronik hastalığın sosyal, duygusal, fiziksel ve maddi stresleri sadece yetersizliği olan kişiyi değil, tüm aile üyelerini etkiler. Maddi güçlükler, sosyal izolasyon, evlilik ilişkilerinde gerginlik ve ebeveynlerin diğer çocuklarına ayırdıkları zamanın azalması kronik hastalıklı çocuğu olan aileler üzerindeki temel stresler olarak tanımlanmıştır (20).

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır (2,19,61,64).

Çocuklarda kronik hastalıkların prevalansı konusunda değişik araştırmalarda değişik sonuçlar elde edilmiş ve çocukların önemli bir kısmının kronik bir hastalıktan dolayı etkilendiği görülmüştür. Son tahminlere göre Amerika Birleşik Devletlerinde 15-20 milyon çocuk kronik hastalıklardan etkilenmiştir (68). Kronik hastalığı olan çocuklar rahatlıkla yapabildiği günlük aktivite ve oyunlarda kısıtlanırlar. Çocuğun günlük temel aktivitelerini engelleyecek tipte ağır hastalık oranı ise ancak % 2-4 kadardır (67).

Ülkemizde kesin sayısı bilinmemekle birlikte kronik hastalığı olan çocuk ve ergen sayısının oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir. UNİCEF ve T.C Hükümeti ile yürütülen bir çalışmada nüfusun % 9'unun özürlü ve bunların % 44'ünün de 18 yaşın altında olduğu rapor edilmiştir. Yine Türkiye'de çocukluk çağı kronik hastalıkları hakkında bilgi elde edebilmek için yapılan ilk sistemli çalışma 0-16 yaş arasındaki 50 bin çocuğunun taranmasıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ülkemizde her dört çocuktan birinde kronik hastalığın bulunduğu saptanmıştır (70).

Kronik hastalık; uzun süreli, tedavi edilmeyen, geri dönüşsüz yetersizlikler bırakan, bireyin fonksiyonlarını sınırlayan ve adaptasyon gerektiren bir hastalıktır. Hastalığın şiddeti bireylerin fiziksel, psikolojik, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarını etkiler (20,67).

Kronik hastalıklarla ilgili literatürlerde çeşitli tanımlar vardır. İlk tanım Uluslar arası Kronik Hastalıklar Komisyonu başkanı L. Mayo tarafından 1956 yılında yapılmış ve halen günümüzde kullanılmaktadır. Bu tanım;

“ Sürekli olan, sakatlık bırakan, geri dönüşü olmayan patolojik değişikliklere neden olan, rehabilitasyon için bireyin özel eğitimini gerektiren ve uzun süreli denetim, gözlem ya da bakım ihtiyacını kabullendiren bir ya da birkaç özelliğin normalden saptığı tüm durumlardır” (19,20).

Mattson'ın (1972) tanımına göre kronik hastalık;

“ Uzun süre devam eden, ilerleyici ve fatal olabilen fiziksel ya da mental fonksiyon bozukluklarına karşın, göreceli olarak normal yaşama eşlik eden bir bozukluktur” (19,20).

National Health Survey'in (Ulusal Sağlık Araştırmaları) tanımına göre kronik hastalık;

“ Üç ay ya da daha uzun süre önce tespit edilmiş çeşitli durumlardan oluşan (diyabet, kalp hastalığı gibi) hastalıklardır (32).

Pless ve Pinkerton'un (1975) tanımına göre ise kronik hastalık;

“ Bir çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az 1 ay süre ile ya da tanı anında hastanede yatmaya neden olan bir sağlık sorunu” olarak tanımlamışlardır.

Bu tanımlara ek olarak, uzun süreli ve tedavi edilmeyen ve bireye bazı sınırlılıklar getiren hastalık ya da durumları tanımlayan çeşitli terimler kullanılmaktadır. Bunların arasında “bozukluk” (impairment), “özür” (handicap), yetersizlik/sakatlık” (disability) terimleri en sık kullanılan terimlerdir. Bu değişik terminolojiyi kullanan araştırmacılar kronik hastalığın bazı özel yönlerine odaklaşma eğilimi vardır.

Örneğin; bozukluk (impairment) terimi normalden sapma anlamına gelir ve genellikle hastalık, travma ya da bir konjenital defektten arta kalan sınırlılıkları yansıtır. Ayrıca bozukluk (impairment), bedensel ya da ruhsal fonksiyonların uyumlu çalışmasındaki herhangi bir aksamayı içerir. Bozukluğa (impairment) bağlı meydana gelen fonksiyonel sınırlılıklar, bireyin kendi bakımını ve normal aktivitelerini yapma yeteneğini kaybetmesine neden olur.

Özür (handicap), bir bozukluk yönünden bireyin durumuna yansıtılan bir değerlendirmedir. Özür (handicap) terimi; bireyin aile ve toplumun içinde kendi rolünü doyum sağlayıcı şekilde yerine getirememesi nedeniyle diğer kişilerin olumsuz sosyal tepkilerine hedef olmasını içerir.

Yetersizlik/sakatlık (disability) terimi ise, genel olarak belirli bir hastalık sonucunda gelişen fonksiyonel sınırlılıkları ve buna bağlı psikolojik tepkileri içerir. Ayrıca belli bir işlev bozukluğuna yol açarak çocuğun sağlığını, eğitimini ve topluma uyumunu bozacak nitelikteki durumları kapsar. Beden ve zihin gücünden belli bir oranda yoksun olan kişiler yetersiz/sakat (disability) olarak tanımlanır (19,54).

Tüm bu terimler meydana gelen ya da devam eden temel biyolojik olayları yansıtır. Bu değişik terimlerin bilinçli ya da bilinçsiz kullanımının devam etmesi toplumdaki bireylerin, ailenin ve sağlık personelinin tepkilerini etkilemektedir. Bunun sonucunda, toplumda fiziksel yönden çekici ve tam olarak fonksiyonel olmayan kişilere karşı olumsuz tutumlar görülmekte ve toplumda sosyal normların dışına çıkan bu kişilerin değeri azalmaktadır (19,51).

Kronik hastalıklar şiddeti ya da diğerlerine göre görünüşü ile sınıflamada değişik katagorilere ayrılır. Bunlar; hayatı tehdit edici hastalıklar (lösemiler, beyin tümörleri), hayatı tehdit etmeyen hastalıklar (epilepsi, serabral palsy) veya diğerlerine göre görünür hastalıklar (körlük, sağırılık), ya da diğerlerine göre görünmeyen hastalıkları (hemofili, diyabet) içerebilir (19,54).

Mattson (1972), çocukluk döneminde görülen kronik hastalıkları aşağıdaki şekilde sınıflamıştır.

1. Kromozal anormallikler nedeniyle gelişen hastalıklar, (ör: down sendromu)
2. Genetik hastalıklar, (ör: hemofili, diyabet, kistik fibrözis)
3. İntrauterin dönemde teratojenik faktörler, (ör: ilaçlar, enfeksiyonlar ve radyasyon) nedeniyle gelişen bozukluklar
4. Doğum travması ya da perinatal enfeksiyonlar nedeniyle gelişen hastalıklar, (ör: serebral palsy, sepsis)
5. Postnatal enfeksiyonlar ve fiziksel travmalar sebebiyle gelişen bozukluklar ya da kazanılan hastalıklar, (ör: romatizmal ateş, lösemi, kronik böbrek hastalığı) (19).

Kronik hastalıklarda çocuğun gelişimsel düzeyi hastalığa vereceği yanıtın en önemli belirleyicisi olmaktadır. Yaş, gelişimsel düzey, tedavi şekli ve yan etkiler, ortaya çıkan sınırlılıklar, diğer insanların özellikle aile üyelerinin verdikleri tepkiler, çocuğun emosyonel durumu ve kişiliği hastalığa karşı oluşturacağı tepkiyi, etkilemektedir. Diğer taraftan anne babalar da sadece çocuğun hastalığı, tedavi ve buna verilen tepkiler değil, aynı zaman da kendi duyguları ve kişisel sorunları ile de uğraşmak zorunda kalırlar. Çocuğun ve ebeveynin hem olumlu hem de olumsuz tepkileri birbiri ile karşılıklı ilişki içindedir. Hastalığın seyri boyunca çocuk ve ailesi için stresin yükseldiği dönemler söz konusudur. Bu dönemler boyunca aileler medikal tedavi yanı sıra dıştan desteğe gereksinim duyarlar. Çocuklar gelişimleri sırasında farklı dönemlerde olayları farklı algılamaktadırlar. Buna bağlı olarak, kronik hastalıklarla etkileşimleri de farklı olacaktır (10,30,54).

Çocuğa kronik bir hastalık tanısı konduktan sonra, ister yaşamı tehdit eder nitelikte olsun, isterse olmasın; bu durum özellikle büyük çocuklar, ergenler ve aileleri için katlanılması güç bir durumdur. Tanı kabullenilinceye kadar, çeşitli duygusal boşalım dönemleri yaşanır. Uzun süren hastalıklar pek çok çocukta endişe, korku, okul başarısında azalma, panik, terkedilmişlik, suçluluk duyguları yaratabilmektedir.

Çocuklar hissettikleri huzursuzluk, çaresizlik duygularını bazı savunma mekanizmaları ile azaltmaya çalışabilirler. Regresyon en çok kullanılan bilinç dışı savunma mekanizmasıdır. Altını ıslatma, huysuzluk, çok ağlama, parmak emme, çok fazla ilgi bekleme, saldırgan davranışlar buna örnektir. Daha büyük yaştaki çocuklar yadsıma (inkar) mekanizmasını kullanabilirler. Hastalığın gidişi boyunca komplikasyonlar veya çocuğun karşılaştığı çeşitli sınırlılıklar nedeniyle bu evreler tekrarlanabilir. Bu süreçte zamanla çocuğun ve ebeveynin durumu kabullenmesi beklenir. Eğer herhangi bir dönemde aşırı yüklenme ve diğer evrelere ilerleyememe olursa, hastalığın kabulü için psikiyatrik yardım gerekebilir (30,54).

1.3.2. ERGENLİK DÖNEMİ

Ergenlik dönemi çocuklukla yetişkinlik arasında yer alan, kendine özgü özellikleri ve sorunları olan bir devredir. Batı dillerinde “adolescence” diye bilinen bu dönemin söz anlamı da “büyümedir” (22,23,41,42,60,62).

UNESCO tarafından, ergenlik dönemi 15-25 yaş dilimleri arasında gösterilmektedir. Bu dönem ülkemizde kızlarda yaklaşık 10-12, erkeklerde 12-14 yaşları arasında başlar ve genellikle 6 yıl sürer. Sosyoekonomik koşullar, sağlık, beslenme ergenliğin başlama yaşını büyük ölçüde etkilemektedir. Kötü yaşam koşullarında yaşayanlarda ve karbonhidrat ağırlıklı beslenenlerde olgunlaşma geç başlamaktadır. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının bulgularına göre ergen nüfusunun tüm nüfus içindeki payı % 18.8’dir.(52,64)

Ergen bu dönemde bedensel, duygusal ve zihinsel yönden çok hızlı gelişmektedir. Bu dönem ergenin zihinsel yeteneğini nasıl kullanacağını öğrendiği bir dönemdir. Bu yaşlarda görüş alış verişi ve tartışma ergenin dünyasında ayrı bir yer tutar. Ergenler bazı varsayımlar ileri sürebilir, tahminler yapabilirler. Kurdukları varsayımları sınamadan hayata geçirir, soyut düşünür, genellemeler yaparlar. Başkalarının görüş açılarına göre düşünebilirler. Fakat ergen bu dönemde doğru karar vermede güçlük çekebilir çünkü sorunları çözmek için gerekli olan deneyim ve bilgisi henüz sınırlıdır (4,18,38,43,57,66,72).

Duyusal (emosyonel) yönden, çocuk oldukça uzun ve dengeli bir davranış döneminden sonra ansızın düzensiz, dengesiz bir döneme girmiştir. Ergenlik konularındaki çalışmalarıyla tanınan Stanley Hall’ın görüşüne göre; ergenlik dönemi

hızlı ve belirgin değişikliklerin yer aldığı bir dönemdir. Bu dönemde çocuk yeni bir kişiliğe bürünmekte ve o güne kadar alışık olamadığı duygulara uyum sağlamaya çalışmaktadır. Hall'a göre bu değişiklikler cinsel olgunluk sonucu, yani biyolojik kaynaklıdır. Hall bu dönemi "fırtına ve gerginlik" dönemi olarak da tanımlar (16,38,66,71).

Erikson'a göre bu dönem ergenin "kendini tanıdığı" (identity) bir dönemdir. Bu dönemdeki genç kendini ve toplumdaki yerini tanımaya çalışır. Bu dönemde bireyin, eğilim ve yeteneklerinin değerlendirilmesi ve bunları nasıl kullanacağını belirlemesi gerekir. Bu dönem kimlik arayışlarının olduğu bir dönemdir. Ergenler kimlik duygusunu elde etmek için aşağıdaki unsurları göz önüne almalıdır (25,38).

- 1- Beden imajındaki değişiklikleri kabul etme,
- 2- Değer sistemi oluşturma veya gelecekte nasıl bir insan olacağına karar verme,
- 3- Meslek seçimine karar verme,
- 4- Bağımsızlığını kazanma,

Eğer gençler kimlik duygusunu elde edemezlerse "rol karmaşasına" düşerler. Bu durum onun kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyerek toplumda sorunlu bir birey olarak yer almasına neden olur (49).

Kimlik duygusu gelişmiş bir genç kendi benliğinin sürekliliğini algılayan, nereden gelip nereye gittiğinin bilincinde olan kişidir. Kendine özgü duyguları, düşünceleri, amaçları, inançları, bir yaşam biçimi ve dünya görüşü vardır.

Kimlik gelişiminde başka insanlarla etkileşimin rolü vardır. Bu dönemde arkadaş grubu kimlik gelişimi üzerinde etkilidir. Aile, arkadaş grubuna kıyasla ikinci derecede kalmıştır. Ergen, ebeveynlerin öğütlerinden, eleştirilerinden sıkıldığı için kendisi gibi aynı kaygıları yaşayan, bağımsızlık arayan yaşlılarına katılır.

Genç bu dönemde aile otoritesine karşıdır ve aile ilişkileri olumsuzdur. Evde, giyimde, arkadaş seçiminde, dışarı çıkmada aile ile devamlı çatışma halindedir. Bağımsız davranmak ister. İki kuşağın farklı şekillerde sosyalleşmesi kuşaklar arasında düşünce açısından farklılık yaratmaktadır. Kuşaklar arasındaki bu farklı duyuş, düşünüş nedeniyle ebeveynler ve ergen arasında yeterli düzeyde dostça bir ilişki kurulamamaktadır. Aşırı baskılı ve otoriter ailede yetişen çocuklarda öfke, saldırganlık ve suç işleme daha sık görülür. Demokratik –işbirlikçi ailelerin çocukları özgüvenlidirler ve kendi kararlarını kendileri vermeyi öğrenirler. Aileler ergenin

bağımsızlığını desteklemeli ve temel özgürlüklerine saygı göstermelidirler. Ailenin ergene sağlaması gereken özgürlükler ise şunlardır:

- 1-Çevresinde olup biteni duyma, görme, algılama özgürlüğü
- 2-Düşündüğünü olduğu gibi ifade edebilme özgürlüğü
- 3-Duygularını olduğu gibi ifade edebilme özgürlüğü
- 4-Kendi isteklerine göre bir şeyi isteme ya da reddetme özgürlüğü
- 5-Gelişmek istediği yönde gelişebilme, kendi özünü gerçekleştirebilme özgürlüğü

Aileler, gencin her yönü ile sağlığını koruyabilmesi için bu 5 temel özgürlüğü sağlayabilmelidir. (4,9,18,38,63,66).

1.3.3. KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGEN

Ergenlik psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemin karmaşası yüzünden, kronik hastalığı olan ergenler sıklıkla en fazla mücadele eden hastalardır. Onları desteklemek ve ihtiyaçlarını karşılamak sabır, anlayış ve yaratıcılık gerektirir.

Ergenlik döneminde cinsellik, beden imgesi, bağımsızlık, meslek seçimi gibi kimlik duygusunun gelişimi ile ilgili özel gelişimsel görevler söz konusudur. Kronik hastalık ister önceki yaşlardan beri sürüyor olsun, ister ilk kez ergenlikte tanısı konsun, dönemin görevlerinin üstesinden gelmek zorlaşmaktadır.

Ergende hastalık utanç verici bir durum, fiziksel bir güçsüzlük belirtisi yada bir ceza olarak algılanabilir. Ergenlik döneminde var olan stresler hastalığın neden olduğu ağrı ve rahatsızlık, beden bütünlüğü ve yaşamın sürdürülmesine yönelik tehditler ile daha da karmaşıklaşabilir (7,8).

Hastalık konusunda ergenin duygusal tepkileri Tablo-1 'de özetlenmiştir.

Tablo- 1

Dönem	Davranış Belirtileri veya Tepkileri
1-Şok dönemi -İnanma, inkar	Konan tanıya inanmama, yanlışlık yapıldığı şeklinde inkar nedeniyle önerileri ihmal etme veya doktor doktor gezme.
-Kızgınlık	Doktoru hatta tüm sağlık personelinin suçlama, kızma, gücenme, yakınmalar.
-Ümit etme, Pazarlık etme	Tedavi için önerileri yerine getirmez; hastalığının ciddiyetini kabul edemediği için belki randevuları kaçıtır, belki gerekli tetkikleri ihmal eder.
-Büyük üzüntü keder, depresyon	Normal yaşama ve normal aktivitelere ilgi kaybı, çevreden kopma, içine kapanma, ümitsizlik, tüm işlevlerin hastalık ve tedavi çerçevesinde yoğunlaşması.
2-Kabul etme ve uyum	Duygular hakkında daha açık konuşulur, aile bireyleri birbirini destekler, hastalık hakkında bilgi edinilme başlar.
3-Komplikasyonlarla savaş	Ortaya çıkan komplikasyonların çeşidine göre büyük ruhsal tepkiler gösterir.
4-Terminal bakım	Duygusal kopma, uzaklaşma, genellikle büyük çökkünlük yaşanır.

(Kaynak: Ekşi,A.,Çocuk ve Ergen Liyezon Psikiyatrisi, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım II, C: 2, S:4 E.Ü. Basımevi, Bornova,1997,520.)

Kronik hastalık yeni tanı yada daha önceki dönemlerde tanımlanmış olsa da ergenlik döneminde yönetilmesi güç bir durumdur ve bu döneme özgü görevleri başarmayı zorlaştırmaktadır.

Beden imgesinin ve bağımsızlık gereksiniminin özel bir önem kazandığı bu dönemde doktorların kendi bedenlerini kontrolleri altına alması ergeni çok rahatsız edebilir. Bu durumda okulda başarılı olabilmeleri ve yakın ilişkiler kurabilmeleri zor olabilir. Arkadaşları araba kullanmayı öğrenirken, kendileri öğrenemeyen, arkadaş toplantılarına arkadaşlarını davet etmekten çekinen kronik hastalığı olan ergenler öz saygılarını kaybettiklerini hissedebilirler. Bununla birlikte sık sık hastanede yatmaktan ve hastalıktan dolayı meydana gelen okul devamsızlığı, istenilen kariyere ulaşılmaması sonucunu doğurabilir. Bu ergenler ilk olarak askerlik kariyeri gibi bazı iş ve fırsatların kendilerine kapalı olduklarının farkına varırlar (38,66).

Ergenler hastalığın var olduğu durumda kendileri ile ilgili planlarını ve amaçlarını belirlerken iki tehlike söz konusu olmaktadır:

a- Sınırlamalar nedeniyle aşırı stres yaşama, hastalıkla aşırı iç içe girme, yetersizlik ve ümitsizlik duygularının gelişmesi.

b- Gerçekçi sınırlamalarını yadsıma, bu nedenle oluşturulan gerçekçi olmayan, büyük amaçları başaramadıkça ortaya çıkan hayal kırıklıkları (30).

Gerek dış görünümündeki değişim gerek puberte ve büyüme gecikmesi nedeniyle, kronik hastalığı olan ergenler, çoğu kez yaşıtlarından küçük ve genç görünür, çevre de onlara daha küçükmüş gibi davranır. Ergenlerin çoğu bu davranışları aynen kabul eder, olgunlaşmamış ve çocuksu kalır veya aksine çocuk görünümü karşısında büyük öfke duyar ve isyankar biçimde tepki gösterirler.

Bağımsızlığını kazanma aşamasındaki bazı ergenlerde diyet kısıtlaması, ilaçlar, doktor viziteleri ve ailenin işe karışması son derece huzursuzluk verir; söylenen ve önerilenlerin tamamen aksine yapan isyankar tutum geliştirebilirler. Bazı ergenler ise, yaşadıkları korku nedeniyle tüm kurallara aynen uyar, aşırı bağımlı ve kompulsif bir tutum geliştirebilirler.

Uzun süreli hastalığın gelişme ve davranış sorunlarına hatta önemli nörolojik ve ruhsal bozukluklara yol açıp açmayacağı halen tartışılmaktadır. Kanseri, kronik böbrek, kalp ve kan hastalıklarında öğrenme ve psikomotor güçlüklerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Bazı araştırmalar, örneğin ciddi astım krizi geçirenlerde motor ve algısal

gelişim gerilikleri bulunduğunu bildirirken, başka bir araştırma grubu hastanede yatan 67 astımlı çocukta nöromotor ve psikososyal alanlarda ortaya çıkan bozuklukların çoğunun hipoksi ve yüksek dozda steroid hormon kullanımı gibi tedavi değişkenlerine bağlı olduğunu; beynin hastalıktan doğrudan etkilenmediğini ortaya koymuştur.

Astım gibi hastalıklarda belirtiler ve tedavi uzun sürebilir; ancak ergenin aşırı hareket ve öfkesi astım krizine yol açabilir. Bu nedenle çevre ergenin tüm davranışlarına karşı dikkatli davranmakta ve hatta onun yaşamını kontrol altına almak zorunda kalmaktadır. Böylece ergenin okul yaşantısı ve eğitimi bile bundan etkilenebilmektedir.

Anne- babaların çocuğun ciddi hastalığı karşısında kızgınlık, gücenme, kırılma, isyan, öfke, suçluluk duyma gibi çeşitli tepkileri olur; ergen bunları bazen yanlış değerlendirir; bunu aile tarafından itilme, uzaklaştırılma, başından atılma gibi algılayabilir. Bütün bu korku ve endişeler karşısında ergende inkar sık görülür; hastalığın ciddi olduğunu ve tedavi gerektiğini inkar ederek tedaviye karşı gelme, doktorlara ve aileye isyan etme, doktorları ve hastane personelinin suçlama ortaya çıkabilir; hatta zaman zaman anksiyete, umutsuzluk, ölmeyi isteme, öz kırım girişimleri ve depresyon gelişebilir. Ergenin endişesi büyüdükçe, hastalığı daha büyük güçle yadsıma, tedaviye ve diyet kısıtlamalarına karşı gelme özellikle belirgindir; bu durumda kaçınılması gerekenlerin tamamen aksini yapma eğilimi görülür.

Kronik hastalığı olan ergenler hastalıkları ile ilgili bu tür sorunlarla ve kısıtlamalarla karşılaşınca öz bakım gücünde yetersizlikler ortaya çıkar (7,26,30,49,57).

1.3.4. ERGENLERİN KRONİK HASTALIKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Hasta olma nedeniyle beden imgesinin değişmesi, bağımlı bir hale gelmesi, hastalığı ile ilgili yeterli bilginin olmaması, bedeni üzerindeki kontrolünün yok olduğu duygusu yaşaması, akranlarının ve ebeveynlerinin kendisine yönelik davranışlarının değişeceğini ve reddedileceğini düşünmesi ergen hastanın kaygı duymasına neden olur.

Kaygılı ergenin algılaması, öğrenmesi, sorun çözme becerisi, sağlıklı bir gelişim sürdürmesi ve tedaviye uyumu olumsuz yönden etkileyeceğinden kaygının ortaya çıkmasının engellenmesi yada erken dönemde belirlenecek uygun yaklaşımlarla ele alınması, ergen hastaya yönelik hemşirelik bakımının önemli bir yönünü

oluşturmaktadır. Ergenlik döneminin özelliklerini bilen, ergenlerin çatışmalarını ve stresli durumlara verdikleri doğal tepkileri algılayan, ergen hastayı her şeyden önce bir insan olarak ele alan ve gereksinimlerini gideren bir hemşire, onun bu güç yaşantısı ile başa çıkmasına yardım ederek sağlıklı bir gelişim sürdürmesini sağlayabilir.

Ergen hastaya yönelik hemşirenin bakımının amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Ergenin hasta rolüne girmesini en aza indirerek normal gelişiminin en üst düzeyde sürmesinin sağlanması,
- Ergene yetersizliklerinde çok yetebildiği yönlerini göstererek, öz bakımında sorumluluk almasını destekleyerek olumlu niteliklerini belirlemesine ve güven duygusunun artmasına yardım edilmesi,
- Ergenin gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler geliştirmesine yardım ederek öz saygısının yükselmesini ve nitelikli bir yaşam sürmesinin sağlanması,
- Ergenin ve ebeveynlerinin fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin giderilmesine yardım edilmesi.

Bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik hemşirelik ise, ergen hasta ile güven verici bir ilişki kurulmasını, ergenin olabildiğince bağımsız olması ve kararlara katılımının sağlanmasını, durumuna ilişkin olarak bilgilendirilmesini, akranları ve ebeveynleri ile iletişiminin sürdürülmesini içerir (3,65).

1.3.5. KRONİK HASTALIKLI ERGENLERDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

1. Ergen Hasta ile Güven Verici Bir İletişimin Kurulması

Güven verici bir ortamın yaratılması, hemşire hasta ilişkisinde varılması gereken bir özelliktir. Hemşire, hastayı bakımın planlanmasına katarak, mahremiyetine saygı göstererek, kaygıları açıklayabileceği bir ortam yaratarak, olumsuz eleştiriden sakınarak ve olumlu bir rol modeli olarak ergen hastanın kendisine güvenmesini sağlayabilir. Hemşire ile ergen arasında güven verici bir iletişimin kurulması ise ergeni olgunlaştırır; beden imgesindeki değişikliklere uyumuna yardımcı olur; hastalığına ilişkin sorumluluklar üstlenmesini kolaylaştırır; duygularını paylaşmasını ve kendisini ifade etmesini sağlayabilir. Ayrıca hemşirenin tutarlı ve etkin bir şekilde baş etmesine de yardım edebilir (3,65).

2. Ergen Hastanın Olabildiğince Bağımsız Olması ve Kararlara Katılımının Sağlanması

Ergenin bağımsız olma isteğine duyarlı olan bir hemşire, açık ve cesaret verici olarak, hasta ile bağımsızlık gereksinimlerini konuşarak, bazı konularda seçim hakkı tanıyarak bağımlılığın neden olduğu kaygıyı hafifletebilir. Bu konuda hemşire dikkatli olmalıdır. Bazı istekler, örneğin diyabetli ergenlerce düzenli insülin almaktan kaçınma girişimi seçim hakkının kullanılmasındaki bir yanlış anlamayı gösterir. Hemşire bu tür yanlış anlaşılmaya izin vermemelidir. Ancak akranlarıyla birlikte daha fazla aktiviteye katılmak için, koltuk değneği yerine tekerlekli sandalye kullanmaya karar veren bir ergene yardım edilmelidir (3,65). Tablo- 2’de, kronik hastalığı olan ergenlerin karar vermelerini teşvik edici hemşirelik girişimleri belirtilmiştir.

Ergenin kendisini bağımsız hissetmesine neden olan bir diğer yaklaşım öz bakımına ilişkin kararlara olabildiğince katılmasının ve gereksinimlerini görmesinin sağlanmasıdır. Ergen hastanın öz bakımına katılması hastalığını kabullenmesini kolaylaştırır; işe yaradığını ve güçlü olduğunu hissetmesini sağlar. Bu durum öz saygıya katkıda bulunur ve toplum yaşantısına katılmayı kolaylaştırır (3,65).

Tablo- 2
Kronik Hastalığı olan ergenlerin karar vermelerini(kimlik duygusunu) teşvik edici hemşirelik girişimleri

Kategori	Girişimler
Beslenme	-Ergenler özel diyete bağımlı iseler diyetisyenlerle birlikte onların yiyecek seçimleri tartışılır. -Yiyecek seçimlerine saygı gösterilir.
Elbise Değişimi	-Ergenin istediği giysiyi seçmesine izin verilir. -Elbiseleri giydikten sonra öneriler söylenmelidir. -Ergenin tedavi sırasında giysileri ıslanmışsa, elbise değiştirmesine izin verilir. Ergenin IV yada SC girişimler için bölge seçmesine izin verilir.

Tedavi (İlaç)	-Enjeksiyon yada damara girme için ergene yer seçme önerisi getirme, duyu kontrolünü teşvik etme. -İlaçların adını, etkilerini ve muhtemel yan etkilerini öğretme.
Dinlenme	-Ergenle uygun dinlenme zamanı belirleme
Hijyen	-Ergenlere yetişkinler gibi saygı göstermek -Öz bakım süresince ergenlere ilişki içerisinde olma(kedi kendine ilaç tedavisi yapması dışında kendi banyolarını yapmalarını ve yataklarını yapmalarını sağlama)
Ağrı	-Ergeni ağrısını tarif etmesi için teşvik etmek, ağrı durumunda başka şeylerle oyalanma tekniğini öğretme; örneğin derin nefes alma ve 100'de geriye doğru sayma gibi -Ergeni ihtiyaç duyduğunda ağrı kesici ilaç istemesi konusunda teşvik etmek
Teşvik	-Kulaklıkla birlikte favori müzik kaseti temin etme -Ödevlerini yapması ve oyalanması için çapraz bulmaca çözmesi yönünde teşvik etme(fazla yorulmaması ve onu hayal kırıklığına uğratmamak için ergenin okul ödevlerini bölmeniz gerekebilir) -Sosyalleşmesini arttırmak için oyun kartları temin edin(eğer yoksa kağıt parçalarından oyun kağıdı yapın)

(Kaynak: Plitteri, A., Child Health Nursing Care of Child and Family, Lippincott, Philadelphia, 1999,320)

3. Ergen Hastanın Durumuna İlişkin Bilgilendirilmesi

Hemşirenin ergen hasta ile ilk görüşmesinden başlayarak kendisine yapılacak ve tedavileri, hastalığını ve hastalığının neden olduğu kısıtlamaları açık ve anlaşılır bir

şekilde anlatması ergenin kendisine önem verildiğini hissetmesine ve özgüveninin artmasına neden olur. Bunun yanında ergen hastaya bilgi verilmesi, hemşire ile ergen arasında güven verici bir ilişki kurulmasında ve bilinmeyen yarattığı kaygının giderilmesinde de etkin bir yaklaşımdır.

4. Ergen Hastanın Akranları ve Ebeveynleri ile İletişiminin Sürdürülmesi

Günümüzde hemşirelik felsefesi tüm hastalar için aile merkezli bakım üzerinde yoğunlaşmıştır. Ebeveynler hasta çocuğun desteklenmesinde önemli bir üstlendiklerinden onları etkileyen baskılar ve gereksinimlerin belirlenmesi, ergen hastaya yönelik hemşirelik yaklaşımlarının önemli bir yönünü oluşturmaktadır.

Hemşire ergen hastanın ebeveynlerini çocuklarının bakımına katılmaları yönünde destekleyerek, ergenin durumuna ilişkin bilgi vererek gerek ergenin gerekse ebeveynlerin duygusal sıkıntıyı daha az yaşamalarını sağlayabilir.

Ergenin kaygısının hafifletilmesine yönelik bir diğer yaklaşım, akranları ile etkileşiminin sürdürülmesidir. Hemşire bunu desteklemelidir. Ebeveynleri ve akranları ile durumuna yönelik tartışabilen ergenin sosyal izolasyonu yaşamaması ve bu nedenle kaygı duyması da engellenebilir (3,7,19,20,27,65).

