

159932

PSİKIYATRİK YARDIM ALAN ERGENLERİN SOSYAL DESTEK
ALGILARI VE BUNU ETKİLEYEN
ETMENLER

Hatice GÜZEL



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara, 2005

KABUL VE ONAY

Hatice GÜZEL tarafından hazırlanan "Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyal Destek Algıları Ve Bunu Etkileyen Etmenler" başlıklı bu çalışma, 02/06/2005 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Emine Öztürk Kılıç (Başkan)

Doç. Dr. Aliye Mavili Aktaş (Danışman)

Doç. Dr. Veli Duyan

Doç. Dr. Sunay İl

Yrd. Doç. Dr. Filiz Demiröz

Yukarıda imzalardaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Nihal ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☒ Tezimimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezin/Raporumun sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezin/Raporumun ... yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

02/06/2005



Hatice GÜZEL

**6 Eylül 2004 Tarihinde Yaşamını Kaybeden
Sevgili Babam Bayram Güzel'e...**



TEŞEKKÜR SAYFASI

İki yıl süren bu çalışma, pek çok açıdan zorlu bir sürecin sonunda tamamlanmıştır. Bu zorlu süreç içinde hem sosyal hizmet mesleği hem de psikiyatrik sosyal hizmet alanı için gerekli ve destekleyici bir çalışmanın yapılması bireysel hedeflerimden önce gelen bir hedef olmuş, bu hedeften ciddi stresli yaşam olayları (babamın hastalık süreci ve ölümü, annemin hastalık süreci) yaşanmasına rağmen dönülmemiştir.

Bu çalışma etkinlikleri öncesinde gerek Üniversite lisans eğitimi gerekse Yüksek Lisans eğitimi süresince psikiyatri alanı özel ilgi alanıma girmiştir. Bunun için kendimi, bu alanda geliştirmeyi amaç edindim. Lisans eğitimi sonrası SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 3,5 yıllık “hemşirelik hizmetim” boyunca sosyal hizmet ile ilgili faaliyetleri gönüllü olarak yürüttüm, sonra ise Yüksek Lisans Eğitimi yapmaya karar verdim. Bu süreçte edindiğim hem pratik hem de akademik bilgi birikimi, bu çalışmanın ortaya çıkmasında etkili olmuştur.

Bu çalışmanın başlangıcında ve sürdürülmesinde beni yönlendiren, çalışmalarına danışmanlık yapan ve moral desteği veren hocalarım; Sayın Doç. Dr. Erden ÜNLÜ, Sayın Doç. Dr. Veli DUYAN, Sayın Dr. Uğur ÖZDEMİR’e ve psikiyatri alanındaki çalışmalarında bana yol gösterici olan bilgi birikimi ve deneyimini benimle paylaşan SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. M. Haluk ÖZBAY’a ve A.Ü. Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Ergen Polikliğinde, çalışmanın uygulamasının yapılabilmesi için gerekli izinin verilmesinde bana zamanını ayıran ve bu konuda destek olan Prof. Dr. Saynur CANAT’a burada teşekkür etmek istiyorum.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde her zaman çok yararlandığım çalışmanın sonuna kadar, beni her zaman destekleyen ve yönlendiren, çalışmalarımı özenle, büyük titizlikle değerlendiren ve bu çalışmanın danışmanlığını yapan hocam, Sayın Doç. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ’a ayrıca çok teşekkür ederim.

Son olarak bu çalışma için her zaman destek ve ilgilerini benden eksik etmeyen anneme ve arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

ÖZET

GÜZEL, Hatice. Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyal Destek Algıları Ve Bunu Etkileyen Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.

Bu çalışma, psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal destek algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve A.Ü. Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniğinden belirli aralıklarla ayaktan psikiyatrik tedavi gören ve yardım alan, 14-21 yaş arasındaki 110 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bunlardan 15 Ağustos 2003-15 Aralık 2003 tarihleri arasında araştırmanın verileri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ) ve araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formu aracılığıyla toplanmıştır. Psikiyatrik yardım alan ergenlerin cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi ve diğer sosyo-demografik özellikleri açısından arkadaş, aile, özel bir insan ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin farklı olup olmadığı belirlenmeye çalışılmış ve bunun için de ÇASDÖ kullanılmıştır.

Bu çalışma sonucunda, yaş ile sosyal destek algısının istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösterdiği, yaş ilerledikçe (18-19 yaş ve sonrası) arkadaş desteğinin düştüğü, ergenlik döneminin başlarında (14-15 yaşta) ise en yüksek aileden destek algıladıkları bulunmuştur. Cinsiyet açısından ise; kız ve erkeklerin destek algıları arasında istatistiki açıdan farklılık anlamlı bulunmasa da kızların aile, arkadaş, özel bir insan ve toplamda algıladıkları destek erkeklerle göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun dışında, babalarının öğrenim düzeyi, anne-babalarının alkol kullanma derecesi, ailede sert tartışma ve kavga olma derecesi, ergenlerin kendilerini yalnız hissetme dereceleri, karşı cinsten yakın arkadaşının olup olmaması, okula devam edip etmemelerinin algılanan sosyal desteği etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenler, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Psikiyatrik Sosyal Hizmet.

ABSTRACT

GÜZEL, Hatice. The Perceived Social Supports and Associated Factors in Psychiatrically Consulted Adolescents, Master's Thesis, Ankara, 2005

This study was conducted to find out the factors which affects the perceived social support of the psychiatrically consulted adolescents. Study is based on 110 people who are between ages 14–21 and took adolescents who gets consultation in psychiatry clinic from SII (Social Insurance Institution–SSK) Ankara Training Hospital Psychiatry Clinic and A.U. Faculty of Medicine Cebeci Hospital Psychiatry Department Adolescent Clinic periodically. Data collected between 15 August 2003–15 December 2003 were collected by Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and an interview form developed by researcher. Sex, age, educational status and other socio-demographic features of psychiatrically consulted adolescents were evaluated to find a difference in perceived social support level in friendships, family, special person and overall perceived social support level and MSPSS were used to find the difference.

The result of the study showed that age and social support perception were differentiated in statistical means, friend support is found declining while the age gets older (ages 18-19 and older) and perceived support from family was found highest at the beginning of adolescence period (ages btw. 14-15). The difference of social perception was found not significant in statistical means in gender factor but women perception of support were found higher than males in perceived family support, perceived friend support, perceived special personal support and total perception support rate. Other than these, educational status of the father, usage of alcohol in parents, the frequency of heated discussions and physical violence in family, the frequency of perceived loneliness, having an opposite gender friend, and attendance to school were found to affect the perceived social support.

Keywords: Psychiatrically Consulted Adolescents, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Psychiatric Social Work.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR SAYFASI	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
BÖLÜM I: GİRİŞ	1
1.1. ERGENLİK DÖNEMİ VE PSİKİYATRİ	5
1.1.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Kavramı	5
1.1.2. Ergenlik Döneminin Tanımlanması ve Özellikleri	10
1.1.2.1. Ergenlik Dönemi Psikolojisi	17
1.1.2.2. Ergenlik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar	21
1.2. SOSYAL DESTEK	31
1.2.1. Sosyal Destek Kavramı ve Gelişimi	31
1.2.2. Sosyal Destek Tanımları, Boyutları ve Sosyal Destek Kaynakları	34
1.2.3. Algılanan Sosyal Destek ve Ölçümü	40
1.2.4. Sosyal Destekle Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki	43
1.2.4.1. Doğrudan/Temel Etki Modeli	44
1.2.4.2. Tampon Etki Modeli	45
1.2.5. Konuyla İlgili Araştırmalar	47
1.3. SOSYAL HİZMET	60
1.3.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tanımlaması, Gelişimi, Önemi ve Kapsamı	65
1.3.2. Okul Sosyal Hizmeti	70
1.3.3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Psikiyatri, Sosyal Destek ve Ergenlik	73
1.4. ARAŞTIRMANIN SORUNU	76
1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI	78
1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	79
1.7. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI	80
1.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIK LARI	80
1.9. TANIMLAR	81
1.9.1. Psikiyatrik Yardım Alan Ergen	81
1.9.2. Sosyal Destek	81
1.9.3. Sosyal Desteği Etkileyen Etmenler	81
BÖLÜM II: YÖNTEM	82
2.1. ARAŞTIRMA MODELİ	82
2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	83
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇ LARI VE VERİLERİN TOPLANMASI	84
2.3.1. Soru Kağıdı	85
2.3.1.1. Genel Bilgiler	85
2.3.1.2. Hasta Dosyası İnceleme	86
2.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support - MSPSS):	86
2.4. VERİLERİN ANALİZİ	88
2.5. ARAŞTIRMADA ZAMANLAMA BÜTÇE VE İNSANGÜCÜ	89