1.3.6. ÖZ BAKIM İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.3.6.1. Öz Bakım Kuramı

Öz bakım kavramı, Dorothea E. Orem tarafından Genel Hemşirelik Teorisinden geliştirilerek ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Öz bakım, Orem'in kuramının ana kavramlarından biridir. "Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler" olarak açıklanan öz bakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır (36, 47, 56). Orem, öz bakım kavramında kişisel kontrolün önemli olduğunu, öz bakımın bireyin ihtiyaçlarını sürekli olarak tanınması ve karşılanması anlamına geldiğini belirtmektedir. Bireyi kendi bakımında aktif karar veren kişi olarak sorumlu hale getirmenin; yani bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenmesinin öz bakımdaki temel hedef olduğunu ifade etmektedir (6,15,16,34,36,40,55).

Orem hemşireliği, "bir insanın diğer bir insana yardım etmek için yaratıcı bir çabası yada bir yardım hizmeti" olarak nitelendirmiş ve insanın kendi sınırlarını

aşmasının bir yolu olduğunu belirtmiştir. Bu durumda hemşirelik, sağlıkla ilgili günlük bakımlarını uygulamada kısmen yada tümüyle yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlayıcı bir olarak da görülebilir. Hemşirenin; gereksinimi olan bireye yeterince yardımcı olabilmesi ise onun yeteneğine yada gücüne bağlıdır. Hemşirelik gücü, yalnız hemşireler tarafından gerçekleştirilen ve harekete geçirilen bir güçtür. Hemşirelik gücünün amacı ise, terapötik öz bakım gereksinimlerini belirlemede ve karşılamada insanlara yardım etmektir.

Bu amacın üç ögesi vardır:

- 1- Hastanın terapötik öz bakımıyla başatmesinde yardımcı olmak
- 2- Hastanın öz bakım eylemlerinde bağımsızlığını ve sorumluluğunu artıracak biçimde yönlendirilmesine çalışmak
- 3- Uygun hemşirelik denetimi ve danışmanlığı ile hastanın bakımını sağlama ve sürdürmede aile yada diğer önemli kişilere yardımcı olmaktır.

Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı yada bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı, hemşirelik sisteminde aranmalıdır. Hemşirelik sistemi ise, hastanın belli terapötik öz bakım gereksinimleri hasta ve hemşire tarafından gerçekleştirilen, hemşirelik eylemlerinde oluşur (42).

Orem'in öz bakım kuramı hem temel sağlık hizmetleri felsefesi ile hem de hemşirelikte kaliteli bakım sunmak için gerekli olan hemşirelik süreci sistemi ile uyumludur. Bu nedenle çağdaş bir hemşirelik bakım modeli olarak kabul edilmektedir (47).

Kronik hastalıklı ergenlerin bakımındaki temel amaçlardan biri maksimum düzeyde bağımsızlığın sürdürülmesi, ergenin kendi kendine bakımı için mevcut kapasitesini detaylı olarak belirlemektir. Bu nedenle Orem'in öz bakım modeli kronik hastalığı olan ergenin bakımında kullanılabilecek en uygun bakım modeli sayılabilir.

Orem'in hemşirelik kuramının en güçlü yönü çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz bakımı öncül olarak getirmesidir. Hasta kendisinin öz bakım olayına katılır. İnsanlar sağlıklı olduklarında öz bakım önemli bir sorun olmamaktadır. Bireyin ilgisi; ailesi, işi ve özel uğraşlarına yöneliktir. Ancak, sağlığın bozulduğu durumlarda öz bakım, günlük yaşamın en önemli eylemi olabilmektedir (13,14,36,66).

1.3.6.2. Öz Bakımla İlgili Kavramlar

Öz bakım; insan, çevre, kültür ve bireyin sahip olduğu değerlerle ilgili bir kavramdır. Bir çok yazar öz bakımın geniş olarak tanımlamasını yapmaktan çok, kendi özel ilgi alanlarını yansıtan tanımlamaları yapmıştır. Hasta eğitimi, kendi kendine yardım, uyum, savunma ve terapötik anlaşma öz bakımla eş anlamlı olarak kullanılmıştır.

Öz bakım, Orem'e göre; bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Bu erişkinin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır. Hastalıkların oluşumunu önlemek, sağlığı korumak ve yükseltmek için bireyin kendisi tarafından başlatılan bir dizi etkinlik yada aktivite olarak da tarif edilebilir. Aynı şekilde Levin'de, öz bakımı, hastalığın tanı ve tedavisinde sağlığın korunması ve yükseltilmesinde bireyin kendi adına fonksiyon görme süreci olarak tanımlar (41,42,46). Norris; öz bakımın, birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğe izin veren bir süreç olduğunu belirtmektedir. Norris'in öz bakım ifadesi Orem'le benzerlik göstermektedir (36).

Öz bakım, hem uygulama hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylemdir. Öz bakım aşağıdaki öğelerin gerçekleştirilmesine hizmet ettiği sürece tedaviye yöneliktir.

- 1- Yaşamlarla ilgili süreçlerin ve normal işlevlerin desteklenmesi
- 2- Normal büyüme, gelişme olgunlaşmanın sürdürülmesi
- 3- Hastalık ve sakatlık süreçlerinin bakımı, tedavisi ve denetimi
- 4- Yetersizlikten(sakatlık) korunması yada bunun başka şekilde kompanse edilmesi (56).

Öz bakım için gereklilikler ile ilgili varsayımlar aşağıdaki gibidir:

- 1- Öz bakım, bireyin kişiler arası ilişkilerinden, iletişiminden, kültürel ve sosyal deneyimlerinden etkilenir.
- 2- Öz bakım, insanların sorumluluk alabildikleri gönüllü eylemlere dayanır.
- 3- Öz bakım, herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığı ve bakım sürdürülemediği zaman, sağlık olumsuz yönde etkilenir.

4- Öz bakım, başarabilmek için, kişinin eylem yapabilme (aktif katılım) gücünün olması gerekir.

5- Öz bakım, demografik özelliklerden, bireysel özelliklerden, sağlık durumundan, sağlık bakım sistemi faktörlerinden etkilenir.

6- Öz bakım, bireyin eyleme geçmesini sağlayan dikkatli yargılamalara ve olguları incelemeye dayanır. Öz kontrol bu sürecin bir parçasıdır.

7- Öz bakımda birey, “öz bakım ajanıdır” ve bu bakımda aktif olan, eylem yapan kişidir.

8- Öz bakım, doğrudan benlik-kavramı(öz-kavramı) tarafından etkilenir (42,46,56).

1.3.6.3. Öz bakım Gereksinimleri

Orem'in kuramında yer alan Öz bakım gereksinimlerini 3 grupta incelemek olasıdır. Bunlar:

- 1- Evrensel öz bakım gereksinimleri
- 2- Gelişimsel öz bakım gereksinimleri
- 3- Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri

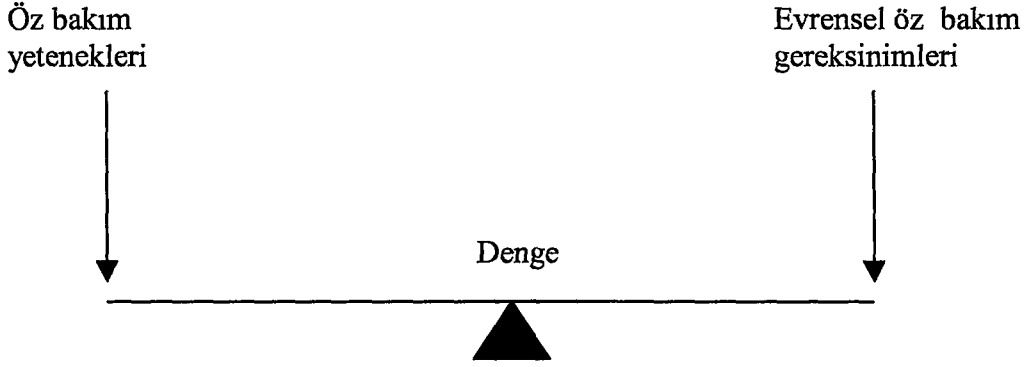
1- Evrensel Öz bakım Gereksinimleri

İnsanın temel istem ve gereksinimlerini kapsayan tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır.

Orem, evrensel öz bakım istem ve eylemlerini aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- 1) Yeterli hava alımının sürdürülmesi
- 2) Yeterli su alımının sürdürülmesi
- 3) Yeterli besin alımının sürdürülmesi
- 4) Boşaltım işlemleri ve salgılarla ilgili bakımın sağlanması
- 5) Aktivite dinlenme arasındaki dengenin sürdürülmesi
- 6) Yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi
- 7) İnsan yaşamı, işlevselliği ve iyilik durumuna karşı risk tehlikelerinin önlenmesi
- 8) Normal olma(Normality). İnsanın gizil gücüne ve normal olma isteğine göre sosyal gruplar işlev görmesi ve bunun geliştirilmesi (11,42,50,56).

Bu gereksinimler, insan yapı ve işlevselliğini sürdürmeye, gelişim ve olgunlaşmasını desteklemeye yönelen eylemlerin çeşitliliğini gösterir. Gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman, öz bakım pozitif sağlığı ve iyiliği destekler (11,12,36,42,56)



Şekil 1: Öz Bakım Gücü ile Öz Bakım Gereksinimleri Arasındaki Denge

(Kaynak: Cavanagh,J.S., Orem's Model in Action, The Macmillan Press Ltd., London, 1991, 30.)

2- Gelişimsel Öz bakım Gereksinimleri

Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen pek çok olay ve koşulların(gebelik, doğum, ebeveyn ve es kaybı gibi) meydana gelmesinden dolayı, bu gereksinimler gelişimsel süreçlere özgü olan evrensel öz bakım gereksinimleri olarak tanımlanır.

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri aynı zamanda insanın gelişmesini etkileyebilecek "eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık yada ölüm tehdidi altında olma vb. gibi durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmasını; bu durumlarla başa çıkabilmek yada en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını da gerektirir (12,56).

3- Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri

Birey, kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman sağlık sapmalarında öz bakımı "yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık yada hastalık olaylarında

gereksinilen" olarak tanımlar. Kişinin fiziksel yapısındaki(ödem, tümör vb.), fiziksel işlev görmesindeki(zor solunum, eklem sinirli hareketi vb.) yada davranış ve günlük yaşam alışkanlıklarındaki belirgin değişiklikler(ruh halinde ani değişimler, yaşama bağlılığın, ilginin kaybı vb.) bazı sorunlara yol açabilir.

Orem'e göre hemşireliğe gereksinim, bireylerin sağlıkları ile ilgili deneyimlerinden doğmaktadır. Sağlıktan sapma durumlarında bireylerin gereksinimleri olan tıbbi bakımı araştırmaları ve bakıma katılmaları, bireylerin öz bakım eylemlerini oluşturur. Eğer sağlık durumlarında sapmaları olan bireyler kendi öz bakım sistemini sürdürmede becerili olurlarsa, kendi, bakımları için ilgili tıbbi bilgiye ve yardıma başvurabilme özelliğini de gösterebileceklerdir; bu durumda araya giren hemşirelik girişimleri, öz bakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı etkinlikleri oluşturacaktır (12). (Şekil- 2)

1.3.6.4. Öz Bakım Gücü

Öz bakım kavramı içinde diğer bir önemli kavram olan öz bakım gücü(self-care agency) sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir. Yani bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir. Öz bakım gücü bireylerde değişen derecelerde az veya çok vardır. Öz bakım gücü zamanla yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel durum, aile ve çevresel etmenler, kaynakların varlığı ve yeterliliği gibi temel durumlar etmenlerin etkisiyle değişir ve gelişir (24,49,58).

Bireyin çevresindeki bazı etmenler öz bakım gücünün gelişimini etkiler. Öz bakım gücünün kullanılabilmesi için bireyin sahip olması gereken bazı özellikleri olmalıdır. Bunlar:

- 1- Bireyin kendine dikkat etme yeteneği
- 2- Güdüleme
- 3- Öz bakım kararlarını verme ve uygulama yeteneği
- 4- Var olan fiziksel enerjinin kullanımını kontrol etme yeteneği
- 5- Beden durusunu kontrol etme yeteneği
- 6- Karar vermeden önce bilinmesi gereken koşulları öz bakım içinde yargılama yeteneği
- 7- Teknik bilgi kazanma, uzmana danışma ve uygulama yeteneği

8- Farklı öz bakım gereksinimlerini karşılarken öncelikleri belirleyebilme yeteneği

9- Öz bakım eylemlerinin sürekliliğini sağlama yeteneği

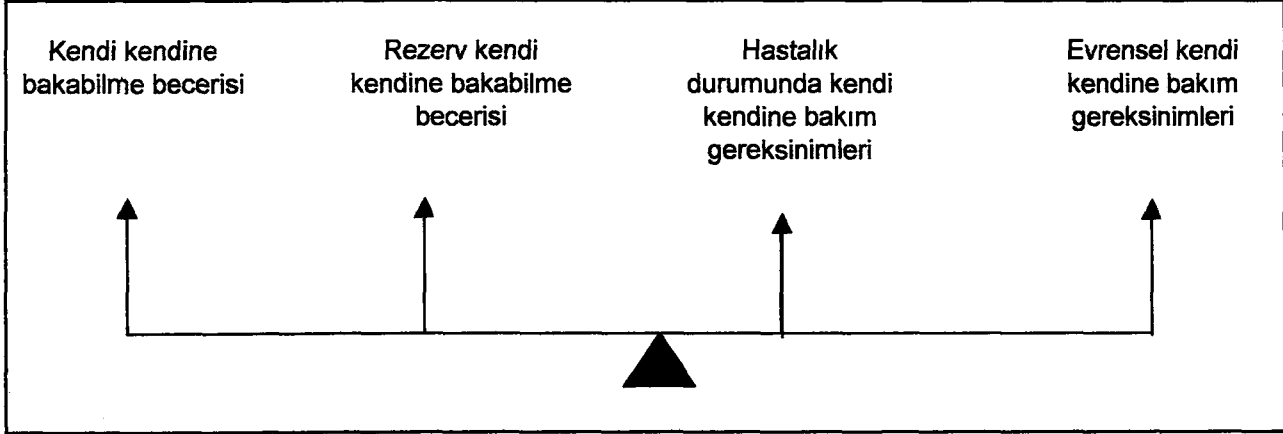
10- Öz bakım gerçekleştirmede kişiler arası iletişim, bilişsel algılama ve yönlendirici becerilere sahip olmayı, içerir.

Birey, bu özelliklere sahip olursa öz bakım gücü yeterli olacak ve başkalarına bağımlı olmayacaktır(46).

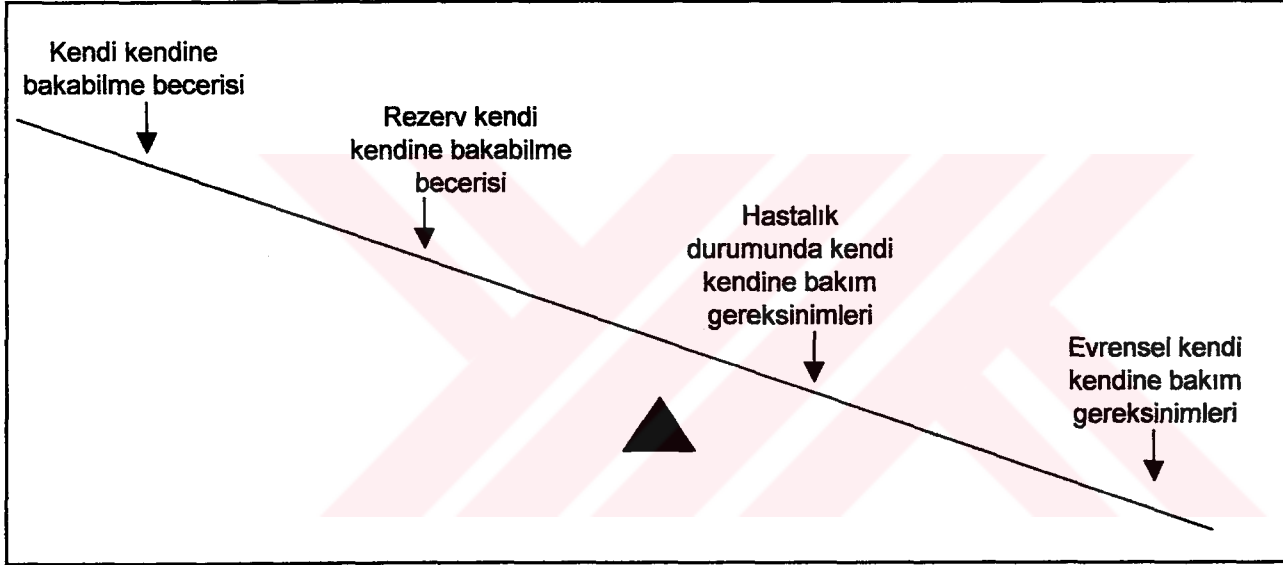


Şekil 2

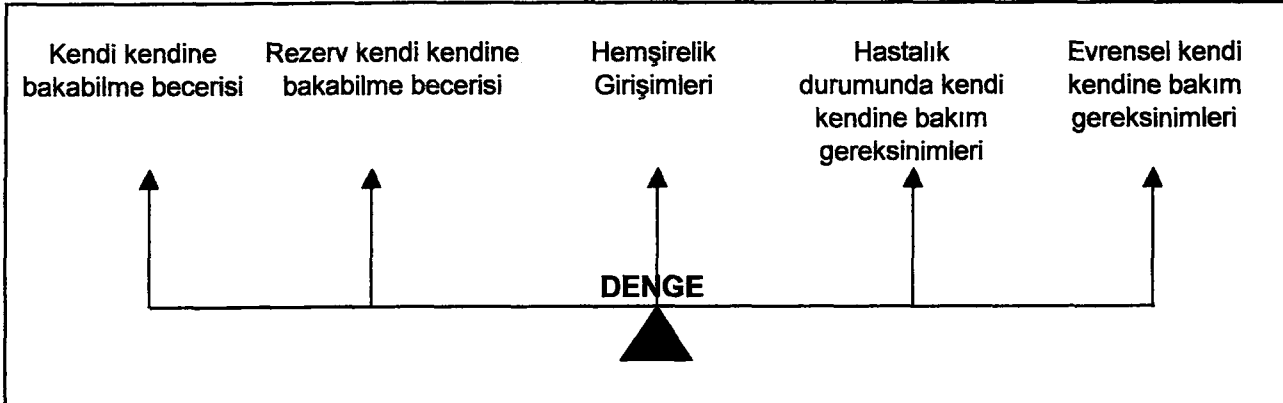
Bir Bireydeki Sağlıktan Sapma Durumlarında Denge



Hemşirelik Girişimi Gerektiren Bir Bireyde Denge



Hemşirelik Girişiminin Yapıldığı Birey



Kaynak: Foster, P.C., (1985), Nursing Theory The Base for Professional Nursing Practice, Second Edition, Newcersy

1.3.6.5. Öz Bakım Yetersizliği yada Açığı (Self-Care Deficit)

Normalde bireyin sahip olduğu öz bakım gücü yeteneği ile öz bakım gereksinimleri arasında bir denge vardır. Eğer gereksinim bireyin beceri yada onu karşılama yeteneğini aşan bir düzeyde ise, o zaman bir dengesizlik oluşur. Bu duruma “öz bakım yetersizliği/açığı(self-care deficit)” denir.

Kişinin sahip olduğu öz bakım yetenekleri, zaman içinde ortaya çıkan ek öz bakım gereksinimlerini karşılamada yeterli ise hemşirelik yardımı gerekli olmayacaktır. Bireylerin öz bakım yetenekleri ile gereksinimleri arasında denge sürdürülemediği, başarısız olduğu zaman hemşirelik girişimlerine gereksinim olacaktır (33,42,47).

1.3.6.6. Öz Bakım Ajanı

Orem'in kuramında insan öz bakım ajanı olarak görülür ve ajan ifadesi "eylemi yapan kişi" anlamında kullanılır. Her birey kendi sağlık bakımı için öz bakım ajanı olmakla beraber bazen bağımlı bireylerin bakımını üstlenen kişiler de öz bakım ajanı rolü oynayabilirler. Örneğin; bebeğin bakımında anne bu rolü oynarken, bağımlı hastaların evde bakımda aile üyelerinden biri öz bakım ajanı rolünü üstlenir. Profesyonel anlamda öz bakım ajanı rolünü ise genellikle hemşire oynar (47).

1.3.6.7. Orem'in Hemşirelik Sistemi

Orem tarafından hemşirelik, "bir insanın diğer bir insana yardım etmek için yaratıcı bir çabası yada bir yardım hizmeti" olarak tanımlanmıştır. Bu durumda hemşirelik, sağlıkla ilgili günlük bakımlarını uygulamada kısmen yada tümüyle yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlamada bir araç olarak görülebilir. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı yada bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik sisteminde aranmalıdır. Hemşirelik sistemleri, hasta, birey ve hemşirelerin birlikte belirledikleri, planladıkları ve yerine getirdikleri aktivitelerin tümüdür. Bakımın derecesi ve güçlüğü, hastanın gereksinimlerine bağlıdır. Hasta yada sağlam bireylerin gereksinimlerinin karşılanması için 3 çeşit hemşirelik sistemi tanımlanmıştır.

1.3.6.7.1 Tümüyle Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi:

Hastanın, öz bakımında hiçbir aktif etkinliğinin olmadığı durumları temsil eder.

Bu sistemde 3 çeşit davranış vardır:

a) Hasta akılsal ve bedensel olarak tümüyle yetersizdir.

b) Hasta bedensel yetersizlik halindedir; fakat çevrede gelişen olayların farkındadır.

c) Hasta psiko-motor yaşam, güvenlik ve etkin işlev görmek için gerekli ihtiyaçları karşılamaya yönelik yetersizdir.

1.3.6.7.2. Kısmen Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi:

Hemşire ve hastanın bakım önerilerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdiği bir durumu temsil eder. Örneğin; yeni ameliyat olmuş bir hasta olabilir. Bu hasta ağız hijyeni, tuvalet veya hareket etmek için daha fazla yardım gereksinir.

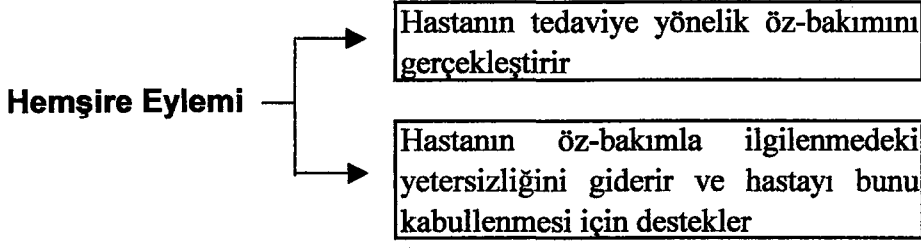
1.3.6.7.3. Destekleyici-Eğitsel İşlev:

Hastanın tedavi edici öz bakım veya öz bakım uygulamalarını nasıl yapacağını öğretir. Bu sistemler içinde sağlanan bakımı;

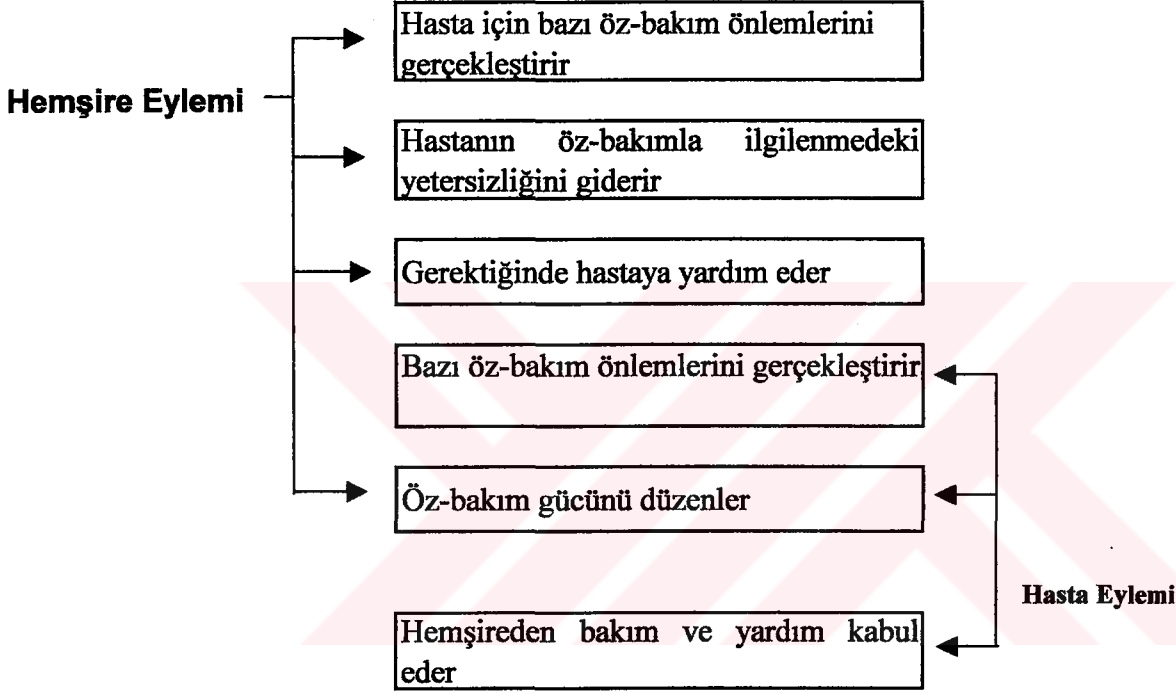
- Destekleme
- Rehberlik etme
- Gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması
- Öğretimi, içerir.

Bu sistemin gelişim bakımından geçiş dönemi yaşayan birey için uygulanabilirliği vardır (42). (Şekil- 3)

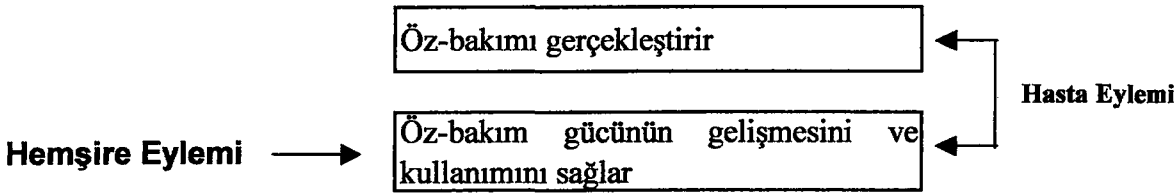
TÜMÜYLE EKSİKLİĞİ GİDERİCİ SİSTEM



KISMEN EKSİKLİĞİ GİDERİCİ SİSTEM



DESTEKLEYİCİ EĞİTSEL SİSTEM



Şekil 3: Temel Hemşirelik Sistemleri

Kaynak: Veliöğlu, P., (1999), Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul

1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Öz bakım; Orem'in temel kavramlarından biridir. "Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır" Hastalıkların oluşumunu önlemek, sağlığı korumak ve yükseltmek için bireyin kendisi tarafından başlatılan bir dizi etkinlik ya da aktivite olarak da tarif edilebilir. Orem yetersizlik ve güçsüzlüğün şiddeti ve niteliğine bakılmaksızın, çoğu hastaların öz bakım potansiyeline sahip olduğunu söyler.

Kronik hastalığı olan ergenin bakımındaki temel amaçlardan biri maksimum düzeyde bağımsızlığın sürdürülmesi, ergenin kendi kendine bakımı için mevcut kapasitesini detaylı olarak belirlemektir. Bu nedenle Orem'in öz bakım modeli kronik hastalığı olan ergenin bakımında kullanılacak en uygun hemşirelik bakım modeli sayılabilir.

Orem'in hemşirelik kuramının en güçlü yönü çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz bakımı öncül olarak getirmesidir. Hasta kendisinin öz bakım olayına katılır. Bununla birlikte olayları algılamayan ya da fiziksel işlevleri yetersiz olan hastalar için bu eksiklikler sistem içinde değerlendirilir ve giderilir.

Kronik hastalığı olan yetişkinlerin çoğu bağımsızlıklarından vazgeçebilirler ve hekime bağımlı olmayı kabul ederler. Fakat kişisel kimlik gelişimi ve fiziksel gelişimi ile mücadele eden ergenlerin bağımlı bir yaşama yönlendirmek oldukça zordur. Bu aşamada hemşirelerin bağımlı/bağımsızlık gereksinimlerini belirlemesi ve ergenin bağımsız fonksiyonlarını desteklemesi önemlidir. Hemşire, hasta ile birlikte davranış planında değişiklikler yapabilmeli, değerlendirme kriterleri oluşturabilmeli ve hemşirelik bakım planını uygulayabilmelidir. Bu girişimler aynı zamanda hemşireye; sonuçlara ilişkin sağlık bakım kaynaklarının da etkisini değerlendirme olanağı verir. Bakım veren hemşirelerin bu işlevleri yerine getirebilmesi için bir çok konuda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu nedenle Kronik hastalığı olan ergenlerin öz bakım güçlerinin belirlenmesi çok büyük önem taşımaktadır (12, 32,46).

1.5. TANIMLAR

Kronik hastalık: Sürekli olan, sakatlık bırakan, geri dönüşü olmayan patolojik değişikliklere neden olan, rehabilitasyon için bireyin özel eğitimini gerektiren ve uzun

sürekli denetim, gözlem ya da bakım ihtiyacını kabullendiren bir ya da birkaç özelliğin normalden saptığı tüm durumlardır (19,20)

Ergenlik: Çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecidir (69).

Öz bakım: Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir (42,46).

Öz bakım gücü: Sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bireyin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerinin bileşimidir (42,45,47).

1.6. HİPOTEZLER

H1: Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin öz- bakım gücü arasında fark vardır.

H2: Astım ve diyabet hastalığı olan ergenlerin öz-bakım gücü arasında fark vardır.

H3: Astım ve hemofili hastalığı olan ergenlerin öz-bakım gücü arasında fark vardır.

H4: Diyabet ve hemofili hastalığı olan ergenlerin öz-bakım gücü arasında fark vardır.

1.7. SINIRLAMALAR

Çalışma kapsamına, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrin, Hematoloji(hemofili), Allerji (Astım) polikliniklerinde ve Hemodiyaliz ünitesinde takip edilen ve aşağıdaki kriterlere uyan kronik hastalıklı ergenler oluşturmuşlardır. Bunlara ek olarak;

- 1- Astım, diabet, hemofili, kronik böbrek yetmezliği tanısıyla izlenmesi,
- 2- Hasta ergenlerin daha önce psikiyatrik tedavi görmemiş olması,
- 3- 15-21 yaş aralığında olması
- 4- Mental retardasyon, otizm, cerebral palsy gibi çocuk üzerinde ek bir kaygı oluşturabilecek gelişimsel bir bozukluğu olmaması gerekmektedir.

5- Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin örneklem sayısı araştırma süresi boyunca tamamlanamadığı için bu grup kısıtlı örneklem olarak alınmış ve ileri analizlerde kullanılmamıştır.

6- Kronik hastalığı olan bazı ergenler ekonomik sorunlar nedeniyle hastaneye kontrole gelememiş, bu yüzden araştırma bu ergenlerin evlerine gidilerek tamamlanmıştır.

7- Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmayı kabul eden ergenlere anket uygulanmıştır.



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, kronik hastalık tanısı ile izlenen (diabet, astım, hemofili, böbrek yetmezliği olan) 15-21 yaş grubundaki ergenlerin öz bakım güçlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı, karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

2.2 ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrin, Hematoloji, Allerji Poliklinikleri ve Hemodiyaliz Ünitesi'nde yürütülmüştür.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.S.Y. Bakanlığına bağlı olarak dağıtık klinikler şeklinde 1955-1956 ders yılında eğitime başlamış, 14 Mart 1972 tarihinde Bornova'daki binasına geçmiş, 17 Ağustos 1972 tarihinde yüksek öğrenim kurumunun kararıyla doğrudan rektörlüğe bağlanıp Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismini almıştır. Halen sağlık hizmetlerini sürdürmektedir.

Hastanede bugün Cerrahi Tıp Bilimleri(13ABD, 5BD), Dahili Tıp Bilimleri(16 ABD, 23 BD), Temel Tıp Bilimleri (10 ABD, 1BD) olmak üzere toplam 1811 yatak kapasitesi ile çalışmaktadır.

Hastane bünyesinde bulunan Pediatrik Allerji Polikliniğinde 2 uzman doktor, 1 hemşire, 1 sağlık teknisyeni, Pediatrik Endokrin Polikliniğinde 1 doçent, 2 uzman doktor, 1 asistan, 1 eğitim hemşiresi, 1 memur bulunmaktadır. Pediatrik Hematoloji Polikliniğinde 1 uzman doktor, 2 hemşire, Hemodiyaliz Ünitesinde 1 Profesör, 1 Doçent, 1 Yrd. Doçent, 1 uzman doktor ve 4 hemşire bulunmaktadır.

Kontrol için hastane polikliniğine gelmeyen ergenler telefonla randevu alınarak evlerinde ziyaret edilmiştir.

2.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; 01-07-2002 / 30-10-2002 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrin, Hematoloji, Allerji Polikliniklerinde ve Hemodiyaliz Ünitesinde izlenen 15-21 yaş kronik hastalığı olan ergenler oluşturmuştur.

2.4 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini; 01-07-2002 / 30-10-2002 tarihleri arasında olasılıksız örneklem yoluyla, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrin, Hematoloji, Allerji polikliniklerinde ve Hemodiyaliz Ünitesinde izlenen 15-21 yaş arasında 30 astım, 30 diyabet, 30 hemofili, 5 kronik böbrek yetmezliği tanısı almış toplam 95 kronik hastalığı olan ergenler oluşturmuştur.

2.5 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler gerekli izinler alındıktan sonra araştırmayı kabul eden ergenlerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Kontrol için hastane polikliniğine gelmeyen ergenler telefonla randevu alınarak evlerinde(Yeşilyurt, Buca, Şemikler, Karşıyaka, Ferahlı, Bornova, Balçova, Gaziemir, Torbalı Tepeköy, Tire, Manisa, Denizli) ziyaret edilmiş ve veriler toplanmıştır.

2.5.1 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen bir sosyo demografik formu (Ek- 1), kronik hasta ergenlerin hastalıklarına ilişkin bilgi formu (Ek- 2) ile Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 3) kullanılmıştır.

“Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin öz-bakım güçlerinin karşılaştırılması” için düzenlenen sosyodemografik veri formu (Ek-1) 19 sorudan oluşmaktadır. Veri formu ergenlerin bazı sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, aile özellikleri, sosyal güvence, alışkanlıkları) saptamak amacıyla kullanılmıştır.

Kronik hastalığı olan ergenlere hastalık özelliklerine göre veri formu sorulmuştur (Ek-2). Astım tanılı ergenlerin hastalıklarına ilişkin bilgi formu 9 sorudan oluşmaktadır. Diyabet tanılı ergenlerin hastalıklarına ilişkin bilgi formu 10 sorudan oluşmaktadır. Hemofili tanılı ergenlerin hastalıklarına ilişkin bilgi formu 9 sorudan oluşmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin hastalıklarına ilişkin bilgi formu 8 sorudan oluşmaktadır.

Öz Bakım Gücü Ölçeği (The Exercise of Self Care Agency Scale) Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. İnsanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini güçlerini belirlemeye yarayan ölçek, 35 ifadeden(madde) oluşmaktadır. Öz bakım kavramı ortaya atıldıktan sonra bu konuda geliştirilen içinde ilk ve en çok kullanılanıdır. Bireylerin görüşleri hemşirelik uygulaması için önemli olduğundan, ölçek bireylerin öz bakım eylemleriyle ilgilenme durumları üzerine odaklanmıştır. Öz Bakım Gücü Ölçeği, sağlıklı ergenlere olduğu kadar akut ve kronik hastalığı olan ergenler için de kullanılabilen, uygulaması kolay, pratik bir ölçektir.

Öz Bakım Gücü Ölçeği'nin dil eşdeğerliği, geçerliği ve güvenilirliği 1993 yılında Nursen Nahçıvan tarafından yapılmıştır. Öz Bakım Gücü Ölçeği dil geçerliği çalışması için araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrildikten sonra, hemşirelikte uzman üç kişi tarafından gözden geçirilmiştir.

En uygun ifadeler seçilerek oluşturulan ölçeğin İngilizce'ye çevirisi bir İngiliz dili uzmanına yaptırılmıştır. Geri çeviri orijinal ölçek ifadeleriyle karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Öz Bakım Gücü Ölçeği'nde 8 maddenin madde toplam puan korelasyonları 0.20'nin altında saptandığı için, "7,11,12,19,22,23,34 ve 35. maddeler" yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Bu ifadeler ölçekten çıkarılarak madde sayısı 43'den 35'e indirgenmiştir. Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyon değeri ise, 35 madde için 0.20'den 0.70'e varan bir çeşitlilikte dağılım göstermiştir. Test-tekrar test korelasyonları 0.80'den 0.90'a kadar varan korelasyon değerleri elde edilmiştir. Ölçeğin alfa değeri 0.92'dir (42).

2.6 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Algılanan kronik hastalığı olan ergenlerin öz bakım gereksinimleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanıları, yaşadığı yer, eğitim durumları, aile yapıları (geniş, çekirdek, ataerkil), alışkanlıkları, sosyal güvenceleri, hastalık özellikleri, egzersiz yapma durumları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.7 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın sonucunda elde edilecek veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar kayıtları yapıldıktan sonra Statistical Package for the Social (SPSS) for windows 10.0 istatistic programında sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Ayrıca veri sonuçları ki-kare ve fisher testi, oneway anova testi, student t testi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (1). Verilerin değerlendirilmesinde, kronik hastalıkların tümü kendi içinde ve her bir hastalık birbiriyle karşılaştırıldı.

2.8. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi gerekli izin alınmıştır. Allerji, Endokrin, Hematoloji Polikliniği ve Hemodiyaliz Ünitesine kontrole gelen ergenlerden sözel olarak onam alınmıştır. Evlerinde ziyaret edilen ergenlerden telefonla randevu alınmıştır.

BÖLÜM III

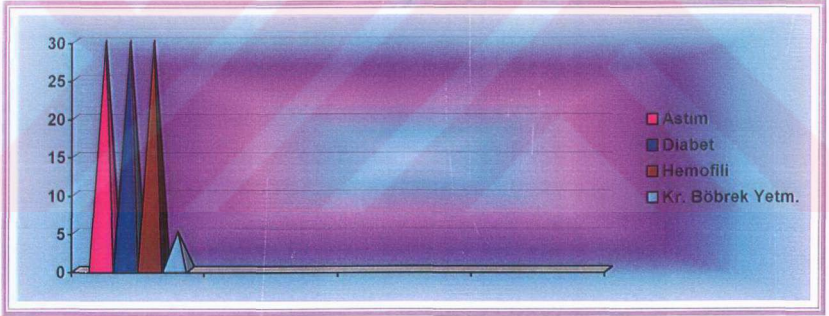
BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan kronik hastalığı olan ergenlerin genel yapısı ve özelliklerine ilişkin bulgular, kronik hastalığı olan ergenlerin hastalık durumlarına göre öz-bakım gücü düzeyleri incelenmiştir.

3.1- KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN TANITICI BİLGİLERİ

3.1.1- Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Genel Yapısı ve Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Grafik 1 : Kronik Hastalıkların Dağılımı



Kronik hastalıkların dağılımına bakıldığında, %31.6'sı astım, %31.6 oranında diyabet, %31.6 hemofili ve %5.2 oranında kronik böbrek yetmezliği olduğu saptanmıştır (Grafik 1).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
BOKÜ MANTASYON MERKEZİ

Tablo 3 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Cinsiyetlerine ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Cinsiyet	Astm		Diyabet		Hemofili		•K.Böb.Yet.		Ortalama
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Kız	10	33.4	14	46.7	0	0	1	20.0	17.31±2.06
Erkek	20	66.6	16	53.3	30	100.0	4	80.0	
Yaş Grubu									
15-16	18	60.0	15	50.0	11	36.7	0	0	
17-18	8	26.7	7	23.4	9	30.0	1	20.0	
19 ve Üzeri	4	3.3	8	26.7	10	33.3	4	80.0	
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0	

* Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış ergenlerin ancak 5 tanesine ulaşılabilmektedir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan astım tanılı ergenlerin %33.4'ü kadın, % 66.6'sı erkektir. Araştırma kapsamına alınan astımlı ergenlerin % 60.0'ı 15-16 yaş grubunda, %26.7'si 17-18 yaş grubunda, %3.3'ü 19 ve üzeri yaş grubundadır.

Araştırma kapsamına alınan diyabet tanılı ergenlerin % 46.7'si kadın, %53.3' ü erkektir. Diyabetli ergenlerin %50.0'si 15-16 yaş grubunda, %23.4'ü 17-18 yaş grubunda, % 26.7'si 19 ve üzeri yaş grubundadır.

Araştırmaya katılan hemofili tanılı ergenlerin, % 100.0 erkektir ve % 36.7'si 15-16, %30.0' 17-18, %33.3'ü 19 ve üzeri yaş grubundadır.

Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış ergenlerin %20.0'si kadın, %80.0'i erkektir. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %20.0'si 17-18 yaş grubunda, % 80.0'i 19 ve üzeri yaş grubundadır. Tüm kronik hastalığı olan ergenlerin yaş ortalaması 17.31±2.06'dır.

Tablo 4 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Okula Gitme Durumuna ve Sınıflarına Göre Dağılımları

Okula Gitme Durumu	Astım		Diyabet		Hemofili		K.Böb.Yet.	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Gidiyor	29	96.7	27	90.0	17	56.7	2	40.0
Gitmiyor	1	3.3	3	10.0	13	43.3	3	60.0
Sınıf								
Gitmiyor	1	3.3	3	10.0	13	43.3	3	60.0
Hazırlık	3	10.0	3	10.0	0	0	0	0
Lise 1	8	26.7	4	13.4	3	10.0	0	0
Lise 2	10	33.3	7	23.3	5	16.7	0	0
Lise 3	3	10.0	7	23.3	5	16.7	0	0
Üniversite	5	16.7	6	20.0	4	13.3	2	40.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0

Astım tanılı ergenlerin % 96.7'si okula devam etmekte, % 3.3'ü okula ara vermişlerdir. Okula devam eden astımlı ergenlerin % 10.0'ı hazırlık, % 26.7'si lise 1. sınıf, % 33.3'ü 2. sınıf, %10.0'ı 3. sınıf % 16.7'si üniversite öğrencisidir.

Araştırma kapsamına alınan diyabet tanılı ergenlerin % 90.0'ı okula devam etmekte, % 10.0'ı okula ara vermiştir. Araştırmaya alınan ve okula devam eden diyabetli ergenlerin %10.0'ı hazırlık, % 13.4'ü lise 1, % 23.3'ü lise 2, %23.3'ü lise 3, %20.0'ı üniversiteye devam etmektedir.

Hemofili tanılı ergenlerin % 56.7'si okula devam etmekte, %43.3'ü okula ara vermişlerdir. Okula devam eden hemofili tanılı ergenlerin %10.0'u lise 1, %16.7'si, lise 2, %16.7'si lise3, %13.3'ü üniversite öğrencisidir.

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin okula devam etme durumuna bakıldığında, % 40.0'ı okula devam etmekte, %60.0'ı okula ara vermiştir. Okula devam edenlerin hepsi üniversite öğrencisidir (Tablo 4).

Tablo 5 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Yerleşim Yerine ve Yaşam Yılına Göre Dağılımları

Yerleşim Yeri	Astım		Diyabet		Hemofili		K.Böb.Yet		Ortalama
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Köy	0	0	3	10.0	4	13.3	0	0	4.30±1.06
İlçe Merkezi	10	33.3	10	33.3	15	50.0	3	60.0	
İl Merkezi	20	66.7	17	56.7	11	36.7	2	40.0	
Yaşam Yılı									
1-3 Yıl	4	13.3	3	10.0	2	6.7	0	0	
4-6 Yıl	6	20.0	5	16.7	4	13.3	0	0	
7-9 Yıl	1	3.4	1	3.3	3	10.0	2	40.0	
10 Yıl Ve Üzeri	19	63.3	21	70.0	21	70.0	3	60.0	
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0	

Astım tanılı ergenlerin % 33.3'ü ilçe merkezinde, %66.7'si il merkezinde, oturmaktadır. Oturdıkları yerlerde yaşam yılı incelendiğinde, %13.3'ü 1-3 yıl, %20.0'si 4-6 yıl, %3.4'ü 7-9 yıl, % 63.3'ü 10 yıl ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Diyabet tanılı ergenlerin % 10.0'u köyde, %33.3'ü ilçe merkezinde, %56.7'si il merkezinde yaşamaktadır. Diyabetli ergenlerin % 10.0'ı 1-3 yıl, %16.7'si 4-6 yıl, %3.3'ü 7-9 yıl % 70.0'ı 10 yıl ve üzerinde buldukları yerde yaşadıkları saptanmıştır.

Hemofili tanılı ergenlerin %13.3'ü köyde, % 50.0'ı ilçe merkezinde, % 36.7'si il merkezinde oturmaktadır. hemofilili ergenlerin % 6.7'sinin 1-3 yıl, %13.3'ünün 4-6 yıl, %10.0'nun 7-9 yıl, % 70.0'ı 10 ve üzerinden beri aynı yerleşim yerinde yaşamaktadırlar.

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin yaşam yerine bakıldığında, % 60.0'ı ilçe merkezinde, % 40.0'ı il merkezinde oturmaktadır ve % 40.0'ı 7-9 yıl, % 60.0'ı 10 yıl ve uzun süredir buldukları yerde yaşamaktadırlar. Tüm kronik hastalığı olan ergenlerin yaşam yılı ortalaması 4.30±1.06'dir (Tablo 5).

Tablo 6 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Oturdukları Evlerinin Özelliklerine Göre Dağılımları

Evin Kime Ait Olduğu	Astım		Diyabet		Hemofili		K.Böb.Yet.	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Kendilerinin	25	83.3	21	70.0	23	76.7	2	40.0
Kira	5	16.7	5	16.7	6	20.0	0	0
Lojman	0	0	4	13.3	0	0	0	0
Yakınlarının	0	0	0	0	1	3.3	3	60.0
Evin Niteliği								
Gecekondu	1	3.3	0	0	2	6.7	0	0
Müstakil	7	23.4	9	30.0	13	43.3	4	80.0
Apartman	22	73.3	21	70.0	15	50.0	1	20.0
Kendine Ait Oda								
Var	29	96.7	23	76.7	21	70.0	4	80.0
Yok	1	3.3	7	23.3	9	30.0	1	20.0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0

Araştırma kapsamına alınan astım tanılı ergenlerin % 83.3'ünün oturdukları ev kendilerine ait, %16.7'sinin kirada oturdukları saptanmıştır. Ev niteliği incelendiğinde, %3.3'ü gecekonduda, %23.4'ü müstakil bir evde, % 73.3'ü apartmanda oturdukları saptanmıştır. Astımlı ergenlerin %97.7'sinin kendine ait odası vardır. % 3.3'ünün odası yoktur.

Diyabet tanılı ergenlerin % 70.0 kendi evlerinde, %16.7'si kirada, %13.3'ü lojmanda oturmaktadır. %30.0'ı müstakil, %70.0'ı apartmanda oturmaktadır. %76.7'sinin kendine ait odası vardır ve %23.3'ünün kendine ait odası yoktur.

Hemofili tanılı ergenlerin ev niteliğine bakıldığında, % 76.7'sinin kendi evleri, %20.0'si kirada, % 3.3'ü yakınlarının evinde kira ödemedi, % 6.7'si gecekonduda, %4.3'ü müstakil bir evde, % 50.0'ı apartmanda oturmaktadır. % 70.0'inin kendine ait odası vardır, % 30.0'nın kendine ait odası yoktur.

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %40.0'ı kendi evlerinde, % 60.0'ı yakınlarının evlerinde, kira ödemedi oturmaktadırlar ve % 80.0'ni müstakil bir evde, % 20.0'ı apartmanda oturmaktadır. % 80.0'ninin kendine ait odası vardır. %20.0'sinin kendine ait odası yoktur (Tablo 6).

Tablo 7 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımları

Sosyal Güvence	Astım		Diyabet		Hemofili		K.Böb.Yet.	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Emekli sandığı	26	86.6	22	73.3	8	26.7	3	60.0
SSK	0	0	2	6.7	11	36.7	2	40.0
Bağ-Kur	2	6.7	4	13.3	6	20.0	0	0
Yeşil Kart	0	0	0	0	2	6.6	0	0
Özel Sağ.Sigorta	0	0	1	3.3	0	0	0	0
Sos.Güv. Yok	2	6.7	1	3.3	3	10.0	0	0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0

Astım tanılı ergenlerin sosyal güvence durumu incelendiğinde, % 86.6 Emekli Sandığı, %6.7 Bağ-Kur, % 6.7'sinin sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Diyabet tanılı ergenlerin, % 73.3 Emekli Sandığı, %6.7 Sosyal Sigortalar Kurumu, %13.3 Bağ-Kur, %3.3 Özel Sağlık Sigortası, % 3.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Hemofili tanılı ergenlerin, % 26.7 Emekli Sandığı, %36.7 Sosyal Sigortalar Kurumu, %20.0 Bağ-Kur, %6.7 Yeşil Kart, % 10.0'unun sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin sosyal güvence durumu incelendiğinde, %60.0'mın Emekli Sandığı, % 40.0'mın Sosyal Sigortalar Kurumunca sağlık giderlerinin karşılandığı görülmektedir. (Tablo 7)

Tablo 8 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Aile Özelliklerine Göre Dağılımları

Aile Tipi	Astım		Diyabet		Hemofili		K.Böb.Yet.		Ortalama
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Çekirdek	28	93.4	27	90.0	21	70.0	3	60.0	3.13±0.66
Geleneksel Geniş Aile	1	3.3	2	6.7	7	23.3	1	20.0	
Parçalanmış	1	3.3	1	3.3	2	6.7	1	20.0	
Ailedeki Kişi Sayısı									
Üç	1	3.3	6	20.0	7	23.3	1	20.0	
Dört	23	76.7	16	53.3	11	36.7	3	60.0	
Beş ve Üzeri	6	20.0	8	26.7	12	40.0	1	20.0	
Kardeş Durumu									
Var	29	96.7	27	90.0	24	80.0	5	100.0	
Yok	1	3.3	3	10.0	6	20.0	0	0	
Kardeş Sayısı									
Kardeş Yok	1	3.3	3	10.0	6	20.0	0	0	1.31±0.99
Bir	24	80.0	20	66.7	15	50.0	3	60.0	
İki	4	13.4	5	16.7	5	16.7	0	0	
Üç	1	3.3	1	3.3	1	3.3	2	40.0	
Dört	0	0	1	3.3	0	0	0	0	
Beş ve Üzeri	0	0	0	0	3	10.0	0	0	
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0	

Astım tanılı ergenlerin aile tipleri incelendiğinde, %93.4'ü çekirdek, %3.3'ü geleneksel geniş aile, %3.3'ü parçalanmış ailedir. Ailedeki kişi sayısına bakıldığında, %3.3 oranında üç kişi, %76.7'si dört kişi, %20.0'si beş ve üzeri kişidir. Astımlı ergenlerin %96.7'si kardeşe sahiptir, %3.3'nün kardeşi yoktur. Kardeşi olanların %80.0'nin bir kardeşi, %13.4'ünün iki kardeşi %3.3'ünün üç kardeşi vardır.

Diyabet tanılı ergenlerin %90'nının çekirdek aile, % 6.7'sinin geleneksel geniş aile, % 3.3'ünün parçalanmış aile olduğu saptanmıştır. Ailedeki kişi sayısına bakıldığında, % 20.0'ı 3 kişi, %53.3'ü 4 kişi, % 26.7'sinin 5 ve üzeri sayıda olduğu saptanmıştır . Araştırmaya katılan diyabet tanılı ergenlerin % 90.0'nının kardeşinin olduğu, % 10.0'nın kardeşinin olmadığı saptanmıştır. Kardeşi olan ergenlerin %66.7'sinin 1 kardeşi, %16.7'sinin 2 kardeşi, %3.3'ünün 3 kardeşi, % 3.3'ünün 4 kardeşi olduğu saptanmıştır.

Hemofili tanılı ergenlerin % 70.0'ı çekirdek aile, % 23.3'ü geleneksel geniş aile, % 6.7'si parçalanmış aile tipindedir. %23.3'ü evde 3 kişi , %36.7'si 4 kişi, % 40.0'ı 5 ve üzeri kişi birlikte yaşamaktadır. Hemofili tanılı ergenlerin %80.0'inin kardeşi vardır. % 20.0'sinin kardeşi yoktur. Kardeşi olan ergenlerin %50.0'si 1 kardeş, %16.7'si 2 kardeş, % 3.3'ü 3 kardeş, % 10.0'ı 5 ve üzeri kardeşe sahiptir.

Araştırma kapsamına alınan kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %60.0'ı çekirdek aile, %20.0'ı geleneksel geniş aile, %20.0'si parçalanmış aile yapısındadır. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin ailedeki kişi sayısı incelenirse, %20.0'si 3 kişi, %60.0'ı 4 kişi, %20.0'si 5 ve üzeri kişidir. Araştırma kapsamına alınan kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin hepsinin kardeşi vardır ve %60.0'ının 1, %40.0'ının 3 kardeşi vardır.

Tüm kronik hastalığı olan ergenlerin ailedeki kişi sayı ortalaması 3.13 ± 0.66 , kardeş sayı ortalaması ise 1.31 ± 0.99 'dur (Tablo 8).

Tablo 9 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Boş Zaman Değerlendirme	Astım		Diyabet		Hemofili		K.Böb.Yet.	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Sos.Kült.Etkinlik	20	66.7	22	73.3	19	63.3	2	40.0
Sportif Etkinlik	5	16.7	5	16.7	7	23.4	0	0
Boş Zamanı Yok	4	13.3	0	0	1	3.3	0	0
Diğer	1	3.3	3	10.0	3	10.0	3	60.0
Alkol Kullanma Durumu								
Kullanıyor	6	20.0	5	16.7	5	16.7	2	40.0
Kullanmıyor	24	80.0	25	83.3	25	83.3	3	60.0
Alkol Kullanma Sıklığı								
Kullanmıyor	24	80.0	25	83.3	25	83.3	3	60.0
Haftada Bir	0	0	2	6.8	1	3.3	0	0
Ayda İki	0	0	1	3.3	0	0	0	0
Ayda Bir	4	13.3	1	3.3	2	6.7	1	20.0
Özel Günlerde	2	6.7	1	3.3	2	6.7	1	20.0
Sigara Kullanma Durumu								
Kullanıyor	0	0	3	10.0	5	16.7	0	0
Kullanmıyor	30	100.0	27	90.0	25	83.3	5	100.0
Günlük Sigara Sayısı								
Kullanmıyor	30	100.0	27	90.0	25	83.3	5	100.0
1-5 Tane	0	0	1	3.3	2	6.7	0	0
6-10 Tane	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0
11-15 Tane	0	0	0	0	0	0	0	0
16 ve Üzeri	0	0	1	3.3	2	6.7	0	0
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	5	100.0

Astım tanısı almış ergenlerin %66.7'si sosyal ve kültürel etkinlik, 16.7'si sportif etkinlik, % 3.3'ü bilgisayar ve ders çalıştığını, %13.3'ü boş zamanının olmadığını söylemiştir. Astımlı ergenlerin %20.0'sinin alkollü içki kullandığı, %20.0'mın alkollü içki kullanmadığı belirlenmiştir. Alkollü içki kullanma sıklığı incelendiğinde, %13.3'ünün ayda bir, % 6.7'sinin özel günlerde kullandığı belirlenmiştir. Araştırmada görüşülen astımlı ergenlerin %100.0'ü sigara kullanmamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan diyabet tanılı ergenlerin %73.3'ü sosyal ve kültürel etkinlik, % 16.7'si sportif etkinlik, %10.0'u diğer (bilgisayar kullanmak ve dantel yapmak) etkinlik yaptıklarını belirtmişlerdir.

Diyabet tanılı ergenlerin alkollü içki kullanma durumları incelendiğinde, %16.7'sinin kullandığı, % 83.4'ünün kullanmadığı saptanmıştır. Alkollü içki kullanma sıklığına bakıldığında, % 6.8'i haftada bir, % 3.3'ü ayda iki kez, % 3.3'ü ayda bir, %3.3'ü sadece özel günlerde kullandıklarını belirtmişlerdir. Diyabet tanılı ergenlerin %10.0'nu sigara kullandığını, %90.0'mı kullanmadığını belirtmişlerdir. Sigara kullananların % 3.3'ü günde 1-5 adet, %3.4'ü 6-10 adet, %3.3'ü 16 ve üstü sigara kullandıklarını belirtmişlerdir.

Hemofili tanılı ergenlerin % 63.3'ü boş zamanlarını sosyal ve kültürel etkinlikle, %23.4'ü sportif etkinlikle, %10.0'u ders çalışarak geçirdiğini, % 3.3'ü boş zamanının olmadığını söylemiştir. Hemofilili ergenlerin % 16.7'sinin alkollü içki kullandığı, %83.3'ünün alkollü içki kullanmadığı saptanmıştır. Alkollü içki kullanma sıklığı araştırıldığında, % 3.3'ü haftada bir, %6.7'si ayda bir, %6.7'si özel günlerde içtiğini belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hemofili tanılı ergenlerin % 16.7'si sigara kullanırken, % 83.3'ü sigara kullanmadığını belirtmişlerdir. Günlük sigara içme sıklığı incelendiğinde, % 6.7'si 1-5 adet, %3.3'si 6-10 adet, %6.7'si 16 ve üstü olduğu saptanmıştır.

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin % 40.0'ının sosyal ve kültürel etkinliğe katıldığı, % 60.0'ının diğer(ders çalıştığı) saptanmıştır. Alkollü içki kullanma durumuna bakıldığında, %40.0'ının kullandığı, % 60.0'ının kullanmadığı görülmüştür. %20.0'si ayda bir, %20.0 'si özel günlerde içki kullanmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği olan ergenlerin sigara kullanmadıkları saptanmıştır(Tablo 9) .

3.1.2- Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

3.1.2.1- Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 10: Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları:

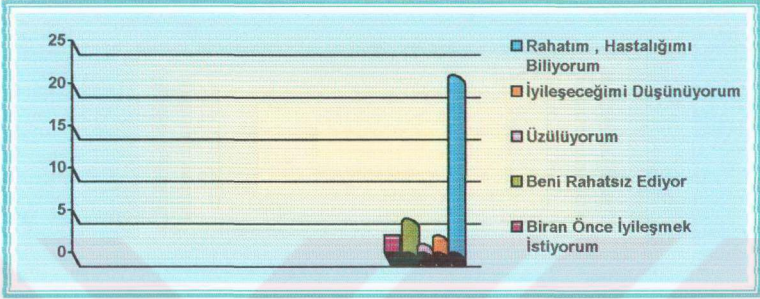
Tanı Yılı Grubu	Sayı	%
0-5 yıl	14	46.7
6-10 yıl	11	36.7
11-15 yıl	4	13.3
16 yıl ve üzeri	1	3.3
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Eğitim aldı	18	60.0
Eğitim Almadı	12	40.0
Astım Kriz Sayısı (bir ay içinde)		
1-2 kez	16	53.3
3-4 kez	3	10.0
5-6 kez	1	3.3
Geçirmiyor	10	33.4
Hastaneye Kontrol Gelme Sıklığı		
Ayda bir	6	20.0
3 ayda bir	1	3.3
6 ayda bir	21	70.0
Kendimi kötü hissedince	2	6.7
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapıyor	10	33.3
Yapmıyor	20	66.7
Yanında Kimlik Bulundurma Durumu		
Bulunduruyor	8	26.7
Bulundurmuyor	22	73.3
Okulda Bilinme Durumu		
Biliniyor	25	86.3
Bilinmiyor	4	13.3
Okula gitmiyor	1	3.3
Toplam	30	100

Tablo 10'da görüldüğü gibi, ergenlerin tanı sürelerine bakıldığında %46.7 0-5 yıl, %36.7 6-10 yıl, %13.3 11-15 yıl, %3.3 16 ve üzeri yıl grubunda olduğu görülmektedir. Ergenlerin %60.0'ı hastalığı ile ilgili eğitimi almış, %40.0'ı almamıştır. Bir ay içinde astım krizi geçirme durumu incelendiğinde, % 53.3'ü 1-2 kez, % 10.0'u 3-4 kez, %3.3'ü

5-6 kez, % 33.4'ü hiç geçirmediğini belirtmişlerdir. Hastaneye kontrole gelme durumları incelendiğinde, %20.0 ayda bir, %3.3 üç ayda bir, %70.0 altı ayda bir, %6.7 kendini kötü hissettiğinde geldiklerini belirtmişlerdir. Astımlı ergenlerin %33.3'ü egzersiz yapmakta, %66.7'si yapmamaktadır. %26.7'sinin yanında hastalığını belirten kimliğin bulunduğu, %73.3'ünde hastalığını belirten kimliğin bulunmadığı saptanmıştır. Okula gidenlerin %86.2'sinin arkadaşları ve öğretmenleri tarafından hastalığının bilindiği, %13.8'inin bilinmediği saptanmıştır.

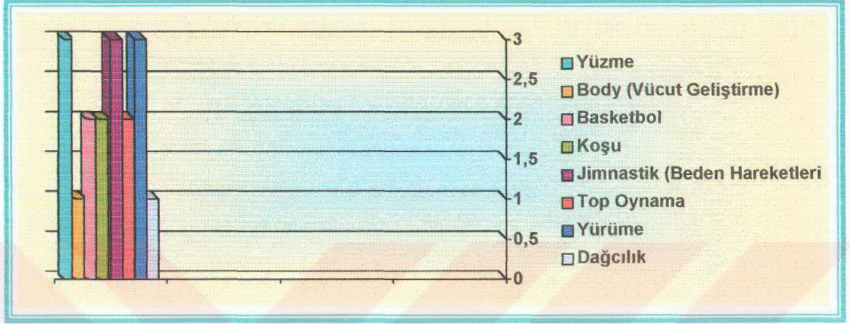


Grafik 2 : Astım Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları



Astım tanılı ergenlerin hastalıklarına ilişkin düşünceleri incelendiğinde, %70.0'ının rahatım, hastalığımı biliyorum; %6.7'sinin iyileşeceğimi düşünüyorum; %3.3'ünün üzülüyorum; %13.3'ünün beni rahatsız ediyor; %6.6'sının bir an önce iyileşmek istiyorum dediği saptanmıştır(Grafik 2).

Grafik 3 : Astım Hastalığı Olan Ergenlerin Egzersiz Türlerine Göre Dağılımları



* Kişiler birden fazla yanıt vermiştir.

Grafik 3’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan astım tanılı ergenlerin egzersiz türleri incelendiğinde, %30.0’inin yüzdüğü, %10.0’inin vücut geliştirdiği, %20.0’inin basketbol oynadığı, %20.0’inin koştuğu, %30.0’inin beden hareketleri yaptığı, %20.0’inin top oynadığı, %30.0’inin yürüdüğü, %10.0’inin dağcılık yaptığı saptanmıştır.