BÖLÜM III: BULGULAR VE YORUM	91
3.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR.....	91
3.2. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER AİT BULGULAR	123
BÖLÜM IV: SONUÇ VE ÖNERİLER	195
4.1. SONUÇLAR.....	195
4.1.1. Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyo- Demografik Özellikleri İle İlgili Sonuçlar.....	195
4.1.2. Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	196
4.2. ÖNERİLER.....	198
EK 1: SORU KAĞIDI	211
EK 2: LSD TABLOLARI	217
EK 3: ÇALIŞMA İÇİN İZİN BELGESİ.....	220
ÖZGEÇMİŞ	223



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Cinsiyeti	92
Tablo 2: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yaşları	94
Tablo 3: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğrenim Düzeyleri	95
Tablo 4: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yerleşim Yerleri	97
Tablo 5: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ankara'da Yaşadıkları Yıl	98
Tablo 6: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinin Toplam Aylık Geliri	99
Tablo 7: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Sağ Olup Olmaması Durumu	101
Tablo 8: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Üvey Annelerinin Olup Olmaması Durumu	101
Tablo 9: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Sağ Olup Olmaması Durumu	102
Tablo 10: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Üvey Babalarının Olup Olması Durumu.....	102
Tablo 11: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Anne-Babalarının Birlikte Yaşıyor Olması Durumu	103
Tablo 12: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Aile Yapıları	104
Tablo 13: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeşinin Olup Olması.....	105
Tablo 14: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeş Sayısı	106
Tablo 15: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Öğrenim Düzeyi	107
Tablo 16: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Öğrenim Düzeyi...	108
Tablo 17: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Çalışıp Çalışmaması	109
Tablo 18: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Şu Sıradaki Her Günlük İş veya Uğraşı	110
Tablo 19: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Alkol Kullanıp Kullanmama Durumu.....	111
Tablo 20: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Alkol Kullanıp Kullanmama Derecesi	112
Tablo 21: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Sert Tartışma ve Kavganın Olup Olmama Derecesi	113
Tablo 22: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kendilerini Yalnız Hissetme Dereceleri.....	114
Tablo 23: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Karşı Cinsten Yakın Arkadaşlarının Olup Olmaması Durumu.....	115
Tablo 24: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okula Devam Edip Etmemeleri	116
Tablo 25: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okuldan Memnuniyet Dereceleri	117
Tablo 26: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğretmenlerinden Memnuniyet Dereceleri.....	118
Tablo 27: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Başka Kimsenin Olup Olmaması Durumu	119
Tablo 28: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Kişiler.....	120