3.1.2.2- Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

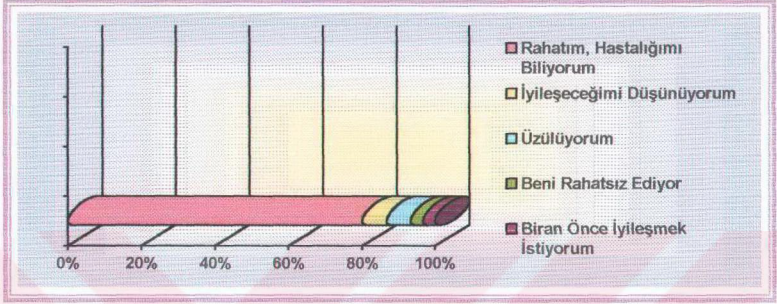
Tablo 11 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanı Yılı Grubu	Sayı	%
0-5 yıl	12	40.0
6-10 yıl	8	26.7
11-15 yıl	10	33.3
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Eğitim aldı	27	90.0
Eğitim Almadı	3	10.0
Düzenli İnsülin Kullanımı		
Kullanıyor	27	90.0
Kullanmıyor	3	10.0
İnsülin Uygulaması		
Kendisi	30	100.0
Hastaneye Kontrol Gelme Sıklığı		
Ayda bir	1	3.3
3 ayda bir	26	86.7
6 ayda bir	2	6.7
Kendimi kötü hissedince	1	3.3
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapıyor	16	53.3
Yapmıyor	14	46.7
Yanımda Kimlik Bulundurma Durumu		
Bulunduruyor	13	43.3
Bulundurmuyor	17	56.7
Okulda Bilinme Durumu		
Biliniyor	25	83.3
Bilinmiyor	2	6.7
Okula gitmiyor	3	10.0
Toplam	30	100

Diyabetli ergenlerin tanı sürelerine bakıldığında %40.0 0-5 yıl, %26.7 6-10 yıl, %33.3 11-15 yıl grubunda olduğu görülmektedir. Diyabet tanılı ergenlerin %90.0'ı hastalıklarıyla ilgili eğitimi almış, %10.0'u almamıştır. Diyabet tanılı ergenlerin % 90.0'ı düzenli olarak insülin kullandığını, % 10.0'u bazen insülinin zamanına dikkat etmediklerini belirtmişlerdir. Ergenlerin % 100.0'ü insülini kendisi yapmaktadır. Hastaneye kontrole gelme durumları incelendiğinde, %3.3 ayda bir, %86.7 üç ayda bir, %6.7 altı ayda bir, %3.3 kendini kötü hissettiği zaman kontrole geldiklerini

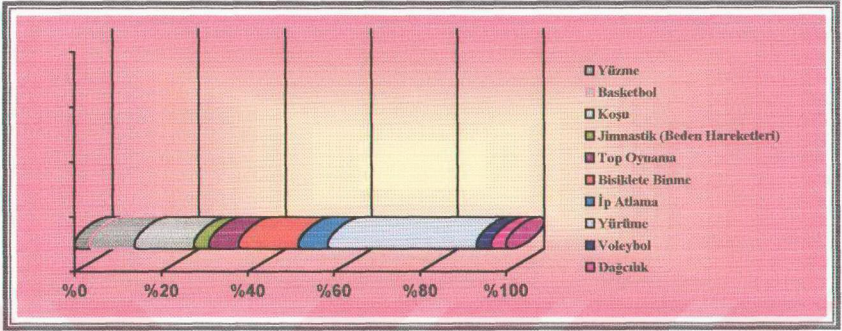
belirtmişlerdir. Ergenlerin %53.3'ü egzersiz yapmakta, %46.7'si yapmamaktadır. %43.3'ünün yanında hastalığını belirten kimliğin bulunduğunu, %56.7'sinde hastalığı ile ilgili kimliğin bulunmadığını belirtmişlerdir. Okula gidenlerin % 92.5'inin arkadaşları ve öğretmenleri tarafından hastalığının bilindiği, %7.5'inin bilinmediği saptanmıştır (Tablo11).

Grafik 4: Diyabet Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalık Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları



Diyabet tanılı ergenlerin hastalıkları ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, %80.0'ının rahatım, hastalığımı biliyorum, %6.7'sinin iyileşeceğimi düşünüyorum, %6.7'sinin üzülüyorum, %3.3'ünün beni rahatsız ediyor, %3.3'ünün bir an önce iyileşmek istiyorum dediği saptanmıştır.

Grafik 5 : Diabet Hastalığı Olan Ergenlerin Egzersiz Türlerine Göre Dağılımları



* Kişiler birden fazla yanıt vermiştir.

Grafik 5’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan diyabet tanımlı ergenlerin egzersiz türleri incelendiğinde, %6.2’si yürüdüğünü, %18.8’i basketbol oynadığını, %25.0’i koştuğunu, %6.2’si beden hareketleri yaptığını, %12.5’i top oynadığını, %25.0’i bisiklet bindiğini, %12.5’i ip atladığını, %62.5’i yürüdüğünü, %6.2’si voleybol oynadığını, %6.2’si dağcılık yaptığını belirtmiştir.

3.1.2.3- Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

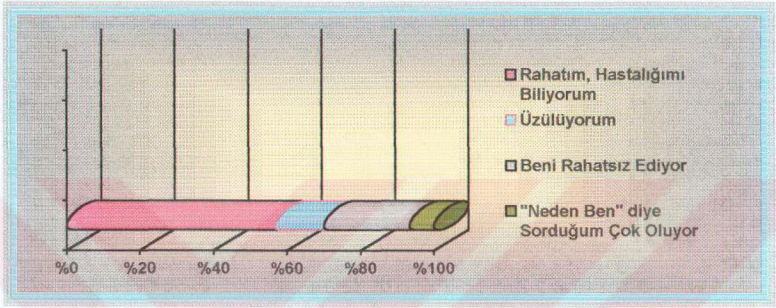
Tablo: 12- Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanı Yıl Grubu	Sayı	%
6-10 yıl	3	10.0
11-15 yıl	8	26.7
16 yıl ve üstü	19	63.3
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Eğitim aldı	20	66.7
Eğitim Almadı	10	33.3
Faktör Eksikliği Tipi		
Faktör VIII	25	83.3
Faktör IX	5	16.7
Hastaneye Kontrolle Gelme Sıklığı		
Ayda bir	6	20.0
3 ayda bir	2	6.7
6 ayda bir	4	13.3
Yılda bir	3	10.0
Kendimi kötü hissedince	15	50.0
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapıyor	9	30.0
yapmıyor	21	70.0
Yanında Kimlik Bulundurma Durumu		
Bulunduruyor	16	53.3
Bulundurmuyor	14	46.7
Okulda Bilinme Durumu		
Biliniyor	12	40.0
Bilinmiyor	5	16.7
Okula gitmiyor	13	43.3
Toplam	30	100.0

Hemofili tanılı ergenlerin tanı sürelerine bakıldığında %10.0 6-10 yıl, %26.7 11-15 yıl, % 63.3 16 yıl ve üzeri tanı grubunda olduğu görülmektedir. Hemofili tanılı ergenlerin %66.7'si hastalığı ile ilgili eğitim almış, %33.3'ü almamıştır. %83.3'ünün faktör VIII, %16.7'sinin faktör IX eksikliği vardır. Hastaneye kontrole gelme durumları incelendiğinde, %20.0 ayda bir, %6.7 üç ayda bir, %13.3 altı ayda bir, %10.0 yılda bir, %50.0'si kendini kötü hissettiği zaman gelmektedir. Hemofili tanılı Ergenlerin %30.0'u egzersiz yapmakta, %70.0'i yapmamaktadır. Hemofilili ergenlerin %53.3'ünün yanında hastalığını belirten kimliğinin bulunduğu, %46.7'sinde hastalığı ile ilgili kimliğinin

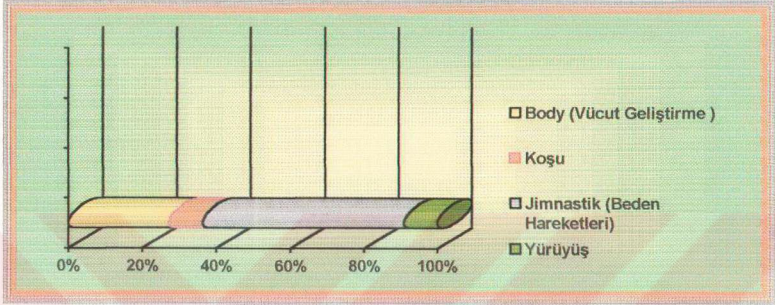
bulunmadığı saptanmıştır. Okula gidenlerin % 70.5'inin arkadaşları ve öğretmenleri tarafından hastalığının bilindiği, %29.5'inin bilinmediği saptanmıştır. (Tablo 12).

Grafik 6 : Hemofili Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları



Hemofili tanılı ergenlerin hastalıkları ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, %56.7'sinin rahatım, hastalığımı biliyorum, %13.3'ünün üzülüyorum, %23.3'ünün beni rahatsız ediyor, %6.7'sinin “neden ben?” diye sorduğum çok oluyor dediği saptanmıştır(Grafik 6).

Grafik 7 : Hemofili Hastalığı Olan Ergenlerin Egzersiz Türlerine Göre Dağılımları



* Kişiler birden fazla yanıt vermiştir.

Grafik 7'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan hemofili tanılı ergenlerin egzersiz türleri incelendiğinde, %33.3'ünün body(vücut geliştirme) yaptığı, %11.1'inin koştuğu, %66.7'sinin beden hareketleri yaptığı, %11.1'inin yürüdüğü saptanmıştır.

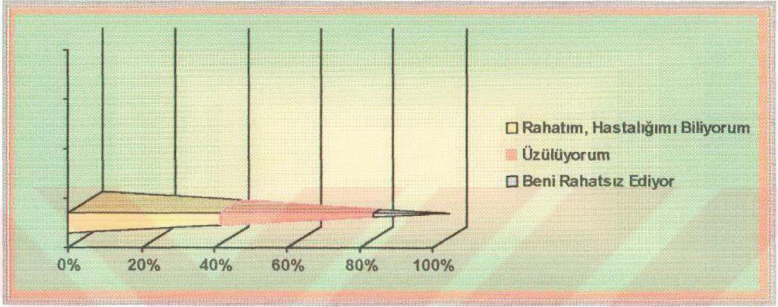
3.1.2.4- Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 13: Kronik Böbrek Yetmezliği Tanılı Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanı Yılı Grubu	Sayı	%
0-5 yıl	2	40.0
6-10 yıl	2	40.0
11-15 yıl	1	20.0
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu		
Eğitim aldı	4	80.0
Eğitim Almadı	1	20.0
Diyet Uygulama		
Uyguluyor	3	60.0
Uygulamıyor	2	40.0
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapıyor	1	20.0
yapmıyor	4	80.0
Yanında Kimlik Bulundurma Durumu		
Bulunduruyor	5	100.0
Okulda Bilinme Durumu		
Biliniyor	1	20.0
Bilinmiyor	1	20.0
Okula gitmiyor	3	60.0
Toplam	30	100

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin tanı sürelerine bakıldığında %40.0 0-5 yıl, %40.0 6-10 yıl, % 20.0 11-15 yıl tanı grubunda olduğu görülmektedir. Ergenlerin %80.0'i hastalığı ile ilgili eğitimi almış, %20.0'si almamıştır. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin % 60.0'nın diyet uyguladığı, %40.0'inin uygulamadığı saptanmıştır. Ergenlerin %20.0'sinin egzersiz yaptığı, %80.0'inin yapmadığı belirlenmiştir. %100.0'ünün yanında hastalığını belirten kimliğin bulunduğu saptanmıştır. Okula gidenlerin % 20.0'inin arkadaşları ve öğretmenleri tarafından hastalığının bilindiği, %20.0'sinin bilinmediği belirlenmiştir(Tablo 13).

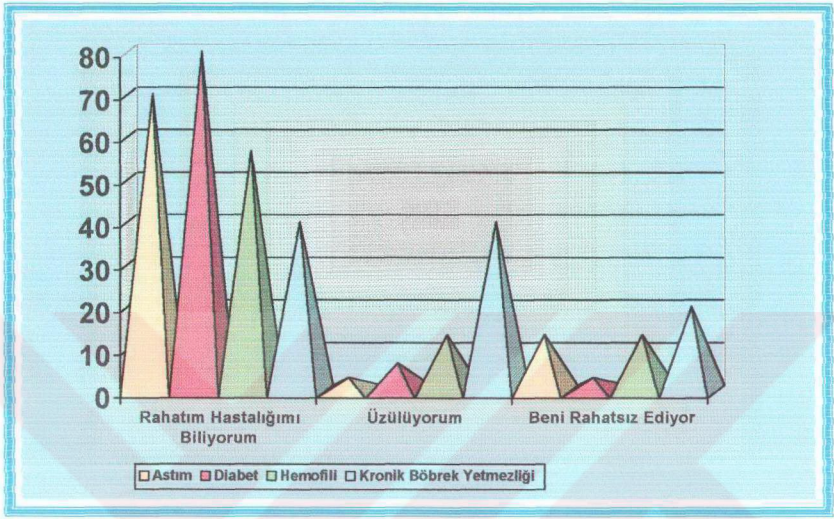
Grafik 8 : Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları



Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin hastalıkları ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, %40.0'ının rahatım, hastalığımlı biliyorum, %40.0'ının üzülüyorum, %20.0'ının beni rahatsız ediyor dediği saptanmıştır(Grafik 8).

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerden sadece birisinin beden hareketleri yaptığı belirlenmiştir.

Grafik 9: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalıkları Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları



Astım tanılı ergenlerin hastalıklarına ilişkin düşünceleri incelendiğinde, %70.0'nın rahatım, hastalığımı biliyorum, % 3.3'ünün üzülüyorum, %13.3'ünün beni rahatsız ediyor, dediği saptanmıştır.

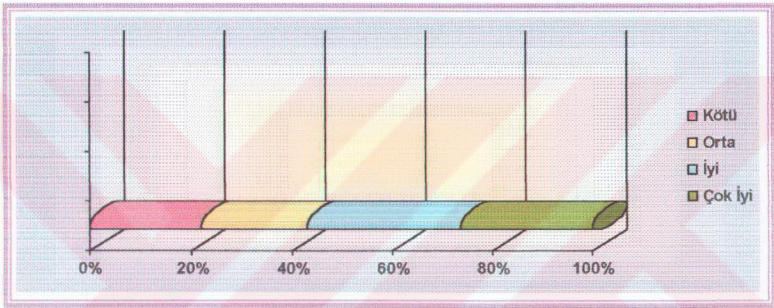
Diyabet tanılı olan ergenlerin hastalıkları ile ilgili düşünceleri incelendiğinde %80.0'nın rahatım, hastalığımı biliyorum, %6.7'sinin üzülüyorum, % 3.3'ünün beni rahatsız ediyor, dediği saptanmıştır.

Hemofili tanılı ergenlerin hastalıkları ile ilgili düşünceleri incelendiğinde %56.7'sinin rahatım, hastalığımı biliyorum, %13.3'ünün üzülüyorum, %23.3'ünün beni rahatsız ediyor, dediği saptanmıştır.

Kronik böbrek yetmezliği olan ergenlerin hastalıkları ile ilgili düşünceleri incelendiğinde %40.0'nın rahatım, hastalığımı biliyorum, %40.0'nın üzülüyorum, %20.0'nın beni rahatsız ediyor , dediği saptanmıştır(Grafik 9).

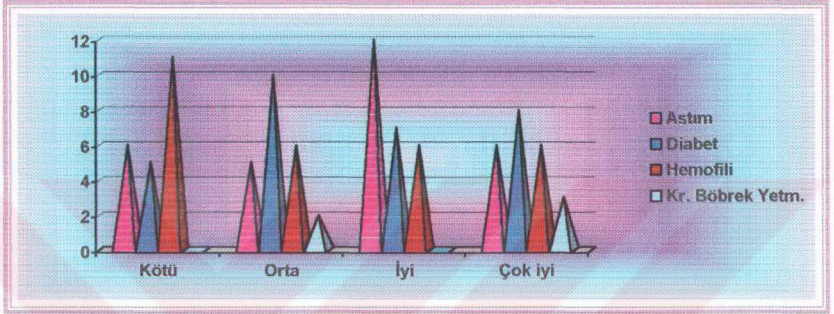
3.2 KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Grafik 10 : Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öz-Bakım Gücü Dağılımı



Kronik hastalığı olan ergenlerin öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında %22.1'inin kötü, %21.1'inin orta, %30.5'inin iyi, %26.3'ünün çok iyi olduğu saptanmıştır(Grafik 10).

Grafik 11 : Hastalıklara Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı



Kronik hastalıklara göre öz-bakım gücü incelendiğinde, astım tanılı çocukların %7.4'ü kötü, %5.3'ü orta, %12.6'sı iyi, %6.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Diyabetik ergenlerin, %5.3'ü kötü, %10.5'i orta, % 7.4'ü iyi, %8.4'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahiptir. Hemofili tanılı ergenlerin %11.6'sı kötü, % 6.3'ü orta, %7.4'ü iyi, %6.3'ü çok iyi öz bakım gücü düzeyine sahiptir. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %2.1'i kötü, %3.2'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahiptir (Grafik 11).

Yapılan ki-kare analiz sonucunda aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. ($\chi^2 = 12.953$ $p > 0.05$)

Yapılan varyans analizi sonucunda, astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması 96.06 ± 16.63 ; diyabet tanılı ergenlerin 98 ± 11.01 ; hemofili tanılı ergenlerin 93.10 ± 14.51 ; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin 105.00 ± 10.48 olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır. ($F = 1.296$ $p > 0.05$)

Tablo 14: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Cinsiyet	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kadın	4	4.2	7	7.4	9	9.5	5	5.3	25	26.3
Erkek	19	20.0	16	16.8	17	17.9	18	18.9	70	73.7
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.3	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin cinsiyetlerine göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, kadın hastaların %4.2'si kötü, %7.4'ü orta, %9.5'i iyi, %5.3 oranında çok iyi düzeyde oldukları saptanmıştır. Erkek hastaların %20.0 oranında kötü, %16.8'i orta, %17.9 iyi ve %18.9 oranında çok iyi düzeydedir (Tablo 14).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda aralarında istatistiksel açıdan bir fark yoktur. ($\chi^2=2.318$ $p>0.05$)

Tablo 15: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Yaş Grubu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
15-16	12	2.6	10	10.5	11	11.6	11	1.6	44	46.3
17-18	8	8.4	6	6.3	8	8.4	3	3.2	25	26.3
19 ve Üzeri	3	3.2	7	7.4	7	7.4	9	9.5	26	26.7
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	7.4	23	4.2	95	100.0

Araştırma kapsamına alınan kronik hastalığı olan ergenlerin yaş grubuna göre öz- bakım gücü düzeyine bakıldığında, 15-16 yaş grubunda %12.6 oranında kötü, %10.5 oranında orta, %11.6 iyi ve %11.6 oranında çok iyi düzeyde oldukları saptanmıştır.

17-18 yaş grubunda %8.4 oranında kötü, %6.3 oranında orta, %8.4 oranında iyi ve %3.2 oranında çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

19 ve üzeri yaş grubunda %3.2 oranında kötü, %7.4 oranında orta düzeyde, %7.4 iyi ve %9.5 oranında çok iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2=6.259$ $p>0.05$)

Tablo 16: Kronik Hastalığı Olanların Okula Gitme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okula Gitme Durumu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Gidiyor	16	16.8	22	23.2	23	24.2	14	14.7	75	78.9
Gitmiyor	7	7.4	1	1.0	3	3.2	9	9.5	20	21.1
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin okula devam durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi değerlendirildiğinde okula devam edenlerin %16.8'si kötü, %23.2'si orta, %24.2'si iyi, %14.7'si çok iyi durumda öz-bakım gücüne sahip olduğu saptanmıştır.

Okula devam etmeyenlerin %7.4'ü kötü, %1.0'ı orta, %3.2'ı iyi, %9.5'ini çok iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. ($\chi^2= 11.018$ $p<0.05$)

Tablo 17: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sınıfına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Sınıf	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Okula Gitmiyor	7	7.4	1	1.1	3	3.2	9	9.5	20	21.1
Hazırlık	2	2.1	2	2.1	0	0	2	2.1	6	6.3
Lise 1	3	3.2	2	2.1	6	6.3	4	4.2	15	15.8
Lise 2	6	6.3	6	6.3	6	6.3	4	4.2	22	23.2
Lise 3	3	3.2	4	4.2	6	6.3	2	2.1	15	15.8
Üniversite	2	2.1	8	8.4	5	5.3	2	2.1	17	17.9
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin okuldaki sınıflarına göre öz-bakım gücü düzeyine incelendiğinde, hazırlıkta bulunanlar %2.1 kötü, % 2.1 orta, % 2.1 çok iyi, lise1 de bulunanlar % 3.2 kötü, % 2.1 orta, % 2.1 çok iyi seviyede olduğu saptanmıştır. Lise 2 de bulunanların %6.3'ü kötü, %6.3'ü orta,% 6.3'ü iyi, % 2.1'i çok iyi, lise 3 de olanların %3.2 kötü, %4.2 orta, % 6.3 iyi, %2.1 iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Üniversiteye devam edenler % 2.1 kötü, % 8.4 orta, %5.3 iyi, %2.1 çok iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda aralarında istatistiksel açıdan bir fark yoktur. ($\chi^2=20.837$ $p>0.05$)

Tablo 18: Kronik Hastalığı Hasta Olan Ergenlerin Ev Niteliğine Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Evin Niteliği	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Gecekondu	2	2.1	1	1.1	0		0		3	3.2
Müstakil	3	3.2	7	7.4	8	8.4	15	15.8	33	34.7
Apartman	18	18.9	15	15.8	18	18.9	8	8.4	59	62.1
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin ev niteliğine göre öz-bakım gücü düzeyi değerlendirildiğinde, gecekonduda oturanların %2.1'i kötü oranda, % 1.1 oranında orta, müstakil bir evde oturanların %3.2'i kötü, %7.4'ü orta, %8.4'ü iyi, %15.8'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Apartmanda oturanların %18.9'i kötü, %15.8'i orta, %18.9'u iyi, %8.4'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. ($\chi^2=17.372p<0.01$)

Tablo 19: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Aile Tipine Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Aile Tipi	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Çekirdek Aile	17	17.9	20	21.0	26	27.4	16	16.8	79	83.1
Geleneksel Aile	4	4.2	2	2.1	0	0	5	5.3	11	11.6
Parçalanmış Aile	2	2.1	1	1.1	0	0	2	2.1	5	5.3
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü düzeyi değerlendirildiğinde, çekirdek aile tipine sahip olanların %17.9'u kötü, %21.0'i orta, %27.4'ü iyi, %16.8'i çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Geleneksel geniş aile tipine sahiplerin %4.2'si kötü, %2.1'i orta, %5.3'ü çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Parçalanmış aile tipine sahip kronik hastaların %2.1'i kötü, %1.1'i orta, %2.1'i çok iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

Yapılan ki-kare testinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır. ($\chi^2=12.749 p>0.05$)

Tablo 20 : Kronik Hastalığı Hasta Olan Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kişi Sayısı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
3 Kişi	2	2.1	7	7.4	2	2.1	4	4.2	15	15.8
4 Kişi	13	13.7	8	8.4	22	23.2	10	10.5	53	55.8
5 ve Üzeri	8	8.4	8	8.4	2	2.1	9	9.5	27	28.4
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin evde yaşayan kişi sayısına göre öz-bakım düzeyi incelendiğinde, üç kişi olanların % 2.1 oranında kötü, % 7.4 oranında orta, %2.1 oranında iyi, %4.2 oranında çok iyi düzeyde öz- bakım gücüne sahip olduğu görülmüştür. Evde 4 kişi yaşanların %13.7'si kötü, %8.4'ü orta, %23.2'si iyi, %10.5'i çok iyi öz-bakım düzeyine sahiptir. Evde beş ve üzeri kişi yaşayanların % 8.4'ü kötü, %8.4'ü orta, %2.1'i iyi, % 9.5' çok iyi öz-bakım düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. ($\chi^2=16.807$ $p<0.01$)

Tablo 21: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kişi Sayısı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Sos.ve Kül. Etkinlik	17	17.9	15	15.8	19	20.0	12	12.6	63	66.3
Sportif Etkinliği	2	2.1	3	3.2	4	4.2	8	8.4	17	17.9
Boş Zamanı Yok	1	1.1	1	1.1	2	2.1	1	1.1	5	5.3
Diğer	3	3.2	4	4.2	1	1.1	2	2.1	10	10.5
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Tablo 21'de görüldüğü gibi sosyal ve kültürel etkinliğe katılan ergenlerin %17.9'u kötü, % 15.8'i orta, % 20.0'ı iyi,%12.6'sı çok iyi öz-bakım gücüne düzeyine sahiptir. Sportif etkinliğe katılanların % 2.1'i kötü, % 3.2'si orta, % 4.2'si iyi, % 8.4'ü çok iyi, boş zamanım yok diyenlerin % 2.1 kötü, %1.1 orta, %2.1 iyi, % 1,1 çok iyi seviyede,

zamanını örgü örmek, bilgisayarla uğraşmakvb. diyenler % 3.2 kötü, % 4.2 orta, % 1.1 iyi, % 2.1 çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 8.970$ $p>0.05$)

Tablo 22: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Alkollü İçki Kullanma Durumu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
İçiyor	7	7.4	5	5.3	4	4.2	6	6.3	22	23.2
İçmiyor	16	16.8	18	18.9	22	23.2	17	17.9	73	76.8
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin alkollü içki kullanma durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, alkollü içki kullananlar %7.4 oranında kötü, %5.3 oranında orta, %4.2'i iyi, %6.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Alkollü içki kullanmayanların %16.8'i kötü, %18.9'u orta, %23.2'i iyi, %17.9'u çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. (Tablo 22).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 1.704$ $p>0.05$)

Tablo 23: Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Sigara Kullanma Durumu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
İçiyor	4	4.2	1	1.1	2	2.1	1	1.1	8	8.4
İçmiyor	19	20.0	22	23.2	24	25.3	22	23.2	87	91.6
Toplam	23	24.2	23	24.2	26	27.4	23	24.2	95	100.0

Kronik hastalığı olan ergenlerin sigara kullanma durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, sigara kullananların %4.2'i kötü, %1.1'i orta, %2.1'i iyi, %1.1'i çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Sigara kullanmayanların %20.0'i kötü, %23.2'i orta, %25.3'u iyi, %23.2'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo23).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2=3.407$ $p>0.05$).

3.2.1- Astım Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ile Öz- Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 24: Astım Tanılı Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kız	2	6.7	2	6.7	5	16.7	1	3.3	10	33.3
Erkek	5	16.7	3	10.0	7	23.3	5	16.7	20	66.7
Toplam	7	23.3	5	16.7	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Astım tanılı kız ergenlerin %6.7'si kötü, %6.7'si orta, %16.7'si iyi, %3.3'ü çok iyi öz-bakım gücüne, erkeklerin %16.7'si kötü, %10.0'ı orta, %23.3'ü iyi, %16.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. (Tablo 24).

Yapılan ki-kare analiz sonucunda istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. ($\chi^2=1.296$ $p>0.05$)

Yapılan varyans analizi sonucunda astımlı ergenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması kızlarda 94.60 ± 16.65 ; erkeklerde 94.80 ± 17.01 olduğu saptanmıştır. Öz-bakım gücü ile cinsiyet arasında bir ilişki belirlenmemiştir. ($F=0.113$ $p>0.05$)

Tablo 25 : Astım Tanılı Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Yaş Grubu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
15-16	3	10.0	2	6.7	7	23.3	6	20.0	18	33.3
17-18	3	10.0	2	6.7	3	10.0	0	0	8	26.7
19 ve Üzeri	1	3.3	1	3.3	2	6.7	0	0	4	13.3
Toplam	7	23.3	5	16.7	12	40.0	6	20.0	30	100.0

15-16 yaş grubunda bulunan astım tanılı ergenlerin %10.0'ı kötü, %6.7'si orta, %23.3'ü iyi, %20.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 17-18 yaş grubunda %10.0'ı kötü, %6.7'si orta, %10.0'ı iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 19 ve üzeri yaş grubunda %3.3'ü kötü, %3.3'ü orta, %6.7'si iyi öz-bakım gücü düzeyine sahiptir (Tablo 25).

Yapılan ki-kare aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. ($\chi^2= 5.987$ $p>0.05$)

Tablo 26 : Astım Tanılı Ergenlerin Okula Gitme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okula Gitme Durumu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Gidiyor	7	23.3	5	16.7	11	36.7	6	20.0	29	96.7
Gitmiyor	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3
Toplam	7	23.3	5	16.7	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Okula devam eden astımlıların %23.3'ü kötü, %16.7'si orta, %36.7'si iyi, %20.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Okula devam etmeyenlerin %100'ü iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 1.552$ $p>0.05$)

Tablo 27 : Astım Tanılı Ergenlerin Sınıf Durumlarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Sınıf	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Düzeyi						
	N	X	S				
-Okula Gitmiyor	1	104.00	-	Gruplararası	1	1456	291
-Hazırlık	3	79.00	26.85	Grupiçi	28	6571	273
-Lise 1	8	96.00	19.19	Genel	29	8027	
-Lise2	10	102.60	14.47				
-Lise3	3	90.66	9.60				
-Üniversite	5	95.00	10.95				
F= 1.064 p>0.05							

Astım tanılı ergenlerin buldukları sınıfa göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, okula gitmeyenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması 104.00, hazırlıkta bulunanların 79.00, lise 1’de olanların ise 96.00, lise 2’de olanların 102.60, lise 3’de bulunanların 90.66, üniversitede okuyanların 95.00 olarak saptanmıştır (Tablo 27). Astım tanılı ergenlerin sınıf durumlarına göre istatistiksel açıdan çok anlamlı bir fark yoktur. (F=1.064 p>0.05)

Tablo 28: Astım Tanılı Ergenlerin Evin Niteliğine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Evin Niteliği	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Düzeyi						
	N	X	S				
-Gecekondu	1	95.00	-	Gruplararası	2	1338	669
-Müstakil	7	108.14	11.32	Grupiçi	27	6689	247
-Apartman	22	92.27	16.79	Genel	29	8027	
F= 2.702 p>0.05							

Tablo 28'de görüldüğü gibi, gecekonduda oturanların öz-bakım gücü puan ortalaması 95.00, müstakil bir evde oturanların 108.14, apartmanda oturanların 92.27 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($F= 2.702$ $p>0.05$)

Tablo 29: Astım Tanılı Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Sosyal Güvence	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Emekli Sandığı	26	94.57	17.19	Gruplararası	2	435	217
-Bağ-Kur	2	106.50	2.12	Grupiçi	27	7592	281
-Sos. Güv. Yok	2	105.00	14.14	Genel	29	8027	
$F= 0.773$ $p>0.05$							

Astım tanılı ergenlerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, emekli sandığı öz-bakım gücü puan ortalaması 94.57, Bağ-Kur 106.50, sosyal güvencesi olmayanların 105.00 bulunmuştur (Tablo 29).

Sosyal güvence durumuna göre istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. ($F=0.773$ $p>0.05$)

Tablo 30: Astım Tanılı Ergenlerin Aile Tiplerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Aile Tipi	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Düzeyi						
	N	X	S				
-Çekirdek aile	28	97.78	14.68	Gruplararası	2	2209	1104
-Geleneksel- geniş aile	1	94.00	-	Grupiçi	27	5818	215
-Parçalanmış aile	1	50.00	-	Genel	29	8027	
						F= 5.125	p<0.01

Astım tanılı ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, çekirdek aileye sahip olanların öz-bakım gücü puan ortalaması 97.78, geleneksel geniş ailesi olanların 94.00, parçalanmış aileye sahip olanların ise 50.0 bulunmuştur (Tablo 30).