Tablo 29: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Psikiyatrist Tarafından Tespit Edilen Belirti veya Bozuklukları	121
Tablo 30: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri	123
Tablo 31: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	125
Tablo 32: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yaş Gruplarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	127
Tablo 33: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğrenim Düzeyine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	130
Tablo 34: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu	132
Tablo 35: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ankara'da Yaşadıkları Yıla Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu	134
Tablo 36: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinin Toplam Aylık Gelirine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	136
Tablo 37: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Sağ Olup Olmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	138
Tablo 38: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Sağ Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	140
Tablo 39: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Anne-Babalarının Birlikte Yaşıyor Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	142
Tablo 40: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Aile Yapılarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	144
Tablo 41: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeşinin Olup Olmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	146
Tablo 42: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeş Sayısına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	147
Tablo 43: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Öğrenim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	149
Tablo 44: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Öğrenim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	152
Tablo 45: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Çalışıp Çalışmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	155
Tablo 46: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Şu Sıralardaki Her Günlük İş veya Uğraşına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	157
Tablo 47: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Alkol Kullanıp Kullanmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	159

Tablo 48: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Alkol Kullanıp Kullanmaması Derecesine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	162
Tablo 49: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Sert Tartışma ve Kavganın Olup Olmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	165
Tablo 50: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kendilerini Yalnız Hissetme Derecelerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	168
Tablo 51: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Karşı Cinsten Yakın Arkadaşlarının Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	171
Tablo 52: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okula Devam Edip Etmemesine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	174
Tablo 53: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okuldan Memnuniyet Derecelerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	177
Tablo 54: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğretmenlerinden Memnuniyet Derecelerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	179
Tablo 55: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Başka Kimsenin Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar	182
Tablo 56: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Kişilere Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu	186
Tablo 57: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Psikiyatrist Tarafından Tespit Edilen Psikiyatrik Belirti veya Bozukluklarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu	189

BÖLÜM I

GİRİŞ

Ruhsal bozuklarla ilişkili olduğu düşünülen sosyal ve çevresel etmenler, koruyucu ruh sağlığı, sosyal psikiyatri ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında çalışanların üzerinde durdukları bir konu olarak ele alınmaktadır.

Ergenlerde görülen psikiyatrik belirti ve bozukluklar yetişkinlerde görülen psikiyatrik belirti ve bozukluklardan çok farklı olmamakla birlikte yetişkinlere göre ergenlere özgü bozukluklar da görülebilmektedir. Yetişkin tip psikopatolojinin ergenlik dönemine rastlaması ve bu dönemde ergenin sosyal destek algısının ruh sağlığına olan etkisinin incelenmesi bakımından konunun önemini ortaya koymaktadır. Geçtan'a göre "insan, normal ve anormal davranışlarıyla biyo-psiko-sosyal bir varlıktır" (1994:29). Bu nedenle ruhsal bozukluklarda; oluş nedenlerine, belirtilerine, biçimlerine, gidiş ve sonlanışlarına ve tedavilerine çok boyutlu faktörlü (multifactorial) bakış açısı benimsenmektedir.

Sosyal, kültürel, ekonomik, siyasal yönlerden genel sağlık sorunları ile ruh sağlığının bağlantılı olduğu ve bu nedenle sosyal uyum, iş verimi, yaşam kalitesi gibi kavramların da sağlık tanımı içinde ele alınmaya başlandığı görülmektedir (Öztürk 2001:103).

Son yıllarda sanayileşme sürecini yaşayan ve Avrupa Birliği'ne girme sürecinde olan ülkemizde bir takım değişimler yaşanmakta ve bu değişimler sonucu toplumsal değişme temposu da hızlanmaktadır. Değişim temposunun hızlanması ile birlikte bireylerin yaşam güçlükleri ve bunların stres verici etkileri artmıştır. Yaşam güçlükleri ve bunların stres verici etkilerinin artmasıyla birlikte, bireylerin sosyal destek kaynaklarından (informal ve formal destek kaynaklarından) yoksun kalması da ihtiyaç ve sorunların giderek çoğalmasına neden olmuştur. Bu nedenle, ruh sağlığı alanında birey ve toplumun ruh

sağlığının korunmasında sosyal destek kaynaklarının önemi fark edilmiş ve son yıllarda üzerinde durulan önemli bir konu haline gelmiştir. Ruh sağlığı açısından, bireyin diğer insanlarla sevgi alışverişinde bulunması ve dostça ilişkiler kurabilmesinin temel gereksinimler arasında olduğu bilinmektedir.