Aile tipine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. (F=5.125 p<0.01)

Tablo 31: Astım Tanılı Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kişi Sayısı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
3 Kişi	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3
4 Kişi	6	20.0	2	6.7	12	40.0	3	10.0	23	76.7
5 ve Üzeri	1	3.3	3	10.0	0	0	2	6.7	6	20.0
Toplam	7	23.3	5	16.7	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, 3 kişi olanların %3.3'ü çok iyi durumda, 4 kişi olanların %20.0'ı kötü, %6.7'si orta, %40.0'ı iyi, %10.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 5 ve daha fazla kişi

yaşayanların %3.3'ü kötü, %10.0'ı orta, %6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 31).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı fark yoktur. ($\chi^2= 13.408$ $p>0.05$)

Tablo 32: Astım Tanılı Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Boş Zamanlarını Değerlendirme	Öz-bakım Gücü Düzeyi			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Sosyal ve Kültürel Etkinlik	20	91.90	17.05	Gruplararası	3	1789	596
-Sportif Etkinlik	5	111.00	12.42	Grupiçi	26	6238	239
-Boş Zaman Yok	4	101.75	5.56	Genel	29	8027	
-Diğer	1	82.00	-		-		F= 2.486 $p>0.05$

Astım tanılı ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, Sosyal ve Kültürel etkinliğin öz-bakım gücü puan ortalaması 91.90, Sportif Etkinliğin 111.00, Boş Zamanı olmayanların 101.75, diğer (bilgisayar oynamak, dantel yapmak...) puan ortalaması ise 82.00 bulunmuştur (Tablo32).

Boş zaman aktivitelerine göre istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. (F= 2.486 $p>0.05$)

Tablo 33: Astım Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Alkol Kullanma Durumu	Öz-bakım Gücü Düzeyi			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Kullanıyor	6	79.00	20.57	Gruplararası	1	2184	2184
-Kullanmıyor	24	100.33	12.73	Grupiçi	28	5843	208
				Genel	29	8027	
						F= 10.468 p<0.01	

Tablo 33’de görüldüğü gibi, alkollü içki kullananların öz-bakım gücü puan ortalaması 79.00, kullanmayanların ise 100.33 bulunmuştur . İstatistiksel açıdan çok önemli fark vardır. (F= 10.468 p<0.01)

Tablo 34: Astım Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Sıklığına Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Alkol Kullanma Sıklığı	Öz-bakım Gücü Düzeyi			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Ayda Bir	4	90.00	13.73	Gruplararası	2	3636	1818
-Özel Günlerde	2	57.00	9.89	Grupiçi	27	4391	162
-Kullanmıyor	24	100.33	12.73	Genel	29	8027	
						F= 11.180 p<0.01	

Tablo 34’de görüldüğü gibi, ayda bir alkollü içki kullananların öz-bakım gücü puan ortalaması 90.00, özel günlerde kullananların 57.0, kullanmayanların ise 100.33 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan çok önemli fark vardır. (F= 11.180 p<0.01)

3.2.2- Diyabet Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ile Öz- Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 35 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kız	2	6.7	5	16.7	4	13.3	3	10.0	14	46.7
Erkek	3	10.0	5	16.7	3	10.0	5	16.7	16	53.3
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Diyabet tanılı ergenlerin cinsiyetlerine göre öz-bakım gücü incelendiğinde, kızların %6.7'si kötü, %16.7'si orta, %13.3'ü iyi, %10.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir . Diyabet tanılı erkeklerin %10.0'ı kötü, %16.7'si orta, %10.0'ı iyi, %16.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahiptir (Tablo 35).

Yapılan ki-kare analiz sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2=0.713$ $p>0.05$)

Yapılan varyans analizi sonucunda diyabetli ergenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları kızlarda 97.85 ± 12.40 ; erkeklerde 98.12 ± 10.05 olarak belirlenmiştir. Diyabetli ergenlerde öz-bakım gücü ile cinsiyet analizi sonucunda bir ilişki saptanamamıştır. ($F=0.004$ $p> 0.05$)

Tablo 36 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Yaş Grubu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
15-16	5	16.7	3	10.0	3	10.0	4	13.3	15	50.0
17-18	0	0	4	13.3	1	3.3	2	6.7	7	23.3
19 ve Üzeri	0	0	3	10.0	3	10.0	2	6.7	8	26.7
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

15-16 yaş grubunda bulunan diyabet tanılı ergenlerin %16.7'si kötü, %10.0'ı orta, %10.0'ı iyi, %13.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 17-18 yaş grubunda %13.3ü orta, %3.3'ü iyi, %6.7.'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 19 ve üzeri yaş grubunda %10.0'ı orta, %10.0'ı iyi, %6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 36).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. ($\chi^2=0.234$ $p>0.05$)

Tablo 37 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Okula Gitme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okula Gitme Durumu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Gidiyor	5	16.7	10	33.3	7	23.3	5	16.7	27	90.0
Gitmiyor	0	0	0	0	0	0	3	10.0	3	10.0
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Ergenlerin okula devam etme durumu incelendiğinde, devam edenlerin %16.7'si kötü, %33.3'ü orta, %23.3'ü iyi, %16.7'si çok iyi düzeydedir. Okula devam

etmeyenlerin %10.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 37).

Okula devam etme durumuna göre istatistiksel açıdan önemli bir fark vardır. ($\chi^2=9.167$ $p<0.05$)

Tablo 38 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Sınıf Durumlarına Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımları

Sınıf	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Okula Gitmiyor	3	111.66	4.16	Gruplararası	5	1000	200
-Hazırlık	3	101.33	9.45	Grupiçi	24	2517	104
-Lise 1	4	89.00	18.05	Genel	29	3518	
-Lise2	7	95.28	12.75				
-Lise3	7	99.71	7.04				
-Üniversite	6	96.66	3.26			F= 1.908	p>0.05

Diyabet tanılı ergenlerin buldukları sınıfa göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, okula gitmeyenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları 111.66, hazırlıkta bulunanların 101.33, lise 1'de olanların ise 89.00, lise 2'de olanların 95.28, lise 3'de bulunanların 99.71, üniversitede okuyanların 96.66 olarak saptanmıştır (Tablo 38). Diyabet tanılı ergenlerin sınıf durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. (F=1.908 $p>0.05$)

Tablo 39: Diyabet Tanılı Ergenlerin Evin Niteliğine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Evin Niteliği	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Düzeyi						
	N	X	S				
-Müstakil	9	102.88	7.55	Gruplararası	1	307	307
-Apartman	21	95.90	11.73	Grupiçi	28	3210	114
				Genel	29	3518	
F= 2.680 p>0.05							

Tablo 39’da görüldüğü gibi, müstakil bir evde oturanların öz-bakım gücü puan ortalaması 102.88, apartmanda oturanların 95.90 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. (F= 2.680 p>0.05)

Tablo 40: Diyabet Tanılı Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Sosyal Güvence	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Düzeyi						
	N	X	S				
-Emekli Sandığı	22	95.04	10.96	Gruplararası	4	846	211
-SSK	2	106.00	1.41	Grupiçi	25	2671	106
-Bağ-Kur	4	108.50	6.95	Genel	29	3518	
-Özel Sağlık Sigort.	1	96.00	-				
-Sos. Güv. Yok	1	107.00	-				
F= 1.979 p>0.05							

Diyabet tanılı ergenlerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, emekli sandığı öz-bakım gücü puan ortalaması 95.04, SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) 106.00, Bağ-Kur 108.50, özel sağlık sigortası olanların 96.00, sosyal güvencesi olmayanların 107.00 bulunmuştur (Tablo 40).

Sosyal güvencenin durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. (F=1.979 p>0.05)

Tablo 41: Diyabet Tanılı Ergenlerin Aile Tiplerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Aile Tipi	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Çekirdek aile	23	97.39	10.94	Gruplararası	3	375	125
-Geleneksel-geniş aile	2	111.00	5.65	Grupiçi	26	3142	120
-Parçalanmış aile	1	96.00	-	Genel	29	3518	-
F= 1.036 p>0.05							

Diyabet tanılı ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, çekirdek aileye sahip olanların öz-bakım gücü puan ortalaması 97.39, geleneksel geniş ailesi olanların 111.00, parçalanmış aileye sahip olanların ise 96.00 bulunmuştur (Tablo 41).

Aile tipine göre istatistiksel açıdan çok önemli bir fark bulunamamıştır (F=1.036 p>0.05).

Tablo 42 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kişi Sayısı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
3 Kişi	1	3.3	4	13.3	0	0	1	3.3	6	20.0
4 Kişi	3	10.0	4	13.3	6	20.0	3	10.0	16	53.3
5 ve Üzeri	1	3.3	2	6.7	1	3.3	4	13.3	8	26.7
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Diyabet tanılı ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, 3 kişi olanların %3.3'ü kötü, %13.3'ü orta, %3.3'ü çok iyi durumda, 4 kişi olanların %10.0'ı kötü, %6.7'si orta, %20.0'ı iyi, %10.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 5 ve daha fazla kişi yaşayanların %3.3'ü kötü, %6.7'si orta, %3.3'ü iyi, %13.3'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 42).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı fark bulunamamıştır. ($\chi^2= 8.038$ p>0.05)

Tablo 43: Diyabet Tanılı Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Boş Zamanların Değerlendirme	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Sosyal ve Kültürel Etkinlik	22	97.54	11.41	Gruplararası	2	225	112
-Sportif Etkinlik	5	103.20	11.67	Grupiçi	27	3292	121
-Diğer	3	92.66	2.30	Genel	29	3518	
					F= 0.923 p>0.05		

Diyabet tanılı ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, Sosyal ve Kültürel etkinliğin öz-bakım gücü puan ortalaması 97.54, Sportif Etkinliğin 103.20, diğer (bilgisayar oynamak, dantel yapmak...) puan ortalaması ise 92.66 bulunmuştur (Tablo 43).

Boş zaman aktivitelerine göre istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. (F=0.923 p>0.05)

Tablo 44: Diyabet Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Alkol Kullanma Durumu	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Kullanıyor	2	100.40	9.12	Gruplararası	1	34	34
-Kullanmıyor	25	97.52	11.45	Grupiçi	28	3483	124
				Genel	29	3518	
					F= 0.278 p>0.05		

Tablo 44’de görüldüğü gibi, içki kullananların öz-bakım gücü puan ortalaması 100.40, kullanmayanların ise 97.52 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan çok önemli fark yoktur. (F= 0.278 p>0.05)

Tablo 45: Diyabet Tanılı Ergenlerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Sigara Kullanma Durumu	Öz-bakım Gücü Düzeyi			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Kullanıyor	3	99.66	7.50	Gruplararası	1	9	9
-Kullanmıyor	27	97.81	11.42	Grupiçi	28	3508	125
				Genel	29	3518	
							F= 0.074 p>0.05

Tablo 45’de görüldüğü gibi, sigara kullananların öz-bakım gücü puan ortalaması 99.66, kullanmayanların 97.81 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. (F= 0.074 p>0.05)

3.2.3- Hemofili Tanılı Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri ile Öz- Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 46: Hemofili Tanılı Ergenlerin Yaş Grubuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Yaş Grubu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
15-16	4	13.3	5	16.7	1	3.3	1	3.3	11	36.7
17-18	5	16.7	0	0	4	13.3	0	0	9	30.0
19 ve Üzeri	2	6.7	1	3.3	2	6.7	5	16.7	10	33.3
Toplam	11	36.7	6	20.0	7	23.3	6	20.0	30	100.0

15-16 yaş grubunda bulunan hemofili tanılı ergenlerin %13.3'ü kötü, %16.7'si orta, %3.3'ü iyi, %3.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir . 17-18 yaş grubunda %16.7'si kötü, %13.3'ü iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 19 ve üzeri yaş grubunda %6.7'si kötü, %3.3'ü orta, %6.7'si iyi, %16.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahiptir (Tablo 46).

Yapılan ki-kare analizinde aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark vardır. ($\chi^2= 17.175$ $p<0.01$)

Tablo 47 : Hemofili Tanılı Ergenlerin Okula Gitme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okula Gitme Durumu	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Gidiyor	5	13.3	6	20.0	5	16.7	2	6.7	17	56.7
Gitmiyor	7	23.3	0	0	2	6.7	4	13.3	13	43.3
Toplam	11	36.7	6	20.0	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Hemofili tanılı ergenlerin okula devam etme durumlarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, okula gidenlerin %13.3'ü kötü, %20.0'ı orta, %16.7'si iyi, %6.7'si çok iyi öz-bakım gücüne sahiptir. Okula devam etmeyenlerin %23.3'ü kötü, %6.7'si iyi, %13.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 47).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan önemli fark vardır. ($\chi^2= 9.386$ $p<0.05$)

Tablo 48: Hemofili Tanılı Ergenlerin Sınıf Durumlarına Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımları

Sınıf	Öz-bakım Gücü		Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X S				
-Okula Gitmiyor	13	92.61 17.29	Gruplararası	4	318	79
-Lise 1	3	102.00 4.58	Grupiçi	25	5790	231
-Lise2	5	89.20 6.18				
-Lise3	5	93.40 13.03	Genel	29	6108	
-Üniversite	4	92.50 21.01				
F= 0.344 p>0.05						

Hemofili tanılı ergenlerin buldukları sınıfa göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, okula gitmeyenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları 92.61, lise 1’de olanların ise 102.00, lise 2’de olanların 89.20, lise 3’de bulunanların 93.40, üniversitede okuyanların 92.50 olarak saptanmıştır (Tablo 48). Hemofili tanılı ergenlerin sınıf durumlarına göre istatistiksel açıdan çok önemli bir fark yoktur. (F=0.344 p>0.05)

Tablo 49: Hemofili Tanılı Ergenlerin Oturdukları Evin Niteliğine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Evin Niteliği	Öz-bakım Gücü		Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X S				
-Gecekondu	2	68.50 3.53	Gruplararası	2	1882	941
-Müstakil	13	99.76 11.57	Grupiçi	27	4226	156
-Apartman	15	90.60 13.64	Genel	29	6108	
F= 6.012 p<0.01						

Tablo 49’da görüldüğü gibi, gecekondu oturanların puan ortalaması 68.50 müstakil bir evde oturanların öz-bakım gücü puan ortalaması 99.76, apartmanda

oturanların 90.60 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan çok önemli bir fark vardır (F= 6.012 p<0.01).

Tablo 50: Hemofili Tanılı Ergenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Sosyal Güvence	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Emekli Sandığı	8	97.50	9.88	Gruplararası	4	1670	417
-SSK	11	88.90	16.71	Grupiçi	25	4438	177
-Bağ-Kur	6	103.16	7.96	Genel	29	6108	
-Yeşil Kart	2	75.00	12.72				
-Sosyal Güv.Yok	3	88.66	15.50				

F= 2.352 p>0.05

Diabet tanılı ergenlerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, emekli sandığı öz-bakım gücü puan ortalaması 97.50, SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) 88.90, Bağ-Kur 103.16, yeşil kartı olanların 75.00, sosyal güvencesi olmayanların 88.66 bulunmuştur (Tablo 50).

Sosyal güvence durumuna göre istatistiksel açıdan bir fark yoktur. (F=2.352 p>0.05)

Tablo 51: Hemofili Tanılı Ergenlerin Aile Tiplerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Aile Tipi	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Çekirdek aile	21	94.38	13.92	Gruplararası	2	419	209
-Geleneksel-geniş aile	7	87.00	15.93	Grupiçi	27	5688	210
-Parçalanmış aile	2	101.00	16.97	Genel	29	6108	
						F= 0.996	p>0.05

Hemofili tanılı ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, çekirdek aileye sahip olanların öz-bakım gücü puan ortalaması 94.38, geleneksel geniş ailesi olanların 87.00, parçalanmış aileye sahip olanların ise 101.00 bulunmuştur (Tablo 51).

Aile tipine göre istatistiksel açıdan çok önemli bir fark yoktur. (F= 0.996 p>0.05)

Tablo 52 : Hemofili Tanılı Ergenlerin Ailede Yaşayan Kişi Sayısına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kişi Sayısı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
3 Kişi	1	3.3	3	10.0	2	6.7	1	3.3	7	23.3
4 Kişi	4	13.3	1	3.3	4	13.3	2	6.7	11	36.7
5 ve Üzeri	6	20.0	2	6.7	1	3.3	3	10.0	12	40.0
Toplam	11	36.7	6	20.0	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Hemofili tanılı ergenlerin ailelerindeki kişi sayısına göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, 3 kişi olanların %3.3'ü kötü, %10.0'ı orta, %6.7'si iyi, %3.3'ü çok iyi, 4 kişi olanların %13.3'ü kötü, %3.3'ü orta, %13.3'ü iyi, %6.7'si çok iyi seviyede, ailelerinde 5 ve daha üzeri kişi yaşayanların %20.0'ı kötü, %6.7'si orta %3.3'ü iyi, %10.0'ı çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 52).

Ailede yaşayan kişi sayısına göre yapılan ki-kare analizinde anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır. ($\chi^2= 6.411$ $p>0.05$)

Tablo 53: Hemofili Tanılı Ergenlerin Boş Zamanlarını Değerlendirmelerine Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Boş Zamanlarını Değerlendirme	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Düze yi	N	X				
-Sosyal ve Kültürel Etkinlik	19	93.21	13.91	Gruplararası	3	1023	341
-Sportif Etkinlik	7	98.71	14.95	Grupiçi	26	5085	195
-Boş Zaman Yok	1	66.00	-				
-Diğer	3	88.33	11.37	Genel	29	6108	
					F= 1.74 $p>0.05$		

Astım tanılı ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, Sosyal ve Kültürel etkinliğin öz-bakım gücü puan ortalaması 93.21, Sportif Etkinliğin 98.71, Boş Zamanı olmayanların 66.00, diğer (bilgisayar oynamak, dantel yapmak...) puan ortalaması ise 88.33 bulunmuştur (Tablo53).

Boş zaman aktivitelerine göre istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. (F= 1.740 $p>0.05$)

Tablo 54: Hemofili Tanılı Ergenlerin Alkollü İçki Kullanma Durumuna Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Alkol Kullanma Durumu	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Kullanıyor	9	97.00	17.04	Gruplararası	1	195	195
-Kullanmıyor	21	91.42	13.39	Grupiçi	28	5913	211
				Genel	29	6108	
							F= 0.926 p>0.05

Tablo 54'de görüldüğü gibi, alkollü içki kullananların öz-bakım gücü puan ortalaması 97.00, kullanmayanların ise 91.42 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan fark yoktur. (F= 0.92 p>0.05)

Tablo 55: Hemofili Tanılı Ergenlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Sigara Kullanma Durumu	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Kullanıyor	5	83.40	11.78	Gruplararası	1	564	564
-Kullanmıyor	25	95.04	14.41	Grupiçi	28	5544	198
				Genel	29	6108	
							F= 2.851 p>0.05

Tablo 55'de görüldüğü gibi, sigara kullananların öz-bakım gücü puan ortalaması 83.40, kullanmayanların ise 95.04 bulunmuştur. İstatistiksel açıdan fark yoktur. (F=2.851 p>0.05)

3.3- KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

3.3.1- Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Tablo 56: Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Tanı Yılına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastalık Yılı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1-5 yıl	5	16.7	3	10.0	2	7.6	4	13.3	14	46.7
6-10 yıl	0		3	10.0	6	20.0	2	6.7	11	36.7
11-15 yıl	1	3.3	0		4	13.3	0		5	16.6
Toplam	6	20.0	6	20.0	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Astım tanılı ergenlerin tanı yıllarına göre öz-bakım gücü incelendiğinde, hastalık yılı 1-5 yıl olanların %16.7'si kötü, %10.0'u orta, %7.6'sı iyi, %13.3'ü çok iyi düzeydedir. 6-10 yıl olanların, %10.0'u orta, %20.0'si iyi, %6.7'si çok iyi durumdadır. 11-15 yıl astım tanılı ergenlerin %3.3'ü kötü, %13.3'ü iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 56).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2=12.037$ $p>0.05$)

Tablo 57 : Astım Tanılı Ergenlerin Hastalık Eğitimi Almalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastalık Eğitimi	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Eğitim alan	3	10.0	2	6.7	10	33.3	3	10.0	18	60.0
Eğitim Almayan	3	10.0	4	13.3	2	6.7	3	10.0	12	40.0
Toplam	6	20.0	6	20.0	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Araştırma kapsamına alınan astım tanılı ergenlerin hastalık eğitimi almalarına göre öz-bakım gücü düzeyi gücü incelendiğinde, eğitim alanların %10.0'u kötü, %6.7'si orta, %33.3'ü iyi, %10.0'i çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim almayanların %10.0'u kötü, %13.3'ü orta, %6.7'si iyi, %10.0'u çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 57) .

Yapılan ki-kare analizinin sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 5.000$ $p>0.05$).

Yapılan varyans analizinde, astıma ilişkin eğitim alanların öz-bakım gücü puan ortalaması 97.61 ± 15.3 , eğitim almayanların 93.75 ± 19.13 olarak belirlenmiştir. Astım tanılı ergenlerin hastalık eğitimi alma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. ($F=0.379$ $p> 0.05$)

Tablo 58: Astım Tanılı Ergenlerin Hastaneye Kontrole Gelme Zamanlarına Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Kontrole Gelme	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Ayda Bir	6	94.16	18.72	Gruplararası	3	907	302
-3 Ayda Bir	1	105.00	-	Grupiçi	26	7120	273
-6 Ayda Bir	21	98.00	13.98	Genel	29	8027	
-Kendini Hissedince	Kötü 2	77.00	38.18				
					F= 1.104 $p>0.05$		

Astım tanılı ergenlerin hastaneye kontrole gelme zamanlarına göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, ayda bir gelenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması 94.16, üç ayda bir gelenlerin 105.00, altı ayda bir gelenlerin 98.00, kendini kötü hissedince gelenlerin puan ortalaması ise 77.00 bulunmuştur (Tablo 58).

Kontrole gelme zamanına göre istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. ($F= 1.104$ $p>0.05$)

Tablo 59 : Astım Tanılı Ergenlerin Egzersiz Yapmalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Egzersiz Yapma Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Yapıyor	1	3.3	1	3.3	5	16.7	3	10.0	10	33.3
Yapmıyor	5	16.7	5	16.7	7	23.3	3	10.0	20	66.7
Toplam	6	20.0	6	20.0	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Ergenlerin egzersiz yapma durumlarına göre Öz- bakım gücü düzeyi değerlendirildiğinde, egzersiz yapanların %3.3'ü kötü, % 3.3'ü orta, % 16.7'si iyi, % 10.0'u çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Yapmayanların % 16.7'si kötü, %16.7'si orta, % 23.3'ü iyi, %10.0'u çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 59).

Yapılan ki-kare analizinde aralarında anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 2.625$ $p>0.05$)

Tablo 60 : Astım Tanılı Ergenlerin Hastalığını Belirten Kimlik Bulundurmalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kimlik Bulundurma Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Bulunduruyor	1	3.3	2	6.7	4	13.3	1	3.3	8	26.7
Bulundurmuyor	5	16.7	4	13.3	8	26.7	5	16.7	22	73.3
Toplam	6	20.0	6	20.0	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Astım tanılı ergenlerin kimlik bulundurmalarına göre öz- bakım düzeyi incelendiğinde, kimlik bulunduranların %3.3'ü kötü, % 6.7'si orta, % 13.3'ü iyi, %3.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Kimlik bulundurmayanların % 16.7'si kötü, % 13.3'ü orta, %26.7'si iyi, % 16.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 1.023$ $p>0.05$)

Tablo 61: Astım Tanılı Ergenlerin Hastalığının Okulda Bilinme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okulda Bilinme Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Biliniyor	5	16.7	5	16.7	9	30.0	6	20.0	25	83.3
Bilinmiyor	1	3.3	1	3.3	3	3.3	0		5	16.7
Toplam	6	20.0	6	20.0	12	40.0	6	20.0	30	100.0

Ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumlarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, hastalığı bilinenlerin %16.7'si kötü, % 16.7'si orta, %30.0'u iyi, %20.0'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hastalığı bilinmeyenlerin % 3.3'ü kötü, %3.3'ü orta, %3.3'ü iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 61).

Yapılan ki-kare analizinde anlamlı fark yoktur. ($\chi^2= 1.800$ $p>0.05$)

3.3.2- Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Tablo 62 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Tanı Yılına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastalık Yılı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1-5 yıl	3	10.0	2	6.7	1	3.3	6	20.0	12	40.0
6-10 yıl	1	3.3	4	13.3	2	6.7	1	3.3	8	26.7
11-15 yıl	1	3.3	4	13.3	4	13.3	1	3.3	10	33.3
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Araştırma kapsamına alınan diyabet tanılı ergenlerin tanı yıllarına göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, tanıları 1-5 yıl olanların %10.0 oranında kötü, %6.7 orta,

%3.3 iyi, %20.0 çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 6-10 yıl olanlar, %3.3 oranında kötü, %13.3 orta, %6.7 iyi, %3.3 çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 11-15 yıl olanların %3.3 oranında kötü, %13.3 orta, %13.3 iyi, %3.3 çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 62).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 9.101$ $p>0.05$)

Tablo 63 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalık Eğitimi Almalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastalık Eğitimi	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Eğitim alan	4	13.4	10	33.3	7	23.3	6	20.0	27	90.0
Eğitim Almayan	1	3.3	0		0		2	6.7	3	10.0
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Araştırma kapsamına alınan diyabet tanılı ergenlerin hastalık eğitimi almalarına göre öz-bakım gücü incelendiğinde, eğitim alanların %13.4'ü kötü, %33.3'ü orta, %23.3'ü iyi, %20.0'sinin çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hastalık eğitimi almayanların %3.3'ü kötü, %6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 63).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 4.444$ $p>0.05$)

Yapılan varyans analizinde, diyabete ilişkin eğitim alanların öz-bakım gücü puan ortalaması 97.33 ± 10.37 , eğitim almayanların 104.00 ± 17.34 olarak belirlenmiştir. Diyabet tanılı ergenlerin hastalık eğitimi alma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. ($F=0.989$ $p> 0.05$)

Tablo 64 : Diyabet Tanılı Ergenlerin İnsülin Kullanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

İnsülin Kullanma	Öz-Bakım Gücü Düzeyi								Toplam	
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kullanıyor	3	10.0	10	33.4	7	23.3	7	23.3	27	90.0
Kullanmıyor	2	6.7	0		0		1	3.4	3	10.0
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Diyabet tanılı ergenlerin insülin kullanma durumuna göre öz-bakım gücü değerlendirilmesi incelendiğinde, insülin kullananların %10.0'u kötü, % 33.4'ü orta, %23.3'ü iyi, % 23.3'ü çok iyi derecede öz-bakım gücüne sahiptir. Kullanmayanların %6.7'si kötü, % 3.4'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo64).

Yapılan ki-kare analiz sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. ($\chi^2=8.944$ $p<0.05$)

Tablo 65: Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastaneye Kontrole Gelme Zamanlarına Göre Öz-bakım Gücü Puanlarının Dağılımları

Kontrole Gelme	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
	-Ayda Bir	1	113.00				
-3 Ayda Bir	26	96.96	10.35	Grupiçi	26	2922	112
-6 Ayda Bir	2	95.00	15.55	Genel	29	3518	
-Kendini Hissedince	Kötü	1	116.00	-			
					F= 1.764 $p>0.05$		

Diyabet tanılı ergenlerin hastaneye kontrole gelme zamanlarına göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, ayda bir gelenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması

113.00, üç ayda bir gelenlerin 96.96, altı ayda bir gelenlerin 95.00, kendini kötü hissedince gelenlerin puan ortalaması ise 116.00 bulunmuştur (Tablo 65).

Hastaneye kontrole gelme zamanına göre istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur. (F= 1.764 p>0.05)

Tablo 66 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Egzersiz Yapmalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Egzersiz Yapma Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Yapıyor	0		3	10.0	5	16.7	8	26.7	16	53.3
Yapmıyor	5	16.7	7	23.3	2	6.7	0		14	46.7
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Ergenlerin egzersiz yapmalarına göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, egzersiz yapanların %10.0 orta, %16.7 iyi, %26.7 çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapmayanların %16.7'si kötü, %23.3'si orta, %6.7'si iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 66).

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. ($\chi^2= 15.823$ p<0.01)

Tablo 67: Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalığını Belirten Kimlik Bulundurmalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kimlik Bulundurma Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Bulunduruyor	1	3.3	4	13.3	2	6.7	6	20.0	13	43.3
Bulundurmuyor	4	13.3	6	20.0	5	16.7	2	6.7	17	56.7
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Diyabet tanılı ergenlerin kimlik taşıma durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, kimlik taşıyanların %3.3'ü kötü, %13.2'si orta, %6.7'si iyi, %20.0'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir Kimlik taşımayanların %13.3'ü

kötü, %20.0'ü orta, %16.7'si iyi, %6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 67).

Yapılan ki-kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan bir fark yoktur. ($\chi^2= 5.042$ $p>0.05$).

Tablo 68 : Diyabet Tanılı Ergenlerin Hastalığının Okulda Bilinme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okulda Bilinme Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Biliniyor	3	10.0	10	33.3	7	23.3	6	20.0	26	86.6
Bilinmiyor	2	6.7	0		0		2	6.7	4	13.4
Toplam	5	16.7	10	33.3	7	23.3	8	26.7	30	100.0

Diyabet tanılı ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumuna göre öz-bakım gücü değerlendirildiğinde, okulda hastalığın bilinenler %10.0 oranında kötü, %33.3'u orta, %23.3'ü iyi, %20.0'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hastalığı bilinmeyenlerin %6.7'si kötü, %6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 68).

Yapılan ki-kare analizinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 9.810$ $p>0.05$)

3.3.3- Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Tablo 69 : Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Tanı Yılına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastalık Tanı Yılı	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
11-15 yıl	2	6.7	1	3.3	5	16.6	2	6.7	10	33.3
16 ve üstü yıl	8	26.6	6	20.0	2	6.7	4	13.3	20	66.6
Toplam	10	33.3	7	23.3	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Tablo 69’da görüldüğü gibi hemofili tanılı ergenlerin hastalık tanı yılına göre öz-bakım gücü düzeyi değerlendirildiğinde, 11-15 yıl arasında tanı almış ergenlerin %6.7’si kötü, %3.3’ü orta, %16.6’sı iyi, %6.7’si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. 16 ve üstü yıl arasında tanı yılına sahip ergenlerin %26.6’sı kötü, %20.0’si orta, %6.7’si iyi, %13.3’ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($\chi^2= 0.134$ $p>0.05$).

Tablo 70: Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalık Eğitimi Almalarına Göre Öz-Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastalık Eğitimi	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Eğitim alan	5	16.7	4	13.3	6	20.0	5	16.7	20	66.7
Eğitim Almayan	5	16.7	3	10.0	1	3.3	1	3.3	10	33.3
Toplam	10	33.3	7	23.3	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Hemofili tanılı ergenlerin hastalıklarıyla ilgili eğitim alma durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi değerlendirildiğinde, eğitim alanların % 16.7’si kötü, %13.3’si orta, %20.0’i iyi, % 16.7’si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir öz-

bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim almayanların % 16.7'si kötü, %10.0'u orta, %3.3'ü iyi, % 3.3'ü çok iyi düzeyde öz-bakım gücüne sahiptir (Tablo 70).

Yapılan ki-kare analizinde fark yoktur. ($\chi^2 = 3.429$ $p > 0.05$)

Yapılan varyans analizinde, hemofiliye ilişkin eğitim alanların öz-bakım gücü puan ortalaması 95.55 ± 14.72 , eğitim almayanların 88.20 ± 13.44 olarak belirlenmiştir. Hemofili tanılı ergenlerin hastalık eğitimi alma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. ($F = 1.754$ $p > 0.05$)

Tablo 71: Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastaneye Kontrole Gelme Zamanlarına Göre Öz- Bakım Gücü Puan Dağılımları

Kontrole Gelme	Öz-bakım Gücü			Varyasyon Kaynağı	Serb. Der.	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	N	X	S				
-Ayda Bir	6	102.66	3.14	Gruplararası	4	2171	542
-3 Ayda Bir	2	84.50	31.81	Grupiçi	25	3937	157
-6 Ayda Bir	4	100.25	5.73	Genel	29	6108	
-Yılda Bir	3	106.00	8.88				
-Kendini Hissedince	Kötü 15	85.93	13.67				
					F= 3.446 p<0.05		

Diabet tanılı ergenlerin hastaneye kontrole gelme zamanlarına göre öz-bakım gücü puan dağılımlarına bakıldığında, ayda bir gelenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması 102.66, üç ayda bir gelenlerin 84.50, altı ayda bir gelenlerin 100.25, yılda bir gelenlerin 106.00, kendini kötü hissedince gelenlerin puan ortalaması ise 85.93 bulunmuştur (Tablo 71).