İnsan doğumundan ölümüne kadar farklı gelişim evrelerinden geçer. Her yaşta ve gelişim döneminde insanların farklı düşünce ve duygulanım biçimlerine sahip oldukları bilinmektedir.

Ergenlik dönemi biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçler arasında karmaşık bir etkileşimi ve duygusal, zihinsel, toplumsal ve fiziksel gelişimi içine alan kapsamlı bir anlamı ifade etmektedir. Bu devrede sosyal beklentilerin motivasyonel değeri o kadar büyüktür ki, ergen uyuşmadığı bir ihtiyaçla karşılaştığı zaman beklentiler ihtiyacın tatminini bastırır, bu da çatışmalı bir duruma neden olur. Ergenlik dönemi bu çatışmaların en yoğun olduğu dönemdir (Gomelaury 1969 Akt.: Banaz 1992:2-3).

Öztürk'ün (1998:118-119) ruhsal-cinsel gelişim açısından ergenlik dönemini, Gomelaury (1969)'ye benzer şekilde açıklamış olduğunu görmekteyiz:

“Ergenlik ve delikanlılık çağındaki hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, benliğin tam olgunlaşmamış olması, toplumsal yerin henüz kesinleşmemiş olması, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenler nedeniyle bu çağ genellikle sorunlarla yüklü, fırtınalı bir dönemdir. Bu dönem, ana-babaya bağımlılıktan kurtulma, cinsel kimliğini kabullenme, toplumsal yerini araştırma ve bir mesleğe yönelme çabalarının gösterildiği 8-10 yıllık bir çağdır”.

Bu dönemin en önemli psiko-sosyal özelliği olarak da *benlik ve kimlik (identity) gelişimi* ele alınmaktadır. Erik H. Erikson psiko-sosyal gelişim evrelerini sekiz ayrı döneme ayırmaktadır. Bu dönemlerden on iki ile on sekiz yaş arasında bireyin benliğini bulma ve tanımlamaya çalıştığını, başka bir ifadeyle *özdeşleşmesini* gerçekleştirdiğini belirtmektedir. Araştırmaların ergenlerin özdeşleşmeyi 18-24 yaşları arasında gerçekleştirdiğini bildirdiğini ve bunun

yanında *ergenlik çağında arkadaşlığın*, bireyin bilişsel ve duygusal gelişimi sırasında gencin dayanabileceği en önemli güven kaynağı olduğunu, her konuda dengesizlik yaşayan ve denge oluşturmaya çalışan ergenin arkadaşlık konusunda denge içinde olduğunu belirtmiştir (Cüceloğlu 1993:359-360).

Sosyal bir varlık olarak insanın, doğumundan ölümüne kadar sosyal ilişki ihtiyacı olduğu bilinmektedir. İnsan sadece ergenlik döneminde değil, yaşam boyu çevresiyle iletişim ve etkileşim içinde bulunur. Bireyin emniyet, güven, düzen, sevgi, şefkat, saygı, destek ve anlayış ihtiyacı sağlıklı bir kişilik gelişimi ve toplumsallaşabilmesi için gereklidir. Nitekim Abraham Maslow (1971 Akt.: Cüceloğlu 235-236)'un insan ihtiyaçları piramidinde, bu güdü ve ihtiyaçlar, ikinci ve üçüncü basamaklarda yer almış, yani biyolojik güdülerden (açlık, susuzluk, cinsel doyum vb) hemen sonra giderilmesinin gerekliliği bildirilmiştir. Her toplumun ve ailenin yakın ilişki kurup yakınlaşma ihtiyacını değişik biçim ve derecelerde ortaya koyduğu bilinmektedir.