Hastaneye gelmeye göre istatistiksel açıdan önemli bir fark vardır. ($F = 3.446$ $p < 0.05$)

Tablo 72: Hemofili Tanılı Ergenlerin Egzersiz Yapmalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Egzersiz Yapma Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Yapıyor	0		1	3.3	4	13.3	4	13.3	9	30.0
Yapmıyor	10	33.3	6	20.0	3	10.0	2	6.7	21	70.0
Toplam	10	33.3	7	23.3	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Hemofili tanılı ergenlerin egzersiz yapmalarına göre öz-bakım gücü düzeyi değerlendirildiğine, egzersiz yapanların % 3.3'ü orta, % 13.3'ü iyi, % 13.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Yapmayanların % 33.3'u kötü, % 20.0'si orta, % 10.0'u iyi, % 6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 72).

Yapılan ki-kare analizinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. ($\chi^2=11.406$ $p<0.01$)

Tablo 73: Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalığını Belirten Kimlik Bulundurmalarına Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Kimlik Bulundurma Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Bulunduruyor	3	10.0	5	16.7	6	20.0	2	6.7	16	53.3
Bulundurmuyor	7	23.3	2	6.7	1	3.3	4	13.3	14	46.7
Toplam	10	33.3	7	23.3	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Ergenlerin kimlik kartı bulundurmalarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, bulunduranların % 10.0'u kötü, %16.7'si orta, % 20.0'si iyi, % 6.7'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bulundurmayanların % 23.3'ü kötü, % 6.7'si orta, % 3.3'ü iyi, %13.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 73).

Yapılan ki-kare analizinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır.
($\chi^2=7.022$ $p<0.05$)

Tablo 74 : Hemofili Tanılı Ergenlerin Hastalığının Okulda Bilinme Durumuna Göre Öz- Bakım Gücü Düzeyinin Değerlendirilmesi

Okulda Bilinme Durumları	Öz-Bakım Gücü Düzeyi									
	Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Okula gitmiyor	7	23.3	0		2	6.7	4	13.3	13	43.3
Okulda biliniyor	3	10.0	5	16.7	3	10.0	1	3.3	12	40.0
Okulda bilinmiyor	0		2	6.7	2	6.7	1	3.3	5	16.7
Toplam	10	33.3	7	23.3	7	23.3	6	20.0	30	100.0

Hemofili tanısı almış ergenlerin okulda hastalığının bilinme durumuna bakıldığında, okula gitmeyenlerin % 23.3'ü kötü, %6.7'si iyi, % 13.3'ü çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Okula devam edipte bilinenlerin öz-bakım gücü oranları % 10.0 kötü, % 16.7 orta, % 10.0 iyi, %13.3 çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Okulda bilinmeyenlerin %6.7 orta, %6.7 iyi, % 3.3.çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 74).

Yapılan ki-kare analizinde aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır.

($\chi^2=11.447$ $p<0.05$)

3.3.4-Astım, Diyabet, Hemofili Tanılı Ergenlerin Öz-Bakım Gücü Karşılaştırmalarının İncelenmesi

Tablo 75: Astım-Diyabet Grubuna Göre Öz-Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	N	X	Sd	t değeri	P
Astım	30	96.06	16.63	0.246	---
Diyabet	30	98.00	11.01		

Tablo 75'de görüldüğü gibi astım-diyabet grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($t= 0.246$ $p>0.05$)

Tablo 76: Astım-Hemofili Grubuna Göre Öz-Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	N	X	Sd	t değeri	P
Astım	30	96.06	16.63	0.058	---
Hemofili	30	93.10	14.51		

Tablo 76'da görüldüğü gibi astım-hemofili grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($t= 0.058$ $p>0.05$)

Tablo 77: Hemofili-Diyabet Grubuna Göre Öz-Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	N	X	Sd	t değeri	P
Hemofili	30	96.06	16.63	0.204	---
Diyabet	30	98.00	11.01		

Tablo 77'de görüldüğü gibi hemofili-diyabet grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($t= 0.246$ $p>0.05$)

Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin sayısı az olduğu için analize alınmamıştır.

Ç. Y. İ. C. GENELİ
DOKÜMANLAMA MERKEZİ

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Bu çalışma farklı kronik hastalığı olan ergenlerin öz-bakım güçlerinin incelenmesi amacıyla 15-21 yaş arasında 30 astım(%31.6), 30 diyabet(%31.6), 30 hemofili(%31.6), 5 kronik böbrek yetmezliği(%5.2) tanısı almış toplam 95 kronik hastalığı olan ergenler incelenmiştir. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan ergenlerin örneklem sayısı araştırma süreci boyunca tamamlanamadığı için bu grup kısıtlı örneklem olarak alınmıştır(Grafik 1).

Kronik hastalığı olan ergenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde, astım tanılı ergenlerin %33.3'ü kadın, %66.6'sı erkek; diyabetlilerin %46.7'si kadın, %53.3'ü erkek; hemofilililerin tamamı erkek; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %20.0'si kadın, %80.0'i erkektir (Tablo 3).

Çavuşoğlu'nun(2001) "Diyabetli ve Lösemili Adölesanlarda Öz-Saygı" konulu çalışmasında diyabetli ergenlerin, Nahçıvan'ın(1993) "Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamına Etkisi" isimli çalışmasında benzer sonuçlar bulunmuştur.(21,42)

Çavuşoğlu'nun(1994) "Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Güçlükler" isimli çalışmasında kronik böbrek yemezliği tanılı çocukların %40.0'ı kız, %60.0'ı erkektir. Diyabetlilerin %48.6'sı kız, %51.4'ü erkektir(20).

Çalışkan'ın(1994), "Gençlerin Ergenlik Dönemleriyle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Etkili Faktörler" konulu çalışmasında %54.9'u erkek, %41.1'i kız olarak bulunmuştur(17).

Hemofilili tanısı sadece erkek çocuklarda olduğu için genel cinsiyet dağılımları etkilenmiştir. (39)

Kronik hastalığı olan ergenlerin yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde, astımlıların %60.0'ı 15-16 yaş grubunda, %3.3'ü 19 ve üzeri yaş grubunda bulunmuştur. Diyabetlilerin %50.0'si 15-16, %23.4'ü 17-18, Hemofili tanısı almış olan ergenlerin %36.7'si 15-16, %30.0'ı 17-18 grubundadır. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin

%20.0'ı 17-18, %80.0'ı 19 ve üzeri yaş grubundadır. Kronik hastalığı olan ergenlerin yaş ortalamaları 17.31 ± 2.06 bulunmuştur(Tablo 3).

Karaoğlu ve Ark(1995), Malatya il merkezinde yaptıkları “Sağlıkla İlgili Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi” konulu çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması 17.64 ± 0.03 yıl olarak bulunmuştur(37). Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir(17,21,53).

Nahçıvan'ın çalışmasında yaş ortalaması 20.77 ± 1.88 'dir.

Çalışma ile Nahçıvan'ın çalışması arasında fark vardır. Farkın Nahçıvan'ın çalışmasında örneklem grubunun üniversite öğrencilerinden seçilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Astım tanılı ergenlerin %96.7'si okula devam etmekte, %3.3 devam etmemektedir. Diyabet tanılı ergenlerin %90.0'ı okula devam etmekte, %10.0'ı devam etmemekte; hemofili tanılı ergenlerin %56.7'si okula devam etmekte, %43.3'ü devam etmemekte; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %40.0'okula devam etmekte, %60.0'ı devam etmemektedir(Tablo 4).

Sönmez'in(1998), “Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Annelerinin Depresyon Düzelerine ve Anne-Çocuk İlişkilerine Etkisinin İncelenmesi” konulu çalışmasında, çocukların %86.7'si okula devam etmektedir. Bu çocukların %13.3'lik bölümü ise çeşitli nedenlerle okula ara vermiştir(54).

Astım ve diyabette ilaçlarını ve ortam koşullarını uygun olarak sağlandığı sürece günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerinden kaynaklanıyor olabilir (Tablo 5).

Kronik böbrek yetmezliğinde hemodiyaliz tedavisindeki çocuklar, haftada 3 gün 4.5 saat diyaliz seansı için hastaneye gitmek zorunda olduklarından, eğitimleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Araştırmamızdaki kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin okula gitme düzeyinin düşük olmasının sebebinin bundan kaynaklandığı düşünülmektedir (76).

Anket uygulamaları sırasında hemofili ergenler ekonomik ve sosyo- kültürel nedenlerden dolayı eğitimlerine ara verdiklerini ifade etmişlerdir.

Astımlı ergenlerin %33.3'ü ilçe merkezinde, %66.7'si il merkezinde yaşamaktadır. Bunların %63.3'ü 10 yıldan fazla yerleşim yerlerinde bulunmaktadır. Diyabetli ergenlerin %10.0'ı köyde, %56.7'si il merkezinde yaşamakta ve bunların %70.0'ı 10 yıldan fazla yerleşim yerlerinde bulunmaktadırlar. Hemofilili ergenlerin %13.3'ü köyde, %50.0'ı ilçe merkezinde yaşamakta ve bunların %70.0'ı 10 yıldan fazla

yerleşim yerlerinde bulunmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %60.0'ı ilçe merkezinde, %40.0'ı il merkezinde yaşamakta ve bunların %60.0'ı 10 yıl ve üzerinde yerleşim yerlerinde bulunmaktadır. Yaşam yılı ortalaması 4.30 ± 1.06 bulunmuştur(Tablo 5).

Aslan'ın(2001), "Adölesan Gebelerini Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi" isimli çalışmasında, gebelerin %2.7'si büyük şehirde, %11'i köyde, %49'u kasabada, %63.1'i şehirde yaşamaktadır(5).

Astım tanılı ergenlerin %83.3'ünün oturdukları ev kendilerine ait, diyabetlilerin %70.0'ının kendilerine ait, hemofililerin %76.7'sinin evi kendilerine ait, kronik böbrek yetmezliği olan ergenlerin ise %40.0'ının evi kendilerine aittir. Astımlıların %73.3'ü apartmanda, %23.4'ü müstakil bir evde; diyabetlilerin %70.0'ı apartmanda, %30.0'ı müstakil bir evde; hemofililerin %50.0'ı apartmanda, %43.3'ü müstakil bir evde; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %20.0'ı apartmanda, %80.0'ı müstakil bir evde oturmaktadır. Astımlıların %96.7'sinin kendine ait odası, diyabetlilerin %76.7'sinin odası, hemofililerin %70.0'ının kendine ait odası, kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %80.0'ının kendine ait odası vardır(Tablo 6).

Özcebe ve ark.'ın(2001), "Adölesanlar ve Anneleri Arasındaki İletişim" isimli çalışmalarında erkek öğrencilerin %59'unun, kız öğrencilerin %57.5'inin kendilerine ait odaları bulunmaktadır(45).

Ergenlerin çoğunun evde kendilerine ait odalarının olması ergenlerin evde kendi başlarına vakit geçirebilecekleri ve ders çalışabilecekleri bir ortama sahip olduklarını göstermektedir. Bu durum literatürle benzerlik göstermektedir. (37)

Araştırma kapsamına alına astımlı ergenlerin sosyal güvence dağılımları incelendiğinde, %93.3'ünün, diyabetlilerin %96.6'sının, hemofili tanılıların %90.0'ının, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin ise %100.0'ının hastane giderleri bir kurum tarafından karşılanmaktadır (Tablo 7).

Bulgular Sönmez'in (1998) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (54).

Astım tanılı ergenlerin %93.4'ü çekirdek, %3.3'ü geleneksel geniş aile, %3.3'ü parçalanmış aileye sahiptir. Diyabet tanılı ergenlerin %90.0'ı çekirdek, %6.7'si geleneksel geniş aile, %3.3'ü parçalanmış, hemofililerin %70.0'ı çekirdek, %23.3'ü geleneksel geniş aile, %6.7'si parçalanmış aileye; kronik böbrek yetmezliği olan ergenlerin %60.0'ı çekirdek, %20.0'ı geleneksel geniş, %20.0'ı parçalanmış aileye sahiptir(Tablo 8).

Sönmez'in(1998) çalışmasında, ailelerin %89.3'ü çekirdek, %10.3'ü geniş aile yapısındadır(54).

Çavuşoğlu'nun(1994) çalışmasında ailelerin %77'si çekirdek, %23'ü geniş aile tipindedir(20).

Nahçıvan(1993) aile tipini, %93.1 çekirdek, %2.2 parçalanmış aile olarak bulmuştur(42).

Çavuşoğlu(2001) çalışmasında aile tipini, %90.0 çekirdek, %9.1 geniş aile tipinde bulmuştur(21). Çalışmamızın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. (75)

Astım tanılı ergenlerin %96.7'sinin kardeşi olduğu, diyabetlilerin %90.0'ının kardeşi olduğu, hemofililerin %80.0'ının ve kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin tamamının kardeşi olduğu saptanmıştır. Kardeş sayılarına bakıldığında astımlıların %80.0'ının bir kardeşi, %13.4'ünün iki kardeşi olduğu; diyabetlilerin %66.7'sinin bir, %16.7'sinin iki kardeşi olduğu saptanmıştır. Hemofili tanısı almış olan ergenlerin %50.0'ının bir kardeşi, %16.7'sinin iki kardeşi vardır. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %60.0'ı bir, %40.0'ı 3 kardeşe sahiptir. Kronik hastalığı olan ergenlerin kardeş sayısı ortalaması 1.31 ± 0.99 olarak bulunmuştur(Tablo 8).

Yorulmaz ve ark.(1997), "11-19 grubu Tip 1 Diabetes Mellitus'lu Çocuklarda Öz-Bakım" isimli araştırmalarında %13.3'ünün 1-3, %52.0'ının 4-6 kardeşi olduğu saptanmıştır(61).

Araştırmanın İzmir ilinde yapılmış olması batı toplumunun özelliğini taşıdığını düşündürmektedir. Bu nedenle literatürle farklılıklar görülmektedir (61,75).

Sosyal ilgi ve aktivite durumlarını öğrenmek için ergenlere boş zamanlarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuş ve astım tanılı ergenlerin %66.7'si sosyal ve kültürel etkinlik, %16.7'si sportif etkinlikle geçirdiğini, %13.3'ü ise boş zamanının olmadığını belirtmiştir. Diyabet tanılı ergenlerin %73.3'ü sosyal ve kültürel etkinlik, %16.7'si sportif etkinlik, %10.0'ı örgü örmek, ev işi yapmak gibi değişik uğraşlar yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemofili tanılı ergenlerin %63.3'ü sosyal ve kültürel etkinlik, %23.4'ü sportif etkinlik, %10.0'ı ev işi, bilgisayar kullanmak gibi meşguliyetlerle uğraşmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %40.0'ının sosyal kültürel etkinlik, %60.0'ının ev işleri, bilgisayar kullanmak ile uğraştıkları belirlenmiştir(Tablo 9).

Nahçıvan'ın(1993) çalışmasında ergenler boş zamanlarını değerlendirme şekli olarak %72.7'si sosyal ve kültürel etkinlik, %27.2'si sportif etkinlik olarak tanımlanmıştır(42).

Nahçıvan çalışmasına sağlıklı gençleri almış olmasına rağmen kronik hastalığı olan ergenlerin boş zaman değerlendirme aktiviteleri benzerlik göstermektedir.

Ergenlerin alkollü içki kullanma durumları incelendiğinde astımlıların %20.0'nin alkollü içki kullandığı, diyabetlilerin %16.7'sinin kullandığı, hemofilililerin %83.3'nün alkollü içki kullanmadığı, %16.7'sinin kullandığı; kronik böbrek yetmezliği tanımlı ergenlerin %40.0'nin alkollü içki kullandığı, %60.0'nin kullanmadığı saptanmıştır. Astımlıların %13.3'ü ayda bir, %6.7'si özel günlerde alkollü içki kullandığı; diyabetlilerin %6.8'inin haftada bir, %3.3'ünün ayda iki, %3.3'ünün ayda bir, %3.3'ünün özel günlerde alkollü içki kullandığı saptanmıştır. Hemofilililerin %3.3'ü haftada bir, %6.7'si ayda bir, %6.7'si özel günlerde alkollü içki kullanmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %20.0'ı ayda bir, %20.0'ı özel günlerde alkollü içki kullanmaktadır (Tablo 9).

Karaoğlu ve ark(1995) çalışmalarında, %72.5'inin alkol kullanmadığını, %27.4'ünün alkol kullandığını saptamıştır. Alkol kullananların %7.6'sının ayda bir veya daha fazla kullandığı belirlenmiştir.(37) Çalışma literatürle benzerlik göstermektedir.

Astım ve kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin sigara kullanmadıkları saptanmıştır. Diyabetlilerin %10.0'ı sigara kullanmakta, %90.0'ı kullanmamaktadır. Hemofili tanısı almış olan ergenlerin %16.7'si sigara kullanmakta, %83.3'ü kullanmamaktadır. Diyabetlilerin sigara sayıları incelendiğinde, %3.3'ü günde 1-5 tane, %3.3'ü 6-10 tane, %3.3'ü 16 ve üstünde sigara kullanmaktadır. Hemofilili ergenlerin %6.7'si günde 1-5 tane, %3.3'ü 6-10 tane, %6.7'si 16 ve üstünde sigara kullanmaktadır(Tablo 9).

Eroğlu ve Kaçak'ın(1993), "12-18 Yaş Çalışan ve Okuyan Gençlerde Sigaraya İçmeye Yönelik Bilgi ve Davranışların İncelenmesi" konulu çalışmalarında okuyan gençlerin %45.3'ünün, çalışanların ise %82.7'sinin sigara kullanmakta olduğunu saptamışlardır. Okuyanların %42.8'i günde 1-5 tane, %28.6'sı 6-10 tane, %28.6'sı 11-20 tane içmektedir. Çalışan gençlerin %23.7'si günde 1-5 tane, %15.3'ü 6-10 tane, %61.0'ı 11-20 tane içmektedir(31).

Sigaranın astım nedeni olarak gösterilmesi ve astım krizlerini tetiklemesinden dolayı astımlı ergenlerin sigara kullanmadıkları düşünülmüştür. (74)

4.1.2. KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Astım tanılı ergenler tanı konulduktan sonra geçen süre yönünden incelendiğinde %46.7'sinin 0-5 yıl önce, %3.3'ünün en az 16 yıl önce tanı konulduğu saptanmıştır(Tablo 10). Diyabetlilerin %40.0'ını 5-10 yıl önce, %26.7'sine 6-10 yıl önce, tanı konulduğu saptanmıştır (Tablo 11). Hemofili tanılı ergenlerin %10.0'ı 6-10 yıl önce, %63.3'ü en az 16 yıl önce tanı almıştır (Tablo 12). Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %40.0'ı 0-5 yıl, %40.0'ı 6-10 yıl, %20.0'ı ise 11-15 yıl önce tanı almıştır (Tablo 13).

Çavuşoğlu'nun(1994) çalışmasında kronik böbrek yetmezliği grubundaki çocukların %68.0'ı 1-3 yıl önce, %8.0'ı ise en az 7 yıl önce tanı aldığı; diabet tanılı çocukların %31.4'ü 1-3 yıl önce, %31.4'ü 4-6 yıl önce, %37.2'si en az 7 yıl önce tanı aldığı saptanmıştır(20).

Yorulmaz ve ark.(1997) çalışmalarında çocukların %58.0'ı 0-3 yıldır, %3.0'ı 11 ve üzeri yıldır diabetes mellitus hastası olduğunu belirtmiştir.(61)

Çalışmada hastalıkla ilgili en uzun tanı alma süresi hemofilili ergenlere aittir. Hemofilinin kalıtsal geçiş göstermesi, daha bebeklik döneminde minör yaralanmaların hemartroza neden olması, toplumumuzda tüm erkek çocukların erken yaşlarda sünnet edilmesi geleneği sonucunda, hemofilili ergenlerin tanısı erken yaşlarda konulabilmektedir(39,44). Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde, astımlıların %60.0'ı eğitim almış, %40.0'ı eğitim almamıştır(Tablo 10). Diyabetlilerin %90.0'ı eğitim almış, %10.0'ı almamıştır(Tablo 11). Hemofilililerin %66.7'si eğitim almış, %33.3'ü almamıştır(Tablo 12). Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %80.0'ı eğitim almış, %20.0'ı almamıştır(Tablo 13).

Kronik hastalıkların tedavisinin gerçekçi ve sürekli olabilmesi için eğitim gereklidir. Kronik hastalıkta en önemli nokta sürekli izlem olduğu için, bu izlemi sağlamada ergen ve ailenin eğitimi özel bir önem taşımaktadır(59). Çalışmamızda ergenlerin çoğu hastalığı ile ilgili eğitim almıştır. Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir(35,54,59).

Astım tanılı ergenlerin astım krizi geçirme durumları incelendiğinde, % 53.3'ü ayda 1-2 kez geçirmekte, % 33.3'ü astım krizi geçirmemektedir (Tablo10).

Astım tanılı ergenlerde kriz sayısının azlığının, alınan allerjen önlemlerden ve ortaya çıkan yakınmaların uygun ilaçlar yardımıyla kontrol altında tutulabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir.(74)

Diyabet tanılı ergenlerin düzenli insülin kullanma durumu incelendiğinde, %90.0'nin düzenli olarak insülin kullandığı, %10.0'nin ise kullanmadığı saptanmıştır(Tablo 11).

Düzenli insülin kullanımının yüksek olmasının yanısıra ergenlerin tamamının insülinlerini kendilerinin yapmalarının ,hastalıkları ile ilgili olarak diyabetli ergenlerin daha önceden eğitim almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemofili tanılı ergenlerin hemofili türleri incelendiğinde, %83.3'ünün Hemofili A, %16.7'sinin Hemofili B olduğu saptanmıştır(Tablo 12).

Hemofili A, tüm hemofilililerin %80'ini oluşturmakta olup kalıtsal pıhtılaşma bozukluğuna yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Bulgular literatürle benzerlik göstermektedir(39)

Hastaneye kontrole gelme sıklığı incelenirse, astımlıların %70.0'ı 6 ay arayla (Tablo 10), diyabetlilerin %96.7'si 3 ay arayla (Tablo 11), hemofililerin %50.0'si kendini kötü hissedince, %20.0'si her ay kontrole gelmektedir (Tablo 12). Kronik hastalıkların polikliniğe gelme durumlarının belirli poliklinik kontrol sürelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Astım tanılı ergenlerin %33.3'ü egzersiz yapmakta, %66.7'si yapmamaktadır(Tablo 10). Egzersiz yapanların çoğunun yüzme(%30), beden hareketleri(%30), yürüme(%30) aktivitelerinde buldukları saptanmıştır(Grafik 3). Diabet tanılı ergenlerin %53.3'ü egzersiz yapmaktadır(Tablo 11). Egzersiz yapanların yarısından çoğunun yürüdüğü(%62.5) belirlenmiştir(Grafik 5). Hemofili tanılı ergenlerin %30.0'ı egzersiz yapmakta, %70.0'ı yapmamaktadır(Tablo 12). Egzersiz yapanların yarısından daha fazlasının beden hareketleri(%66.7) yaptığı saptanmıştır(Grafik 7). Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %20.0'ı egzersiz yapmakta, %80.0'ı yapmamaktadır(Tablo 13).

Astım ve hemofili tanılı ergenlerin egzersiz yapma oranlarının düşük çıkmasının sebebi hastalıklardan kaynaklanan riskler nedeniyle egzersiz yapmaktan korkmaları olarak düşünülebilir. Astımlılar eforla birlikte kriz geçirebileceklerinden, hemofililer ise travmaya uğrayıp kanamaya sebep olmamak için egzersiz yapmamaktadırlar(39,44,74).

Kronik böbrek yetmezliğindeki hastaların egzersiz yapma oranlarının düşük olması genel sağlık durumlarının kötü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Astımlı ergenlerin %26.7'si yanında hastalığı ile ilgili kimlik taşımaktadır(Tablo10). Diyabetlilerin %43.3'ü(Tablo 11), hemofili tanılı ergenlerin %53.3'ü (Tablo 12), kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %100.0'ı kimlik taşımaktadır(Tablo 13). Bu hastaların kimlik bulundurma durumları literatürle benzerlik göstermektedir. (19)

Astım tanılı ergenlerin hastalığının %83.3 oranında okulda bilindiği(Tablo 10), diyabetlilerin %83.3'ünün okulda bilindiği(Tablo 11), hemofili tanılı ergenlerin %40.0'ının okulda bilindiği(Tablo 12), kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %50.0'ının bilindiği saptanmıştır(Tablo 13). Ev dışındaki eğitim kurumlarında kronik hastalığı olan ergenlerin hastalıklarının bilinme yüzdelerinin yüksek olması sevindiricidir.

Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalıkları hakkındaki düşünceleri incelendiğinde, astım tanılıların %13.3'ünün "beni rahatsız ediyor", %70.0'ının "rahatım, hastalığımı biliyorum" dediği(Grafik 2); diyabet tanılıların %80.0'ının "rahatım, hastalığımı biliyorum", %6.7'sinin "üzülüyorum" dediği(Grafik 4); hemofilililerin %56.7'sinin "rahatım, hastalığımı biliyorum", %23.3'ünün "beni rahatsız ediyor", %13.3'ünün "üzülüyorum" dediği(Grafik 6); kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %40.0'ının "rahatım, hastalığımı biliyorum", %60.0'ının "üzülüyorum, beni rahatsız ediyor" dediği(Grafik 8) saptanmıştır.

Araştırma kronik hastalığı olan ergenlerin yarısından fazlası "rahatım, hastalığımı biliyorum" demiştir. Bunun sebebinin hastalıkları ile ilgili daha önceden eğitim almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik böbrek yetmezliği kısıtlı örneklem grubunda alındığı için çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Araştırma kronik böbrek yetmezliği grubu kısıtlı örneklem grubunda alındığı için sadece dağılımları ve öz-bakım gücü toplam puan ortalaması verilmiştir.

4.1.3. KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLİŞKİSİ

Öz-bakım, bireyin yaşamını ve sağlığını sürdürmesi için gerekli olan etkinlikleri gerçekleştirmesi olarak tanımlanır. Yaşamında yaralanma, hastalık yada rahatsızlık deneyimleyen bireyin ek bazı öz-bakım gereksinimlerinin ortaya çıkması olasıdır. Orem'e göre hemşireliğe gereksinim de işte bu noktada başlar(42).

Hemşireler, bakım verdikleri kişilerin öz-bakım güçlerini anlamaya çaba göstermelidirler. Bireylerin öz-bakım güçlerinin tanımlanması, etki eden etmenlerin ve öz-bakım yetersizliklerinin saptanması, hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması yönünden gereklidir(5,42).

Kronik hastalığı olan ergenlerin öz-bakım gücü dağılımı incelendiğinde %22.1'inin kötü, %21.1'inin orta, %30.5'inin iyi, %26.3'ünün çok iyi düzeyde olduğu görülmektedir(Grafik 9).

Astımlı ergenlerin öz-bakım gücü incelendiğinde, %5.3'ü orta, %12.6'sı iyi, düzeydedir. Diyabet tanılı ergenlerin %5.3'ü kötü, %10.5'i orta, düzeydedir. Hemofili tanılı ergenlerin %11.6'sı kötü, %6.3'ü çok iyi düzeydedir. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %2.1'i kötü, %3.2'si çok iyi öz-bakım gücü düzeyine sahiptir(Grafik 10).

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, kronik hastalıklarla öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır($\chi^2=12.953$ $p>0.05$).

Yapılan varyans analizi sonucunda araştırma kapsamındaki astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü toplam puan ortalaması 96.06 ± 16.63 ; diyabet tanılı ergenlerin 98.00 ± 11.01 ; hemofili tanılı ergenlerin 93.10 ± 14.51 ; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin 105.00 ± 10.48 olduğu görülmüştür. Hastalıklar ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır($F= 1.296$ $p>0.05$).

Nahçıvan(1993) sağlıklı gençlerde yaptığı çalışmada gençlerin öz-bakım gücü puan ortalamasını 93.54 ± 17.40 (42); Pasinlioğlu(1997) 18-20 yaş grubundaki gebelerde öz-bakım gücü puan ortalamasını 90.50 ± 0.71 (47); Özer(2001) yaşlılar üzerinde yapmış olduğu çalışmada 103.13 ± 11.75 (46); Aslan(2001) adölesan gebelerde yapmış olduğu çalışmada 76.38 ± 19.91 (5); Bakoğlu(1998) hipertansiyonlu hastalarda yapmış olduğu çalışmada 98.9 ± 20.1 (6) olarak bulmuştur.

Araştırma sonuçları, Nahçıvan, Bakoğlu ve Özer'in çalışmaları sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Aslan ve Pasinlioğlu'nun çalışma sonuçlarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Aslan ve Pasinlioğlu'nun çalışmasındaki öz-bakım güçlerinin düşük olması, doğum öncesi bakım yetersizliği, eğitimlerini yarıda bırakmaları gibi durumlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan ergenlerin cinsiyetlerine göre öz-bakım gücü incelendiğinde, kızların %9.5'i iyi; %4.2'si kötü, erkeklerin %17.9'u iyi, %20.0'ı kötü düzeydedir. Aralarında istatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır($x^2 = 2.318$ $p > 0.05$). (Tablo 14).

Astımlı ergenlerde kızların %16.7'si iyi, %6.7'si kötü düzeydedir. Erkeklerin %23.3'ü iyi, %16.7'si kötü düzeydedir. İstatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır($x^2 = 1.296$ $p > 0.05$). (Tablo 24).

Diyabet tanılı ergenlerde kızların %13.3'ü iyi, %6.7'si kötü düzeyde; erkeklerin %10.0'ı iyi, %10.0'ı kötü düzeydedir. Aralarında istatistiksel açıdan fark bulunamamıştır($x^2 = 0.713$ $p > 0.05$). (Tablo 35).

Yapılan varyans analizi sonucunda araştırma kapsamına alınan astımlı ergenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması kızlarda 94.60 ± 16.65 ; erkeklerde 94.80 ± 17.01 bulunmuştur. Öz-bakım gücü ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanamamıştır($F = 0.113$ $p > 0.05$).

Diyabetli ergenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması kızlarda 97.85 ± 12.40 ; erkeklerde 98.12 ± 10.05 bulunmuştur.

Diyabetli ergenlerde de öz-bakım gücü ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanamamıştır($F = 0.004$ $p > 0.05$).

Yeşilbalkan, erişkin diyabetlilerde yaptığı çalışmasında öz-bakım gücü ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanamamıştır(58).

Nahçıvan(1993), sağlıklı gençlerde yaptığı çalışmada, kadınların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir(42).

Bakoğlu(1998) hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmasında, erkek hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır(6).

Kronik hastalığı olan ergenlerin yaş gruplarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, 15-16 yaş grubunda %11.6'sı çok iyi, %12.6'sı kötü düzeyde; 17-18 yaş grubunda %3.2'si çok iyi, %8.4'ü kötü düzeyde; 19 ve üzeri yaş grubunda %9.5'i çok iyi, %3.2'si kötü düzeydedir. İstatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır($x^2 = 6.259$ $p > 0.05$). (Tablo 15).

Astım tanılı ergenlerin yaş grubuna göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, 15-16 yaş grubunda %20.0 çok iyi, %10.0 kötü; 17-18 yaş grubunda %10.0 iyi, %10.0 kötü; 19 ve üzeri yaş grubunda %6.7 iyi, %3.3 kötü düzeydedir. Aralarında istatistiksel açıdan fark yoktur($x^2 = 5.987$ $p > 0.05$). (Tablo 25).