Toplumsallaşmada bireyin, topluma aykırı düşmemesi önemli bir faktördür. Bununla bireyin toplumda benimsenen ve normal olarak görülen duygu, düşünce ve davranışlara sahip olması anlatılmak istenmektedir. Kağıtçıbaşı (1992:245) toplumsallaşmayı, insanın toplumun bir üyesi haline gelmesi olarak yani akraba ve komşuluk düzeyinin, şehir ve köyünün ve nihayet ulusunun bir parçasını olduğunu öğrenmesi olarak tanımlamış ve büyümekte olan çocuğun, etrafındakilerle etkileşimi sonucu, onlarınkine benzer davranışlar geliştirdiğini, böylece tek tek kişiler yerine toplumun parçaları olan, birbirinden farklı olduğu kadar benzerlikler de gösteren toplumsal bireyler olduklarını vurgulamıştır.

Literatür incelendiğinde ergenlik dönemi; bireyin yaşamında çocukluktan yetişkin kişiliğe geçme, bağımsız ve otonom bir kimlik oluşturma, gelişme süreci olarak görülmektedir. Buna bağlı olarak da bir çok sorunu yapısında taşıyan kritik bir dönem olarak tanımlanmaktadır.

Ergenlerin yaşadıkları bu dönemi normal olarak atlatabilmeleri için ailelerine ve yakın çevrelerine ihtiyaçları vardır. Ergenlerin içinde bulundukları dönemin özelliklerinden kaynaklanan stres verici durumlara ek olarak, psikopatolojik durumlarla karşılaşabildiği bugüne kadar yapılan bir çok çalışmada belirtilmiştir. Ergenlerin duygusal sorunlarının ergenlik boyunca arttığı ve bir çok ergende de bu sorunların kronikleşebileceği belirtilmiştir. Örneğin son yıllarda Hollanda'da yapılan araştırmalarda, Hollandalı gençlerin %13-%27'sinin depresyon, yalnızlık, kendine saygı eksikliği, sosyal izolasyon ve intihar düşünceleri gibi ciddi duygusal sorunlar yaşadıkları saptanmış ve diğer batı ülkelerinde de benzer rakamların elde edildiği bildirilmektedir (Diekstra ve diğerleri 1991; Meeus 1994 Akt.: Helsen, Vollebergh ve Meeus 2000:319)

Ergenler yaşadıkları duygusal dalgalanmalar, düşüncelerinin sık sık değişime uğraması ve yaptıkları eylemlerdeki tutarsızlıklar nedeniyle zaman zaman kendilerini yalnız ve anlaşılmaz hissetmekte ve kimseye güvenmemektedirler. Ayrıca kimi ruhsal bozuklukların (örneğin psikotik bozukluklar, davranım bozuklukları, mental retardasyon, anksiyete bozuklukları, depresyon vb.) ergenlik döneminde görülmesi veya başlangıcının bu döneme rastlaması ile ergenlik dönemine ait sorunların üst üste gelmesine neden olabilir. Bu durumda ergenlerin gerçekten ruhsal bir bozukluğa bağlı olarak mı yoksa, içinde bulundukları dönemin özelliklerinden mi kaynaklanan sorunlar yaşayıp yaşamadıklarının değerlendirilmesi güç olabilmektedir.

Ergenlik dönemindeki bireylerin psikiyatrik belirti ve bozukluklarla başedebilmesi için sosyal destek algılarının diğer normal ergenlere göre daha yüksek olmasının iyileşmeleri veya iyilik hallerinin devamı açısından önemli olduğu görülmektedir. Sosyal destek algısında etkili olan sosyal destek sistemleri sosyal refah sisteminin önemli bir parçasıdır. Sosyal destek, ruhsal bozukluklarda stres verici yaşam olayları ile mücadele etmede doğrudan ve tampon etki sağlayabilir. Ancak her zaman farklı yaşam olaylarında sosyal destek sisteminin beklenildiği kadar ya da yeterince devreye girmediği şimdiye kadar yapılan pratik uygulamalar sonucunda görülmüştür. Hatta bazı

durumlarda, bu destek sistemlerinin bireyin stres verici durumlarını pekiştirdikleri yani bu sistemlerin beklenildiği gibi sağlıklı olarak işleyemediği görülebilmektedir. Bu gibi durumlarda bireylere ve çevresine profesyonel müdahalelerin yapılması kaçınılmaz olmaktadır.

Psikiyatrik yardım alan ergenin karşılaştığı psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümünde ve psikopatolojik durumunu kabullenmesinde, yani yeni duruma uyum sağlamasında bir çok disiplinin (multifactorial) sorumluluğu olduğu daha önce de vurgulanmıştı. Bu disiplinlerden birisi de psikiyatrik sosyal hizmettir. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal çevrelerindeki mevcut sosyal destek sistemlerini harekete geçirerek, ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yükselmesinde doğrudan veya dolaylı olarak rol alabilir ve böylece de ruhsal bozuklukların düzelmesinde ergenlere destek olabilir.

Bu araştırmada psikiyatrik yardım alan ergenlerin kişisel, ailesel ve toplumsal özelliklerle ilgili bazı faktörlerin sosyal destek algılarını etkileyebileceği kabul edilerek, sosyal destek algısını etkileyen bu faktörlerin (sosyo-demografik etkenler ve sosyal destek kaynakları) belirlenmesi ve psikiyatrik sosyal hizmet açısından değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

1.1. ERGENLİK DÖNEMİ VE PSİKİYATRİ

1.1.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Kavramı

Ruh Sağlığı tanımlanmasının zor olduğu, konuyla ilgilenen profesyonellerin çoğunun ortak yargısıdır. Ruh sağlığı olgusunu tanımlama ve kavramsallaştırma sürecinde literatür tarandığında, her kültüre ve topluma uyan bir normalite belirleyebilmenin zorluğu görülmektedir (Özdemir 2000:10). Geçtan (1994:29) psikiyatrinin, son çeyrek yüzyıl içinde normalite kavramını ciddi bir biçimde ele almaya başladığını, geçmişte ruh sağlığı kavramını ruhsal hastalıkların karşısı

anlamında ele alındığını ve önemli sayılabilecek nitelikte normaldışı davranışların görülmemesinin normallik olarak kabul edildiğini belirtmektedir.

Günümüzde ruhsal sağlık konusunda normallik kavramının önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Bu kapsamda psikiyatristlerin çalışmaları hastane ve klinik dışına yayılmıştır. Psikiyatrik hizmetler; kısa dönem süren yataklı hizmetler, tam süreli hastane bakımı-4 haftadan uzun süren hastane hizmetleri, genel hastanelere bağlı yataklı ve ayaktan psikiyatri hizmeti veren klinikler (gece hastanesi, gündüz hastanesi, ayaktan tedavi veren klinikler, yarıyol evleri, grup evleri ve bağımsız yaşama için sosyal beceri ve faaliyetlerin yapıldığı kulüpler vb.) olarak üç grupta ele alınmaktadır (Kaplan 1995:3213). Bu nedenle toplum, daha önce karşılaşmadığı kesimlerle ilişki kurmaya başlamış, kimin hasta olduğu ve kimin daha sağlıklı olduğu konusu toplum ruh sağlığı açısından önemli olmaya başlamıştır. Koruyucu ruh sağlığı programlarının II. Dünya Savaşından sonra geliştirilmeye başlandığı ve toplum odaklı ruhsal sağlığın önem kazandığı bilinmektedir (Cowles 2000:9).