Diyabet tanıli ergenlerde, 15- 16 yaş grubunda %13.3 çok iyi, %16.7 kötü; 17-18 yaş grubunda, %6.7 çok iyi, %13.3 orta; 19 ve üzeri grubunda %6.7 çok iyi, %10.0 orta düzeydedir. İstatistiksel açıdan aralarında fark yoktur($x^2 = 0.234$ $p > 0.05$). (Tablo 36).

Hemofili tanıli ergenlerde, 15-16 yaş grubunda %3.3 çok iyi, %13.3 kötü; 17-18 yaş grubunda %13.3 iyi, %16.7 kötü; 19- ve üzeri yaş grubunda %16.7 çok iyi, %6.7 kötü düzeyde bulunmuştur. Yaş grubu ile öz-bakım gücü arasında önemli bir ilişki bulunmuştur($x^2 = 17.175$ $p < 0.01$). (Tablo 46).

Örneklerimiz genç grubu temsil ettiği için, gelişim aşamasına göre farklı grupları içermemiştir. Uygun yaşlardaki astım, diabet, hemofili grubu ile karşılaştırıldığında, hemofili grubunda diğer gruplara oranla yaş yükseldikçe öz-bakım gücü yükselmektedir.

Nahçıvan(1993), Özer(2001), Bakoğlu(1998)'nun çalışmalarında, yaş ortalamaları ile öz-bakım gücü arasında önemli ilişkiler bulunamamıştır(6,42,46).

Aslan(2001), Yeşilbalkan(2001), Pasinlioğlu(1997), yapmış oldukları çalışmalarında yaş ile öz-bakım arasında ilişki belirlemişlerdir(5,58).

Kronik hastalığı olan ergenlerin okula devam etme durumuna göre öz-bakım düzeyi incelendiğinde, okula devam edenlerin %14.7'si çok iyi, %16.8'i kötü; okula devam etmeyenlerin %9.5'i çok iyi, %7.4'ü kötü düzeydedir. Okula devam durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($x^2 = 11.018$ $p < 0.05$). (Tablo 16).

Astım tanıli ergenlerin okula devam etme durumuna göre öz-bakım düzeyi incelendiğinde, okula devam edenlerin %20.0'ı çok iyi, %23.3'ü kötü; okula gitmeyenlerin %3.3'ü iyi düzeydedir. İstatistiksel açıdan aralarında fark bulunamamıştır($x^2 = 1.552$ $p > 0.05$). (Tablo 26).

Diyabetli ergenlerde okula devam edenlerin %16.7'si iyi, %16.7'si kötü; gitmeyenlerin %10.0'ı çok iyi düzeydedir. Okula devam etme durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($x^2 = 9.167$ $p < 0.05$). (Tablo 37).

Hemofilili ergenlerde okula devam edenlerin %6.7'si çok iyi, %13.3'ü kötü; devam etmeyenlerin %13.3'ü çok iyi, %23.3'ü kötü düzeydedir. Yapılan analizde istatistiksel açıdan fark bulunmuştur($x^2 = 9.386$ $p < 0.05$). (Tablo 47).

Kronik hastalığı olanların sınıflarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, hazırlı %2.1 çok iyi, %2.1 kötü; lise 1 %4.2 çok iyi, %3.2 kötü; lise 2 %4.2 çok iyi, %6.3 kötü; lise 3 %2.1 çok iyi, %3.2 kötü; üniversite %2.1 çok iyi, %2.1 kötü

düzyededir. Aralarında istatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır($x^2 = 20.837$ $p>0.05$). (Tablo 17).

Astım tanılı ergenlerin sınıflarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.($F = 1.064$ $p>0.05$) (Tablo 27).

Diyabet tanılı ergenlerin sınıflarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.($F = 1.908$ $p>0.05$) (Tablo 38).

Hemofili tanılı ergenlerin sınıflarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.($F = 0.344$ $p>0.05$) (Tablo 48).

Bireyler sağlıkla ilgili var olan ve/veya ilgili kaynaklardan edindiği bilgileri kullanarak beceriye katmak zorundadır. Bu becerilerin öz-bakımı başarma yeteneğini etkilediği görülmüştür(5).

Eğer sağlık durumlarında sapmaları olan bireyler kendi öz-bakım sistemini sürdürmede becerili olurlarsa, kendi bakımları için ilgili tıbbi bilgi ve yardıma başvurabilme özelliğini de gösterebileceklerdir. Bu durumda araya giren hemşirelik girişimleri, öz-bakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı etkinlikleri oluşturacaktır(42).

Aslan(2001), adölesan gebelerde eğitim seviyesi düştükçe öz-bakım gücü puan ortalamalarının yükseldiğini belirtmiştir(5).

Özer(2001) yaşlılarla yaptığı çalışmada, eğitim ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur(46).

Yeşilbalkan(2001), erişkin diyabetlilerle yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi ilköğretim düzeyinde olan hastaların yüksek öğrenimli grupta yer alan hastalara göre daha düşük öz-bakım gücüne sahip olduğunu belirlemiştir(58).

Pasinlioğlu(1998), gebelerle yaptığı çalışmasında eğitim ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönde ilişki tespit etmiştir(47).

Bakoğlu(1998) hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmasında, eğitim düzeyinin artışına paralel olarak hastaların öz-bakım gücünün yükseldiğini belirlemiştir(6).

Kronik hastalığı olan ergenlerin ev niteliğine göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, gecekonduda yaşayanların %2.1'i kötü; müstakil bir evde yaşayanların %15.8'i çok iyi, %3.2'si kötü; apartmanda yaşayanların %8.4'ü çok iyi, %18.9'u kötü düzeyde bulunmuştur. Ev niteliğine göre öz-bakım düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur($x^2 = 17.372$ $p<0.01$). (Tablo 18).

Astımlı ergenlerin ev niteliğine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark yoktur($F= 2.702$ $p>0.05$). (Tablo 28).

Diyabetli ergenlerin ev niteliği ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır($F= 2.680$ $p>0.05$). (Tablo 39).

Hemofili tanısı almış olan ergenlerin ev niteliği ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında çok önemli bir fark bulunmuştur($F= 6.012$ $p<0.01$) (Tablo 49).

Bu farklar diyabetli ve astımlı ergenlerin müstakil ve apartmanda oturanların öz-bakım gücü puan ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklanmakta olduğu düşünülmektedir. Bireylerin öz-bakım uygulamaları, sahip oldukları ve etkileşimde buldukları ortam yada çevrenin durumuna göre değişiklik gösterir.(46). Elbette ki gecekonduya göre müstakil veya apartmanda yaşayanların sosyal olanakları daha çok gelişmiştir. Bu sonuç araştırmadan elde edilen bulguları desteklemektedir.

Öz-bakım gücü ile astım tanılı ergenlerin sosyal güvenceleri arasındaki ilişki incelendiğinde astım tanılı ergenlerin bağlı buldukları sosyal güvenlik kuruluşları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir($F= 0.773$ $p>0.05$) (Tablo 29)

Diyabet tanılı ergenlerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($F= 1.979$ $p>0.05$). (Tablo 40).

Hemofilili ergenlerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($F= 2.352$ $p>0.05$). (Tablo 50).

Hemofilili ergenlerin kontrol, bakım ve tedavi giderlerinin fazla olması bu giderlerin karşılanmasında sağlık güvencesinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmaya yansımıştır.

Bakoğlu(1998) çalışmasında, sağlık güvencesi olan hipertansiyonlu hastaların, olmayanlara göre öz-bakım gücünü yüksek bulmuştur (6).

Pasinlioğlu(1997) gebelerle yaptığı çalışmasında sosyal güvence ile öz-bakım gücü arasında anlamlı ilişki bulmuştur(47).

Yeşilbalkan(2001) çalışmasında diabet hastalarının bağlı buldukları sağlık güvenlik kuruluşları ile öz-bakım gücü arasında ilişki olmadığını belirlemiştir(58).

Kronik hastalığı olan ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, çekirdek aile tipine sahip olanların %15.8'i çok iyi, %16.8'i kötü; geleneksel aile tipine sahip olanların %5.3'ü çok iyi, %4.2'si kötü; parçalanmış aileye sahip olanların %2.1 çok iyi, %2.1'i kötü öz-bakım gücü düzeyine sahiptir. Aile tipi ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır($x^2 = 12.749$ $p>0.05$). (Tablo 19).

Astım tanılı ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü puanlarının incelendiği varyans analizinde, çekirdek ve geleneksel geniş ailesi olan ergenlerin öz-bakım gücü puanları, parçalanmış aileden gelenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur($F=5.125$ $p<0.01$). (Tablo 30).

Ebeveynlerin boşanması yada eşlerden birinin ölümü, çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesini engellemektedir. Bu durumda gencin kendisini arkadaşlarından farklı ve genellikle aşağı görmesine ve benlik saygısının düşmesine neden olur. Benlik saygısının düşmesi öz-bakım gücü düzeyini azaltmaktadır.(42,48).

Araştırmamızda astımlı ergenlerde parçalanmış aileye sahip olanların öz-bakım gücü düzeylerinin düşük çıkmasını bu sonuca bağlayabiliriz.

Diyabet tanılı ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü puanları ortalamaları incelendiğinde, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır($F= 1.036$ $p>0.05$). (Tablo 41).

Hemofili tanılı ergenlerin aile tipine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, anlamlı bir ilişki saptanamamıştır($F= 0.096$ $p>0.05$). (Tablo 51).

Nahçıvan(1993) sağlıklı gençlerle yaptığı çalışmasında, çekirdek ve geleneksel geniş aileden gelen gençlerin öz-bakım gücü puanlarını parçalanmış aileden gelenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur(42).

Pasinlioğlu(1998) gebelerle yaptığı çalışmasında, aile tipinin öz-bakım gücüne bir etkisinin olmadığını belirlemiştir. (47)

Kronik hastalığı olan ergenlerin ailede yaşayan kişi sayısına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, ailesinde 3 kişi yaşayanların %4.2'sinin çok iyi, %2.1'inin kötü; 4 kişi olanların %10.5'i çok iyi, %13.5'i kötü; 5 ve üzeri kişi olanların %9.5'i çok iyi, %8.4'ü kötü öz-bakım gücü düzeyine sahiptir.

Yapılan analizde aralarında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur ($\chi^2 = 16.807$ $p<0.01$) (Tablo 20).

Astımlı ergenlerin ailedeki kişi sayısına göre öz-bakım düzeyi incelendiğinde, ailesinde 4 kişi olanların %10.0'ı çok iyi, %20.0'ı kötü; 5 ve üzeri olanların %6.7'si çok iyi, %3.3'ü kötü bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur($\chi^2 = 13.408$ $p>0.05$). (Tablo 31).

Diyabet tanılı ergenlerde, ailesinde 3 kişi olanların %3.3'ü çok iyi, %3.3'ü kötü; 4 kişi olanların %10.0'ı çok iyi, %10.0'ı kötü düzeyde: 5 kişi ve üzerinde olanların %13.3'ü çok iyi, %3.3'ü kötü düzeydedir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır($\chi^2 = 8.038$ $p>0.05$). (Tablo 42).

Hemofili tanılı ergenlerin ailelerindeki kişi sayısına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, ailesinde 3 kişi olanların %3.3'ü çok iyi %3.3'ü kötü; 4 kişi olanların %6.7'si çok iyi, %13.3'ü kötü; 5 ve üzerinde olanların %10.0'ı çok iyi, %20.0'ı kötü seviyede bulunmuştur. Ailede yaşayan kişi sayısına ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır($x^2 = 6.411$ $p > 0.05$). (Tablo 52).

Kronik hastalığı olan ergenlerin genelinde ailedeki kişi sayısı ile öz-bakım gücü arasında ilişki bulunmasına rağmen, kronik hastalık gruplarındaki ergen sayısının az olmasından dolayı ailedeki kişi sayısı ile öz-bakım gücü arasında fark bulunamamıştır.

Yeşilbalkan'ın(2001) diyabetli erişkinlerle yaptığı çalışmasında eşiyile birlikte yaşayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır(58).

Bakoğlu(1998) hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmasında, evde yaşayan birey sayısının hastanın öz-bakım gücü üzerinde önemli bir etkisi olmadığını belirlemiştir(6).

Nahçıvan(1993) sağlıklı gençlerle yaptığı çalışmasında, ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin öz-bakım puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır(42).

Kronik hastalığı olan ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, sosyal ve kültürel etkinlik yapanların %12.6'sı çok iyi, %17.9'u kötü; sportif etkinliklerle uğraşanların %8.4'ü çok iyi, %2.1'i kötü durumdadır.

Yapılan analizde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır($x^2 = 8.970$ $p > 0.05$). (Tablo 21).

Astım tanılı ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü puanları arasında ilişki bulunmamıştır($F = 2.486$ $p > 0.05$). (Tablo 32).

Diyabet tanılı ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü puanları arasında ilişki bulunamamıştır($F = 0.923$ $p > 0.05$) (Tablo 43).

Hemofili tanılı ergenlerin boş zamanlarını değerlendirmelerine göre öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır($F = 1.74$ $p > 0.05$). (Tablo 53).

Nahçıvan'ın(1993) çalışmasında, sosyal ve kültürel etkinliklere katılma durumlarına göre öz-bakım gücü yönünden fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(42).

Kronik hastalığı olan ergenlerin alkollü içki kullanma durumuna göre öz-bakım gücü incelendiğinde, içenlerin %6.3'ü çok iyi, %7.4'ü kötü seviyededir. İçmeyenlerin %17.9'u çok iyi, %16.8'i kötü seviyededir.

Yapılan analizde istatistiksel açıdan bir fark bulunamamıştır($x^2 = 1.704$ $p > 0.05$). (Tablo 22).

Yapılan varyans analizinde astım tanılı ergenlerin alkollü içki kullanma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($F=10.468$ $p < 0.01$) (Tablo 31).

Astım tanılı ergenlerin alkollü içki kullanma sıklığı ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($F= 11.18$ $p < 0.01$). (Tablo 34).

Diyabet tanılı ergenlerin içki kullanma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır($F= 0.27$ $p > 0.05$) (Tablo 44).

Hemofili tanılı ergenlerin içki kullanma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark saptanamamıştır($F= 0.92$ $p > 0.05$). (Tablo 54).

Kronik hastalığı olan ergenlerin sigara kullanma durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, sigara kullananların % 1.1'i çok iyi, % 4.2'si kötü; sigara kullanmayanların % 25.3'ü iyi, % 20.0'si kötü düzeydedir.

Yapılan ki-kare analizinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenememiştir ($x^2 = 3.407$ $p > 0.05$) (Tablo 23).

Astım tanılı ergenlerin tamamı sigara kullanmamaktadır.

Diyabet tanılı ergenlerin sigara kullanma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0.074$ $p > 0.05$) (Tablo 45).

Hemofili tanılı ergenlerin sigara kullanma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=2.851$ $p > 0.05$) (Tablo 55).

Hasta olma, kimliğini bulma çabasında olan ve birçok belirsizlikle baş etmeye çalışan ergenler için farklı anlam taşımaktadır. Ergende hastalık utanç verici bir durum, fiziksel bir güçsüzlük, acizlik belirtisidir ve arkadaşlarının kendisine davranışlarının değişeceğine inanır(3). Ergen acizlik duyguları içinde, kendini göstermek ve kendini ortaya koymak için kötü alışkanlıklarla tanışır(73).

Çalışmamızda alkol kullanan astımlı ergenlerin kendi bakımında kendilerini eksik ve başka kişilere bağımlı olduklarını hissetmiş olabileceklerinden dolayı bu sonucun saptandığı düşünülmektedir.

Yeşilbalkan'ın (2001), diabetli hastalarda yaptığı araştırmada alkol ve sigara kullanımı ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (58).

Bağımsız değişkenlerden, kronik hastalıklı ergenlerin yerleşim yeri, yaşam yılı, kendine ait odasının olması, kardeş sayısı ile öz-bakım gücü arasında anlamlı fark elde edilememiş; bu nedenle bulgulara bölümde yer verilmemiştir.

4.1.4- KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Astım tanılı ergenlerin tanı yıllarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, hastalık yılı 1-5 yıl olanların %16.7'si kötü, %13.3'ü çok iyi; 6-10 yıl olanların %10.0'ı orta, %6.7'si çok iyi; 11-15 yıl olanların %3.3'ü kötü, %13.3'ü iyi düzeydedir..

Yapılan istatistiksel analizde aralarında anlamlı bir fark yoktur($x^2 = 12.037$ $p>0.05$). (Tablo 56).

Diyabet tanılı ergenlerin tanı yıllarına göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, tanıları 1-5 yıl olanlar %10.0 oranında kötü, %20.0 oranında çok iyi durumdadır. 6-10 yıl olanların %3.3'ü kötü, %3.3'ü çok iyi durumda; 11-15 yıl olanların %3.3'ü kötü, %3.3'ü çok iyi durumdadır. İstatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır($x^2 = 9.101$ $p>0.05$). (Tablo 62).

Araştırma kapsamına alınan hemofili tanılı ergenlerin hastalık tanı yılına göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, tanı yılı 11-15 yıl olanların %6.7'si kötü, %6.7'si çok iyi düzeydedir. Tanı yılı 16 yıl ve üstü olanların %26.6'sı kötü, %13.3'ü çok iyi düzeydedir. Araştırmada hemofili tanılı ergenlerin tanı yılı ile öz-bakım gücü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır($x^2 = 0.134$ $p>0.05$) (Tablo 69).

Bakoğlu'nun (1998) hipertansiyonlu hastalarda yaptığı araştırmada, hipertansiyon oluş süresi ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasındaki farkı anlamsız bulmuştur. (6)

Yeşilbalkan'ın (2001) diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada öz-bakım gücü puanları ile diabet süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.(58)

Hastalık eğitimi, sağlıkla ilgili olumlu davranış geliştirme konusunda önemli bir yere sahiptir(6,58).

Araştırmaya katılan astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi ile daha önce astıma ilişkin eğitim alma durumu arasındaki ilişki tablo 51'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde eğitim alanların %10.0'ı kötü, %10.0'ı çok iyi; eğitim almayanların %10.0'ı kötü, %10.0'ı çok iyi düzeydedir. Öz-bakım gücü düzeyi daha önce astıma ilişkin eğitim alma durumu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir($x^2 = 5.000$ $p > 0.05$) (Tablo 57)

Diyabet tanılı ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi ile daha önce diyabete ilişkin eğitim alma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim alanların %20.0'ı çok iyi, %13.4'ü kötü; eğitim almayanların %6.7'si çok iyi, %3.3'ü kötü düzeydedir. Daha önce diyabete ilişkin eğitim alanların öz-bakım gücü düzeyi yüksek olmasına rağmen, eğitim alma durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($x^2 = 4.444$ $p > 0.05$) (Tablo 63)

Hemofili tanılı ergenlerin daha önce eğitim alma durumlarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, eğitim alanların %16.7'si çok iyi, %16.7'si kötü; eğitim almayanların %3.3'ü çok iyi, %16.7'si kötü düzeydedir. Tablo 66 incelendiğinde, öz-bakım gücü yüksek olan hastaların daha önce eğitim alan hastalar olduğu görülmekte olup bu farklılığın anlamlı olmadığı, daha önce eğitim alma durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir($x^2 = 3.429$ $p > 0.05$) (Tablo 70)

Çalışmada eğitim ile öz-bakım gücü düzeyi arasında ilişki bulunmamasının nedeni olarak örneklem sayısının az olması düşünülmektedir.

Yapılan varyans analizinde, astıma ilişkin eğitim almayan hastaların ve hemofiliye ilişkin eğitim almayanların puanları(93.75 ± 19.13),(88.20 ± 13.44), eğitim alan hastalardan(97.61 ± 15.13),(95.55 ± 14.72) daha düşük bulunmuştur. Örneklem grubumuzda diyabet tanılı ergenlerde eğitim almayanların kişi sayısı 3 olduğundan, öz-bakım gücü puan ortalamalarına bulgular bölümünde yer verilmiştir.

Yeşilbalkan(2001) diyabetli hastalarla yaptığı çalışmasında eğitim almayan hastaların öz-bakım gücü puanları, eğitim alan hastalardan daha düşük bulunmuştur (58).

Astım tanılı ergenlerin, hastaneye kontrole gelme zamanlarına göre öz-bakım gücü puan dağılımı incelendiğinde, hastaneye düzenli olarak gelenlerin öz-bakım gücü puan ortalamaları, düzenli olarak gelmeyenlere göre daha yüksek olmasına rağmen aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır($F = 1.104$ $p > 0.05$) (Tablo 58).

Fark bulunmamasının nedeni düzenli olarak kontrole gelmeyenlerin sayısının az olmasından(2 kişi) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diyabet tanılı ergenlerde hastaneye kontrole gelme zamanlarına göre öz-bakım gücü puan dağılımları arasında ilişki bulunamamıştır($F= 1.764$ $p>0.05$). (Tablo 65).

Hemofili tanılı ergenlerde yapılan varyans analizi sonucunda hemofililerin öz-bakım gücü toplam puan ortalaması ile hastaneye kontrole gelme zamanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($F= 3.446$ $p<0.05$). (Tablo 71).

Öz-bakım kavramının durumsal etmenler kapsamındaki varsayımların 3. maddesinde “öz-bakım davranışının, kişinin sahip olduğu sağlık bilgisinden etkilendiği”, açıklanmaktadır (42). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine düzenli olarak kontrole gelenlere hastalıkları hakkında eğitim verilmektedir. Hemofili tanılı ergenlerin yarısı düzenli olarak kontrole gelmediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle, öz-bakım gücü puan ortalamalarının düzenli olarak kontrole gelenlerden daha düşük çıktığı düşünülmektedir.

Yeşilbalkan(2001) çalışmasında, öz-bakım gücü toplam puan ortalaması ile daha önce eğitim alma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (58).

Diyabet tanılı ergenlerin düzenli insülin kullanma durumuna göre öz-bakım gücü değerlendirildiğinde, düzenli insülin kullananların %23.3’ü çok iyi, %10.0’i kötü; düzenli olarak insülin kullanmayanların %3.4’ü çok iyi, %6.7’si kötü öz-bakım gücüne sahiptir. Yapılan analizde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur($x^2= 8.944$ $p<0.05$) (Tablo 64).

Diyabetli çocuklar yaşam boyu insülin alırlar. Diyabette düzenli insülin kullanılması, diyabet komplikasyonlarının çıkmasını önleyecektir. Günlük insülin dozu; beslenme, fiziksel aktivite ve kan glukoz düzeyine bağlı olarak çocuktan çocuğa farklılık göstermektedir(29,59). Fakat önemli olan insülin dozlarının düzenli olarak yapılmasıdır. Diyabette düzenli insülin tedavisi daha esnek bir yaşam biçimine fırsat sağlar. Kan şekere, beslenme ve aktivite durumlarına göre insülin dozlarının ayarlanabilmesi çocukları uyumlu yaşam biçimi değişiklikleri için güçlendirir(29).

Astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi ile egzersiz yapmaları arasındaki ilişki incelendiğinde, egzersiz yapanların %10.0’i çok iyi, %3.3’ü kötü; egzersiz yapmayanların %10.0’i çok iyi, %16.7’si kötü düzeydedir. Egzersiz yapanların öz-bakım gücü düzeyi yapmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen, aralarında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır ($x^2= 2.625$ $p>0.05$) (Tablo 59).

Diyabet tanılı ergenlerin egzersiz yapmalarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, egzersiz yapanların %26.7'si çok iyi, egzersiz yapmayanların %16.7'si kötü düzeydedir. Diyabetli ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi ele alınarak egzersiz yapma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, çok önemli bir ilişki olduğu görülmektedir($x^2= 15.823$ $p<0.01$) (Tablo 66).

Hemofili tanılı ergenlerin egzersiz yapma durumlarına göre öz-bakım gücü düzeyine bakılırsa, egzersiz yapanların %13.3'ü çok iyi; egzersiz yapmayanların %6.7'si çok iyi, %3.3'ü kötü düzeydedir. Egzersiz yapma durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmuştur($x^2= 11.406$ $p<0.01$). (Tablo 72).

Orem, yaşamın sürekliliği için öz-bakımın gerekliliğini savunur. Bunun için hemşireler normal sınırlar içinde insan yapı ve işlevselliğinin sürdürülmesi ve insan potansiyeline uygun olan gelişmenin desteklenmesi sağlanmalıdır(42).

Ebeveynler astımlı çocuklarda hırıltıyı önlemek için çocukların fizik aktivitelerine izin vermezler. Egzersiz solunum fonksiyonlarını olumlu etkilediğinden uygun ilaç kullanımı ile birlikte fizik aktiviteye önem verilmelidir(74).

Egzersiz, diyabetli çocuğun bakımının önemli bir elemanıdır. Besin gereksinimleri ve insülin dozu düzenli yapılan egzersiz üzerine kurulur. Egzersiz ile karbonhidratlar kullanılır ve kanda plikoz düzeyi azalır. Diyabetli çocuklarda egzersizin hiçbir çeşidi kısıtlanmaz(29).

Egzersiz hemofilide eklem hareket yeteneğinin ve kas gücünün artmasında, kasların koordinasyonunda ve kontraktürlerin önlenmesinde önemli bir yeri vardır(44).

Astım tanılı ergenlerin hastalığını belirten kimlik bulundurmalarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, kimlik kartı bulundurma ile öz-bakım gücü düzeyi arasında önemli bir fark bulunmamıştır($x^2= 1.023$ $p>0.05$) (Tablo 60).

Diyabet tanılı ergenlerin hastalığını belirten kimlik kartı bulundurmalarına göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, kimlik bulundurma ile öz-bakım gücü düzeyi arasında ilişki saptanamamıştır($x^2= 5.042$ $p>0.05$). (Tablo 67).

Astım ve diyabet tanılı ergenlerde hastalığını belirten kimlik kartı bulunduranların öz-bakım gücü puan ortalamaları (101.00±20.57), (101.38±9.10), kimlik kartı bulundurmamayanların öz-bakım gücü puan ortalamalarından (93.60±3.18), (95.41±11.88) daha yüksek bulunmasına rağmen, aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Hemofili tanıli ergenlerin hastalığını belirten kimlik kartı bulundurmalarına göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, kimlik bulundurma ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($\chi^2= 7.022$ $p<0.05$) (Tablo 73).

Kronik hastalıklarda hastalığını belirten kimlik taşımaları çok önemlidir. Trafik kazalarının çok sık rastlandığı ülkemizde hemofili hastalarının özel kimlik yada künye taşımaları hayati önem taşımaktadır. Kimlik taşıyan hastaların bu konuda eğitim almış oldukları düşünülür. Eğitim alan hastaların da öz-bakım gücü düzeyi olumlu yönde etkilenir(44).

Astım tanıli ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, okulda bilinenlerin %20.0'ı çok iyi, %16.7'si kötü; bilinmeyenlerin %3.3'ü kötü düzeydedir.

Yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2= 1.800$ $p>0.05$). (Tablo61).

Diyabet tanıli ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumuna göre öz-bakım gücü düzeyine bakıldığında, okulda bilinenlerin %20.0'ı çok iyi, %10.0'ı kötü; okulda bilinmeyenlerin %6.7'si çok iyi, %6.7'si kötü düzeydedir. Okulda bilinme durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($\chi^2= 9.810$ $p>0.05$). (Tablo 68).

Hemofili tanıli ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumuna göre öz-bakım gücü düzeyi incelendiğinde, okulda bilinenlerin %10.0'ı kötü, okulda bilinmeyenlerin %23.3'ü kötü düzeydedir.

Hemofili tanıli ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($\chi^2= 11.447$ $p<0.05$). (Tablo 74).

Bu sonucun hemofili tanıli erenlerde okula devam etmeyenlerin sayısının okula devam edenlere göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bağımsız değişkenlerden, astım tanıli ergenlerin ayda geçirdikleri kriz sayısı, hemofili tanıli ergenlerin hemofili türü ile öz-bakım gücü arasında anlamlı fark elde edilememiş; bu nedenle bulgulara bölümde yer verilmemiştir.

4.1.5. ASTIM, DİYABET, HEMOFİLİ TANILI ERGENLERİN ÖZ-BAKIM GÜCÜ KARŞILAŞTIRILMALARININ İNCELENMESİ

Astım-diyabet grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır($t= 0.246$ $p>0.05$). (Tablo 75).

Astım-hemofili grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($t= 0.058$ $p>0.05$). (Tablo 76).

Hemofili-diyabet grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($t= 0.246$ $p>0.05$). (Tablo 77).



4.2- SONUÇ

Araştırma kapsamına alınan astım tanılı ergenlerin %33.3'ü kadın, %66.7'si erkek; diyabet tanılı ergenlerin %46.7'si kadın, %53.3'ü erkek; hemofili tanılı ergenlerin %100.0'ı erkek; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %20.0'ı kadın, %80.0'ı erkek; yaş ortalamaları 17.31 ± 2.06 'dır.

Astım tanılı ergenlerin %96.7'si okula devam etmekte olup, %3.3'ü ise çeşitli nedenlerle okula ara vermiştir. Diyabet tanılı ergenlerin %90.0'ı okula devam etmekte iken, %10.0'ı okula ara vermiştir. Hemofili tanılı ergenlerin %56.7'si okula devam etmekte, %43.3'ü ara vermiş; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %40.0'ı okula devam etmekte, %60.0'ı okula ara vermiştir.

Astımlı ergenlerin %66.7'sinin, diyabetli ergenlerin %56.7'sinin en uzun süre il merkezinde yaşamış oldukları belirlenmiştir. Hemofili tanılı ergenlerin %50.0'ının ve kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %60.0'ının en uzun süre ilçe merkezinde yaşamış oldukları belirlenmiştir. Yaşam yılı ortalaması, 4.30 ± 1.06 'dır.

Astım tanılı ergenlerin %73.3'ü, diyabet tanılı ergenlerin %70.0'ı, hemofili tanılı ergenlerin %50.0'ı apartmanda; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %80.0'ı müstakil bir evde oturmaktadır ve ergenlerin 2/3'lük bölümünün kendilerine ait odası vardır.

Araştırma kapsamına alınan astımlı ergenlerin %93.3'ünün, diyabetlilerin %96.6'sının, hemofililerin %90.0'ının, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin tamamının hastane giderleri bir kurum tarafından karşılanmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan astım tanılı ergenlerin %93.0'ı, diyabetlilerin %76.7'si, hemofili tanılı ergenlerin %70.0'ı, kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %60.0'ı anne, baba ve kardeşleriyle yaşamaktadırlar.

Astım tanılı ergenlerin %80.0'ı, diyabetlilerin %66.7'si, hemofililerin %50.0'ı, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %60.0'ı bir kardeşe sahiptir. Kardeş sayı ortalaması 1.31 ± 0.89 bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan astımlı ergenlerin %66.7'sinin, diyabetlilerin %73.3'ünün, hemofililerin %63.3'ünün, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %40.0'ının boş zamanlarını sosyal ve kültürel etkinlikle geçirdikleri belirlenmiştir.

Astım tanılı ergenlerin %20.0'nın içki kullandığı; diyabet tanılı ergenlerin %16.7'sinin içki, %10.0'nın sigara kullandığı; hemofili tanılı ergenlerin %16.7'sinin içki, %16.7'sinin sigara kullandığı; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %40.0'nın içki kullandığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kronik hastalığı olan ergenlerin en uzun tanı alma süreleri, astımlıların %46.7'si 0-5 yıl, diyabetlilerin %40.0'ı 5-10 yıl, hemofilililerin %63.3'ü en az 16 yıldır.

Astım tanılı ergenlerin %60.0'ı, diyabetlilerin %90.0'ı, hemofilililerin %66.7'si, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan ergenlerin %50.0'ı hastalığı ile ilgili eğitim almıştır.

Astım tanılı ergenlerin %33.3'ü, diyabetlilerin %53.3'ü, hemofilililerin %30.0'ı, kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %20.0'ı egzersiz yapmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan astımlı ergenlerin öz-bakım gücü toplam puan ortalaması, 96.06 ± 16.63 ; diyabet tanılı ergenlerin, 98.00 ± 1.01 ; hemofili tanılı ergenlerin, 93.10 ± 14.51 ; kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin, 105.00 ± 10.48 olduğu görülmüştür. Hastalıklar ile öz-bakım gücü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Cinsiyet ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Kronik hastalık yaş gruplarını birlikte ele alınarak öz-bakım gücü düzeyi karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Farklı kronik hastalığı olan çocukların yaş grupları ile öz-bakım gücü karşılaştırıldığında, astım ve diyabet tanılı ergenlerde anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hemofili tanılı ergenlerde anlamlı bir ilişki vardır. Hemofili tanılı ergenlerde yaş grupları öz-bakım gücünü belirleyen önemli bir değişkendir ($\chi^2 = 17.175$ $p < 0.01$).

Kronik hastalığı olan ergenleri birlikte ele alınarak okula devam etme durumu ile öz-bakım gücü düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki olduğu ($\chi^2 = 11.018$ $p < 0.05$) belirlenmiştir.

Farklı kronik hastalığı olan çocukların okula devam etme durumu ile öz-bakım gücü düzeyi karşılaştırıldığında, astımlı ergenlerde anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). diyabetli ergenlerde okula devam etme durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında ilişki bulunmuştur ($\chi^2 = 9.167$ $p < 0.05$). Hemofili tanılı ergenlerde de okula devam etme durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı fark vardır ($\chi^2 = 9.386$ $p < 0.05$).

Kronik hastalığı olan ergenler birlikte ele alınarak aile tipi ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin aile tipi ile öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, astım tanılı ergenlerde istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır ($F= 5.12$ $p<0.01$). Diyabet ve hemofili tanılı ergenlerin aile tipi ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Kronik hastalık grupları birlikte ele alınarak aile tipi ile öz-bakım gücü düzeyi karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark vardır ($\chi^2=16.807$ $p<0.01$).

Farklı kronik hastalığı olan çocukların ailedeki kişi sayısı ile öz-bakım gücü düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kronik hastalık grupları birlikte ele alınarak ev niteliği ile öz-bakım gücü düzeyi arasında önemli bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=17.372$ $p<0.01$).

Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin evin niteliği ile öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hemofilili ergenlerde evin niteliği öz-bakım gücünü etkilemektedir ($F= 6.01$ $p<0.01$). Diyabet ve astım grubunda evin niteliği ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Astım ve diyabet tanılı ergenlerin sosyal güvenceleri ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemofili tanılı ergenlerin sosyal güvenceleri ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($F= 2.352$ $p>0.05$).

Kronik hastalık grupları birlikte ele alınarak boş zamanlarını değerlendirme ile öz-bakım gücü düzeyi arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($\chi^2= 8.970$ $p>0.05$).

Farklı kronik hastalığı olan ergenlerin boş zaman değerlendirme ile öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, astımlı ergenlerde boş zamanlarını değerlendirme ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasında bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Diyabet ve hemofili tanılı ergenlerde öz-bakım gücü puan ortalamaları ile boş zamanlarını değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan kronik hasta grupları birlikte ele alınarak alkol kullanma durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Farklı kronik hastalığı olan çocukların alkol kullanma ile öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, astım tanılı ergenlerde alkol kullanma ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasında anlamlı sonuç elde edilmiştir ($F= 10.568$ $p<0.01$).

Astımlı ergenlerde alkol kullanma sıklığı ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($F= 11.18$ $p<0.01$). Diyabet ve hemofili tanılı ergenlerin alkol kullanma ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Astım, diyabet, hemofili tanılı ergenlerin sigara kullanma ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım, diyabet, hemofili tanılı ergenlerin hastalık süresi ile öz-bakım gücü düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Astım, diyabet, hemofili tanılı ergenlerin daha önce hastalıklarına ilişkin eğitim alma durumu ile öz-bakım gücü puan ortalaması karşılaştırıldığında, anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Astım ve diyabet tanılı ergenlerin hastaneye kontrole gelme zamanları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemofili tanılı ergenlerin hastaneye kontrole gelme zamanları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 3.446$ $p<0.05$).

Diyabet tanılı ergenlerin düzenli insülin kullanma durumu ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır ($x^2= 8.944$ $p<0.05$).

Astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü düzeyi ile egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Diyabet ve hemofili tanılı ergenlerin egzersiz yapma durumları ile öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ($x^2= 15.823$ $p<0.01$, $x^2= 11.406$ $p<0.01$).

Astım ve diyabet tanılı ergenlerin hastalığını belirten kimlik kartı bulundurmaları ile öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0.05$). Hemofili tanılı ergenlerin hastalığını belirten kimlik kartı bulundurmaları ile öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($x^2= 7.022$ $p<0.05$).

Astım ve diyabet tanılı ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumu ile öz-bakım güçleri arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Hemofili tanılı ergenlerin hastalığının okulda bilinme durumu ile öz-bakım güçleri arasında anlamlı bir fark vardır ($x^2= 11.447$ $p<0.05$).

Astım-diyabet, astım-hemofili, hemofili-diyabet grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.2.1- ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında; kronik hastalığı olan ergenlerin öz-bakım güçlerini yükseltmek, kendi gereksinimlerini belirleyebilmek ve etkili hemşirelik girişimleriyle gereksinimlerinin karşılanması amacıyla aşağıdaki girişimler önerilebilir:

1-Hemşirenin, ergenlerin hastalıklarının bakımı ve tedavisi konusunda yaşadıkları sorunları tanınması ve onların sorunlarına duyarlılık göstermesi,

2- Hemşirelerin hasta bireyin gereksinimlerini karşılamada öz-bakım gücünün önemini bilmesi ve öz-bakım gücü ile kişi özellikleri arasındaki eksiklikler doğrultusunda hemşirelik bakımının planlanması,

3- Hemşirelerin bireylere sunulacak sağlık hizmetlerinde onaylayabilecekleri etkin rol dikkate alınarak, hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitimlerinde öz-bakım gücü konusuna ağırlık verilmesi,

4- Hastanelerde sağlık ekibinin tüm üyelerinin konuya gereken duyarlılığı göstermesi,

5- Kronik hastalık tanısıyla izlenen ve kontrol için polikliniğe gelen ergenlere, hastalıklarına ilişkin yaşadıkları sorunları ifade edebilecekleri uygun bir ortamın sağlanması,

6- Kronik hastalığın ergen üzerindeki fiziksel etkilerinin yanı sıra, psikolojik etkilerinin de öğrenilmesi,

7- Ergenin hastalığı, bakımı ve tedavisine ilişkin verilen bilgilerin, ergenin gereksinimlerine göre belirli aralıklarla tekrarlanması,

8- Kronik hastalığı olan ergenlerin, hastalığı nedeniyle karşılaştıkları sorunlarla baş etme yöntemlerinin ve destek kaynaklarının değerlendirilmesi,

9- Kronik hastalığı olan ergenler ve aileleri için terapi ve destek gruplarının oluşturulması,

10- Kronik hastalığı olan ergenlerin bağımsızlıklarını arttırmak için kendi bakımlarına ilişkin kararlarına katılmalarına ve kendi kendine bakımı için mevcut kapasitelerini belirlemelerine izin verilmesi ve geliştirilmesi,

11- Toplum içinde, kronik hastalığı olan ergene verilen değerin ve öz-güvenin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,

12- Kronik hastalığı olan ergenlerin topluma aktif olarak katılımını sağlayacak olanakların oluşturulması,

13- Kitle iletişim araçları aracılığı ile topluma kronik hastalıkların özellikleri ile ilgili tanıtıcı bilgiler verilmek suretiyle toplumun kronik hastalığı olanlara karşı olumlu bakış açısı geliştirmesinin sağlanması,

14- Olumlu sağlık alışkanlıklarının kazanılması amacıyla kurumlarca eğitim programlarının düzenlenmesi,

15- Benzer araştırmaların değişik ve daha geniş hastalık gruplarıyla tekrarlanması önerilebilir.



ÖZET

Bu çalışma, kronik hastalık tanısı ile izlenen(astım, diyabet, hemofili, kronik böbrek yetmezliği) 15-21 yaş grubundaki ergenlerin öz-bakım güçlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı, karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Pediyatrik Endokrin, Hematoloji, Allerji poliklinikleri ve hemodiyaliz ünitelerinde yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına 01.07.2002- 30.10.2002 tarihleri arasında olasılıksız örneklem yoluyla, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Pediyatrik Endokrin, Hematoloji, Allerji poliklinikleri ve hemodiyaliz ünitelerinde izlenen 30 astım, 30 diyabet, 30 hemofili, 5 kronik böbrek yetmezliği tanılı ergen alınmıştır. Kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin örneklem sayısı araştırma süreci boyunca tamamlanamadığı için, bu grup kısıtlı örneklem olarak alınmıştır.

Veriler ergenlerle yüzyüze görüşülerek gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra toplanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kronik hastalığı olan ergenlerin tanıtıcı bilgilerini içeren anket formu(Ek I), Hastalık Formu(Ek II) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği(Ek III) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, Ki-kare testi, Oneway anova testi, student t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan astımlı ergenlerin %33.3'ü kadın, %66.7'si erkek; diyabetlilerin %46.7'si kadın, %53.3'ü erkek; hemofilililerin tamamı erkek, kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin %20.0'ı kadın, %80.0'ı erkektir. Kronik hastalığı olan ergenlerin yaş ortalamaları 17.31 ± 2.06 bulunmuştur. Hastalık grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Astım tanılı ergenlerin öz-bakım gücü puan ortalaması 96.06 ± 16.63 , diyabet tanılı ergenlerin 98.00 ± 11.01 , hemofili tanılı ergenlerin 93.10 ± 14.51 , kronik böbrek yetmezliği tanılı ergenlerin 105.00 ± 10.48 bulunmuştur. Hastalık grupları ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kronik hastalığı olan ergenlerin okula devam etme durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($\chi^2 = 11.018$ $p < 0.05$).

Kronik hastalığı olan ergenlerin ailede yaşayan kişi sayısına göre öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($x^2= 16.807$ $p<0.01$).

Kronik hastalığı olan ergenlerin ev niteliğine göre öz-bakım gücü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır($x^2= 17.372$ $p<0.01$).

Tüm bu bilgilerin doğrultusunda, kronik hastalığı olan ergenler için hastalık, iyilik halinin sürdürülmesi, tedavi ve prognoz hakkında eğitim programlarının hazırlanması, ergenlerin duygularını ifade etmelerini sağlayacak ortamların hazırlanması, toplum içinde kronik hastalığı olan ergene verilen değerin ve öz-güvenin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmiştir.



SUMMARY

This study has been planned as a comparative and descriptive research in order to fix the self-care agency of adolescents in 15-21 ages in regards of asthma, diabetes, homophilia, chronic renal deficiency.

The research has been executed at the pediatric endocrine, hematology, allergy polyclinics and haemodialysis units of Ege University Facult of Medicine Research and Application Hospital.

By means of nonprobability simpling during 01 July 2002- 30 Oct. 2002, 30 asthma, 30 diabetics, 30 hemophilia and 5 chronic renal deficiency adolescents at the pediatric endocrine, hematology, allergy polyclinics and haemodialysis units of Ege Universty Facult of Medicine Research and Application Hospital were taken into study. As the sampling number of adolescents with chronic renal deficiency could not be completed during research, this group took limited sampling.

By discussing face to face after giving necessary explanations results were collected.

In this research, the inquiry form(Enc: 1) covering information for adolescents with chronic illness, Patient Form(Enc: 2) and Self-Care Efficacy Scale(Enc: 3) were used.

In evaluation of data, number, percentage distribution, Q-square test, Oneway Anova and Student t test were used.

Of the participants, 33.3% of the adolescents with asthma was female and 46.7% was male. 46.7% of diabetics was female and 53.3% was male. Adolescents with hemophilia were all males. 20% of adolescents with chronic renal deficiency was female and 80% was male. The age average of adolescents with chronic illness was found as 17.31 ± 2.06 . No meaningfull correlation was found between patient groups and self-care agency.

The average score of self-care agency of adolescents with asthma was found as 96.06 ± 16.63 , diabetics were found as 98.00 ± 11.01 , adolescents with hemophilia was found as 93.10 ± 14.51 , adolescents with chronic renal deficinecy was found as 105.00 ± 10.48 . No meaningfull correlation was found between patient groups and self-care agency.

Meaningfull correlation was found between school-attendant adolscents with chronic illness and self-care agency($x^2= 11.018$ $p<0.05$).

Meaningfull correlation was found between number of people living in family of adolescents with chronic illness and self-care agency($x^2= 16.807$ $p<0.01$).

Meaningfull correlation was found between house qualiations of adolescents with chronic illness and self-care agency($x^2= 17.372$ $p<0.01$).

In direction of all these informations, wellness maintenance of adolescents with chronic illness, preparing treatment and prognosis education seminars, activites for explaining the feelings of adolescents, increase of self-reliance of adolescents with chronic illness were recommended.



KAYNAKLAR

- 1- **Akgül, A.**, (1997) Tibbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara S:38-40
- 2- **Akyol,A.**, (2002) Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri Tedavi ve Korunma, İnter Tıp Yayıncılık, İzmir, S:18
- 3- **Algier, L.**, (1992), Hastanede Yatan Adölesanlarda Kaygının Giderilmesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 3: (1), S: 48,49,50
- 4- **Arcasoy, M., ve ark.**, (1994), Çocukta Fizik Bakı ve Beslenme, 1. Baskı, Saray Kitabevi, İzmir, S:258-268
- 5- **Aslan, B.**, (2001), Adölesan Gebelerin Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü S:68-90
- 6- **Bakoğlu,E.**, (1998), Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, S:1, C:4, S: 41, 49
- 7- **Baysal, B.**, (1993), Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerindeki Psikososyal Etkileri, Türk Psikiyatri Derneği, C: 4(4), S: 273-274
- 8- **Baysal, B.**, (1994), Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Aileleri, Çocuk Psikiyatrisinde Konsültan Liyezon, Ankara, , S: 123-136
- 9- **Bilen, M.**, (1998) Sağlıklı İnsan İlişkileri, Armoni Ltd. Şti., Ankara, S: 222-223
- 10- **Bolat, Ç.**, (1994), Kronik Hasta Çocukların Ailelerinin Uyum Sorunları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:2, İzmir, S: 49-50
- 11- **Burkhard, A.M., Jacobson, G.M.**, (2001), "Nurturing and Caring for Self, **The Nursing Clinics of North America**, V. 16, N: 1, March, S: 23-31

- 12- **Cavanagh, J.S.**, (1991), Orem's Model in Action, The Macmillan Press Ltd., London, , S: 3-32
- 13- **Christionsen, H.**, (1998), Self-Care: Evaluation and Management, Rehabilitation Medicine, J.B., Lippincott Company, Philadelphia, S: 96
- 14- **Clemen, S.**, (1998), Comprehensive Community Health Nursing, Mosby, Fifth Edition, United States of America, S: 595
- 15- **Conn, V.**, (1991), Self Care Actions Taken By Older Adults for İnfluenza and Colds, **Nursing Research**, 40: 176-181,
- 16- **Curley, A.Q.M., Hormen, M.A.P.**, Critical Care Nursing of İnfants and Childreen, Second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, United States of America, 2001, S: 37-43
- 17- **Çalışkan, D., Tunçbilek, A.**, (1994), Abidinpaşa Sağlı Grup Başkanlığı Bölgesindeki Dört Lisede Gençlerin Ergenlik Dönemi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Etkili Faktörler, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D., İstanbul, S:200-205
- 18- **Çam, O.**, (1997), Ruhsal Durum Açısından Gençlik, Sağlıklı Gençlik ve Hemşirelik Kitabı, S:36-40
- 19- **Çavuşoğlu H.**, (2001),Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara,: 67
- 20- **Çavuşoğlu, H.**, (2001), Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadıkları Güçlükler, Ankara, 1994 S:8-12
- 21- **Çavuşoğlu, H.**, (2001), Self-Esteem in Adolescence: Comparisons of Adolescents with Diabetes Mellitus and Leukemia, **Pediatric Nursing**, Vol= 27, No: 4, S: 355

- 22- Deering, Gray, C.,** (2002), Communicating with Children and Adolescents, American Journal of Nursing, Vol: 102, No: 3, S: 39
- 23- Demir, L.,** (1995), Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği, Matsa Basımevi, Ankara, S: 76-77
- 24- Dennis, C., M.,** (1997), Self Care Deficit Theory of Nursing and Applications, Mosby Company, S: 64-82
- 25- Derman, O., Öksüz, N.,** (2001), Adölesanlarda Klinik Değerlendirmenin Temel Prensipleri, Hacettepe Tıp Dergisi, Ankara, 32(4), S: 302-308
- 26- Ekşi, A.,** (1997), Çocuk ve Ergen Liyezon Psikiyatrisi, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım II, C: 2, S: 4, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, S: 519-525
- 27- Ekşi, A.,** (1994), Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde ve Hastanede Hasta Çocuklarıyla Kalan Annelerle Grup Çalışması, Türk Psikiyatri Derneği, 5(2), S: 91-93
- 28- Erci, B., Okanlı, A.,** (2002), Öz-bakım Gücü ile İntihar Girişimi Arasındaki İlişki, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Diyarbakır Dicle Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, S: 92
- 29- Erdoğan, S.,** (2002), Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, Yüce Reklam A.Ş., İstanbul, S: 81-90
- 30- Erermiş, H.S., Tamer, M.,** (1997), Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyezon, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi- II, C: 2, S: 2, E.Ü. Basımevi, İzmir, S: 278-279
- 31- Eroğlu, K., Koçak, F.,** (1994), 12-18 Yaş Çalışan ve Okuyan Gençlerde Sigara İçmeye Yönelik Bilgi ve Davranışların İncelenmesi, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:2, S: 109-120

- 32- Fadiloğlu, Ç.,** (2002), Kronik Hastalıkların Tanımı, Epidemiyolojisi, Kronik Hastalıklarda Bakım, İntertıp, İzmir, S: 1-45
- 33- Foster, P.C., Janssens, N.P.,** (1985), Nursing Theory The Base for Professional Nursing Practice, Second Edition, Practice Hole, Newcersy S:436
- 34- Geden, E., Taylor, S.,** (1991), Construct and Empirical Validity of the Self-as Carer İVENTORY, **Nursing Research**, Vo: 40 N: 1, S: 47-50
- 35- Gökdoğan, F., Akıncı, F.,** (2001), Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1), S: 10-15
- 36- Kara, B.,** (2001), Öz-Bakım Tanımı ve Kavramsal Yönü, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, **Sendrom**, Yıl: 13 Sayı: 7, Logos Yayıncılık, S:105-107
- 37- Karaoğlu, L.,** (1996), Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bilgi Kitabı, Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D., İstanbul, S: 180-186
- 38- Kavaklı, A.,** (1992), Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme, Hilal Matbaacılık, İstanbul, S: 226-228
- 39- Kavaklı, K.,** (2000), Hemofili 2000, III. Ege Hemofili Günleri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, S: 46-47
- 40- Kyngos, H.,** (1995), Meaning Attacted to Compliance with Self-Care and Conditions for Compliance among young Diabetics, **Journal of Advanced Nursing**, No: 21, S: 729-736
- 41- McBride, H.S.,** (1991), Comperative Analysis of Three İnsturments Designed to Measure Self-Care Agency, **Nursing Research**, 40, No: 1, S: 12-17

- 42- **Nahçıvan, N.**, (1993), Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamına Etkisi, Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, S:22-23
- 43- **Neyzi, O.**, (1982), Kavaklı, A., Çocuk Hemşireliği Bilgisi, Demet Ofset Matbaacılık, İstanbul, S: 277
- 44- **Nişli, G.**, (1995), Hemofilik Çocuk ve Sorunları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, S: 37-38
- 45- **Özcebe, H., ve ark.**, (2002), Adölesanlar ve Anneler Arasındaki İletişim, www.thb.hacettepe.edu.tr
- 46- **Özer, M.**, (2001), Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, S: 30-150
- 47- **Pasinlioğlu, T.**, (1998), Gebelerin Öz-Bakım Gücü ve Öz-Bakım Gücünü arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, Uluslararası Katılımlı V. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, D.E.Ü. Rektörlüğü Matbaası, İzmir, S: 135-149
- 48- **Patrician, A.**, (1998), Independence and Dependency, Rehabilitation Nursing Practice, McGraw-Hill Companies, Newyork, S:468-472
- 49- **Plitteri, A.**, (1999), Child Health Nursing Care of the Child and Family, Lippincott, Philadelphia, S: 309-341
- 50- **Radziewics, M.R.**, (2001), Self-Care for the Caregiver, *Nursing Clinics of North America*, Vol: 36, No: 4, S: 855-867
- 51- **Sartain S. A., Clarke L.L.**, (2000), Hearing the Voices of Children with Chronic İllness, *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 913-921
- 52- **Serim, H.**, (2002), Adölesanlara Sağlık Hizmeti Sunumu, 46. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı, Mersin, S: 29-31

- 53- Snethen, A., ve ark.,** (2001), Adolescents' Perception of Living with End Stage Renal Disease, Pediatric Nursing, Vol: 27, No: 2, S: 59-167
- 54- Sönmez, S.,** (1998), Kronik Hastalığın Çocuklar ve Annelerinin Depresyon Düzeylerine Ve Anne-Çocuk İlişkilerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, S: 7
- 54- Stanhope, M.,** Community Health Nursing(Process and Practice for Promting Health), Second Edition, Toronto, Washington, 1988
- 55- Veliöğlü P.,** Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset:, İstanbul, 1999, S: 323-347
- 56- Whaley, F.L., Wong, L.D.,** Essentials of Pediatric Nursing, Second Edition, The VC. Mosby Company, Toreb, St. Louis, 1985, S: 445-447
- 57- Yavuzer, H.** Ana-Baba ve Çocuk, 12. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul 1999, S: 243-244
- 58- Yeşilbalkan, Ö.,** (2001), Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, S: 168-188
- 59- Yılmaz, C., ve ark.,** (2002), Diyabet Hemşiresi El Kitabı, Asya Tıp Yayıncılık, İzmir, 63-77
- 60- Yılmazer, T.,** (2002), Adölesan Sağlığı ve Gelişimi, 46. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı, Mersin, S: 32-34
- 61- Yorulmaz, M., Erkal, S.,** (2002), 11-19 Yaş Grubu Tip 1 Diabetes Mellituslu Çocuklarda Öz-bakım, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl: 12, S: 20
- 62- Yörükoğlu, A.,** (2000), Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, İstanbul, S: 375-381

- 63- Yurdakök, M., Coşkun, T., (1995), Pediatri(Yeni Bilgiler, Yeni Görüşler), Güneş Kitabevi, Ankara, S: 1-21
- 64- Yurtsever, S., (2000), Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 4, S: 1, S: 16
- 65- **“Transition of Care Provided for Adolescents with Special Health Care Needs”** <http://www.aop.org/policy/o1203.html>
- 66- **“Ergenlik Dönemi”** <http://www.psikom.com>, , 2001
- 67- **“Psychosocial Risks of Chronic Health Conditions in Children and Adolescence”** <http://www.aop.org/policy/05127.html>, Pediatrics Volume: 92, Number 6, December 1993
- 68- **“Managed Care and Children with Special Health Care Needs”:** Creating a Medical Home, 2001, <http://www.aop.org/advocacy/mmcmdhan.htm>
- 69- **“Ergenlik Dönemi”** <http://www.roche.com.tr>
- 70-Ro- CODEC **“Çocuklarda Kronik Hastalıkların Sıklığı Tarama Çalışması”** Literatür, Aktüel Eki, 1997, Mayıs, 4: 41: 15
- 71- **Çev. Editörler: Bekir Metin, Ayşe Akın, İzgi Güngör, 21.** Yüzyılda Yaşam(Herkes İçin Bir Vizyon), Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, S: 88-89
- 72- Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, (2002) **“Ergenlik Döneminde Değişim”**, Ankara, S:7
- 73- **Geçlik Çağı ve Problemleri,** 2003, www.egitimbahcesi.netteyim.net/genclik
- 74- **Astım Nedir?,** www.aid.org.tr
- 75- www.aile.gov.tr/aileist.htm
- 76- www.bakirkoy-bld.gov.tr/cocukbobrekvakfi.htm

FARKLI KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERİN ÖZ BAKIM GÜÇLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

EKI : Sosyo-demografik Veri Formu

DENEK NO:

KOLON **KOD**

1- Cinsiyetiniz nedir?

1() Kadın 2() Erkek

2- Kaç yaşındasınız? (açıkça yazınız).....

1() 15-16 2() 17-18 3() 19 ve üzeri

3- Okula gidiyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

4- Evetse, kaçınıcı sınıf?

1() Hazırlık 2() Lise 1 3() Lise 2 4() Lise 3
5() Üniversite

5- Ailenizin yerleşim yeri neresidir?

1() Köy 2() İlçe Merkezi 3() İl Merkezi

6- Kaç yıldır bulunduğunuz yerde yaşıyorsunuz?

1() Bir yıldan az 2() 1-3 yıl 3() 4-6 yıl
4() 7-9 yıl 5() 10 yıl ve üzeri

7- Oturduğunuz ev kime ait?

1() Kendilerinin 2() Kira 3() Lojman
4() Yakınlarının, kira ödemiyorlar

8- Evin niteliği?

- 1() Gecekondu 2() Müstakil 3() Apartman
4() Diğer, belirtiniz

9- Evde kendinize ait odanız var mı?

- 1() Evet 2() Hayır

10- Sosyal güvenceniz var mı?

- 1() Emekli Sandığı 2() SSK 3() Bağ-Kur
4() Yeşil Kart 5() Özel Sağlık Sigortası 6() Yok

11- Ailenizin tipi hangisine uyuyor?

- 1() Çekirdek aile (sadece anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan aile tipi)
2() Geleneksel geniş aile (anne, baba, çocuklar ve kan bağı olan hısım ve akrabaların bir arada yaşadığı aile tipi)
3() Parçalanmış aile

12- Ailede kaç kişi yaşıyorsunuz?

- 1() 2 2() 3 3() 4
4() 5 ve üzeri

13- Kardeşiniz var mı?

- 1() Evet 2() Hayır

14- Evetse, ailede yaşayan kardeş sayısı nedir? (Sizin dışınızda).

- 1() 1 2() 2 3() 3
4() 4 5() 5 ve üzeri

15- Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1() Sosyal ve kültürel etkinlik (müzik dinlemek, sinema, tiyatro vb. gitmek, hobiler, eğlence)
2() Sportif etkinlik
3() Boş zamanım olmuyor
4() Diğer

16- İçki kullanıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

17- Evetse, ne sıklıkla

18- Sigara kullanıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

19- Evetse, günde kaç tane



EK II : Hastalık Formu (Diabet)

1- Kaç yaşında hastalığınızın tanısı kondu?

2- Hastalığınız konusunda eğitim aldınız mı?

1() Evet 2() Hayır

3- Hastalığınıza ilgili olarak insülin kullanıyor musunuz? (Diabet)

1() Evet 2() Hayır

4- İnsülin kullanıyorsanız, insülini kim uyguluyor?

1() Kendim 2() Annem 3() Babam 4() Diğer.....

5- Kontroller için hastaneye hangi sıklıkla geliyorsunuz?

1() Ayda bir 2() 3 ayda bir 3() 6 ayda bir 4() 1 yılda bir

5() Kendimi kötü hissettiğim zaman

6- Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

7- Evetse, hangi egzersizleri yapıyorsunuz?

8- Hasta olduğunuzu belirten kimlik kartını yanınızda taşıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

9- Okula gidiyorsanız, okuldaki öğretmenler ve arkadaşlarınız hasta olduğunu biliyor mu?

1() Evet 2() Hayır

10- Hastalığınızla ilgili neler hissediyorsunuz?

EK II : Hastalık Formu (Astım)

1- Kaç yaşında hastalığınızın tanısı kondu?

2- Hastalığınız konusunda eğitim aldınız mı?

1() Evet 2() Hayır

3- Ortalama 1 ay içerisinde kaç kez astım krizi geçiriyorsunuz?

1() 1-2 kez 2() 3-4 kez 3() 4-5 kez 4() 6-7 kez

4- Kontroller için hastaneye hangi sıklıkla geliyorsunuz?

1() Ayda bir 2() 3 ayda bir 3() 6 ayda bir 4() 1 yılda bir

5() Kendimi kötü hissettiğim zaman

5- Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

6- Evetse, hangi egzersizleri yapıyorsunuz?

7- Hasta olduğunuzu belirten kimlik kartını yanınızda taşıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

8- Okula gidiyorsanız, okuldaki öğretmenler ve arkadaşların hasta olduğunu biliyor mu?

1() Evet 2() Hayır

9- Hastalığınızla ilgili neler hissediyorsunuz?

EK II : Hastalık Formu (Hemofili)

1- Kaç yaşında hastalığınızın tanısı kondu?

2- Hastalığınız konusunda eğitim aldınız mı?

1() Evet 2() Hayır

3- Hangi faktör eksikliğiniz var? (Hemofili)

1() Faktör VIII 2() Faktör IX

4-Kontroller için hastaneye hangi sıklıkla geliyorsunuz?

1() Ayda bir 2() 3 ayda bir 3() 6 ayda bir 4() 1 yılda bir
5() Kendimi kötü hissettiğim zaman

5-Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

6-Evetse, hangi egzersizleri yapıyorsunuz?

7-Hasta olduğunuzu belirten kimlik kartını yanınızda taşıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

8- Okula gidiyorsanız, okuldaki öğretmenler ve arkadaşların hasta olduğunuzu biliyor mu?

1() Evet 2() Hayır

9- Hastalığınızla ilgili neler hissediyorsunuz?

EK II : Hastalık Formu (Kronik böbrek yetmezliği)

1- Kaç yaşında hastalığınızın tanısı kondu?

2- Hastalığınız konusunda eğitim aldınız mı?

1() Evet 2() Hayır

3-Diyetinize tam olarak uyabiliyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

4- Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

5- Evetse, hangi egzersizleri yapıyorsunuz?

6-Hasta olduğunuzu belirten kimlik kartını yanınızda taşıyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

7- Okula gidiyorsanız, okuldaki öğretmenler ve arkadaşların hasta olduğunu biliyor mu?

1() Evet 2() Hayır

8- Hastalığınızla ilgili neler hissediyorsunuz?

EK III: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 15 ifade bulunmaktadır.Lütfen herbir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse,karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz.Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım sözkonusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman,ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman,yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere.başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrini yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum. ()	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum. ()	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum. ()	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum. ()	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum. ()	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum. ()	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım. ()	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur. ()	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım. ()	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim. ()	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir. ()	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum. ()	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim. ()	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. ()	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. ()	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili herşeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum. ()	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim. ()	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım. ()	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. ()	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum. ()	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım. ()	()	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

Arş.Gör. Sibel AKDUMAN

1972 yılında Çal, Denizli’de doğdu. İlkokul ve orta öğrenimini Çal’da tamamladı. Lise öğrenimini İzmir Atatürk Sağlık Meslek Lisesinde tamamladı. 1990-1991 öğretim yılında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokuluna girdi. Aynı yıl İstanbul Belediyesi Darülaceze Müessesesi Müdürlüğünde Hemşire olarak çalışmaya başladı. 1994 yılında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu. 1995 yılında Ödemiş Sağlık Meslek Lisesinde Meslek Dersleri öğretmeni olarak çalışmaya başladı. 1999 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün açmış olduğu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans programını kazandı. 2001 yılında Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulunda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen yüksek lisans tez çalışmalarına devam etmektedir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAKANLIĞI
BİLGİ YÖNETİMİ VE KÜTÜPHANE BAKANLIĞI
BOKÜ MANTASYON MERKEZİ