Günümüzde normallik kavramının tek bir tanımının olmadığı, çeşitli biçimlerde ve farklı değer yargıları ile açıklandığı görülmektedir. Offer ve Sabshin (1974 Akt.: Geçtan 1994:30) bu kavramı dört yönden ele alarak açıklamaktadır:

Birinci olarak, normallik “sağlıklılık” olarak yorumlanmaktadır. Buna göre tüm insanların davranışları bir skala üzerine yansıtıldığında, normallik büyük bir bölümünü, normaldışılık ise küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Burada normalliğin geleneksel hekimlik anlayışı ile ele alındığı, kişinin normaldışı davranışlarından arındırılmış olduğu vurgulanmaktadır.

İkinci yaklaşımda normallik, “normallik diye bir şeyin olmadığı”, normalliğin organizmanın tüm kişilik bölümlerinin birbiriyle denge durumunda ve uyumlu bir birlik içinde işlevleri anlamında ele alınmasının gerçek dışı olduğu belirtilmektedir. Bu görüşün günümüzde de başarılı tedavi ölçütünün ne olması gerektiği

sorununu çözümlmeye çalışan psikiyatrist ve psikanalistler tarafından da paylaşıldığı bildirilmektedir.

Üçüncü görüşe göre normalliğin “ortalama” ile eşanlamli kullanıldığı, davranışların normallik oranlarının ölçülmesi amacıyla değerlendirmenin çan eğrisinin matematik ilkesine göre yapıldığında orta derecede uyum yapabilen ve çoğunluğu oluşturan grup normal sayılırken, eğrinin iki dışındakiler olağan dışı durumlar olarak ifade edilmektedir.

Dördüncü ve son olarak da, normalliğin bir süreç ve normal davranışın birbiriyle etkileşim durumunda olan sistemlerin ortak ürünü olduğu belirtilmektedir. Bir sistem olarak normalliğin, canlı bir sistemin biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişkenlerin katkısıyla ve zamanın sürekliliği içerisinde işlevlerini sürdürebilmesi olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu yaklaşımın insanı genel sistemler kuramına göre ele aldığı görülmektedir.

Görüldüğü üzere, normal davranışları ayırmada kullanılabilecek kesin bir ölçüt yoktur. Yanbastı'ya göre (1979 Akt.: Banaz 1992:2) ruh sağlığı alanında normal kavramının tanımı, daha çok psikoloji biliminden alınan kuramlar ile klinik gözlem ve istatistik taramalara dayanılarak yapılmaktadır.

Daha önce belirtilen nedenlerden dolayı normaldışılığın tanımlamasının daha kolay olduğu söylenebilir. Çünkü bugün, ruh sağlığı bozulan kişilerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişik derecelerdeki tutarsızlık, aşırılık, yetersizlik ve uyumsuzlukları Dünya Sağlık Örgütünün (ICD-10) ve Amerikan Psikiyatristleri Birliğinin (DSM-IV) tespit ettiği tanı kriterleri ile tespit edilebilmektedir. Öztürk (2001:103) yetersiz, uygunsuz ve aşırı kavramlarının belli normlara göre söylendiğini ve bu normların kısmen evrensel olup, bir kısmının da çağdan çağa ve toplumdan topluma değişebileceğini, bu nedenle bu kavramları kullanırken zaman ve yer göreceliğinin göz önünde tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Ruh sağlığının tanımlanmaya çalışılmasından sonra, *psikiyatri* kavramının da kısaca açıklanmasında yarar vardır. Sağlık Bakanlığının Ruh Sağlığı Bülteninde (1988 Akt.: zdemir 2000:12) *psikiyatri* ile ilgili olarak, Dünya Sağlık rgt Ruh Sağlığı Bölüm Başkanı Norman Sartorius psikiyatrinin, ruhsal bozukluğın önlenmesi, tanısı ve tedavisi ile uğraştığını ve buna esas olarak da bir klinik ortamında hastalar ve onların en yakın çevreleri ile tek tek ilgilenerek gerçekleştirildiğini bildirmektedir.

Öztürk (2001:1) ise “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları” adlı kitabında, psikiyatriyi (ruh hekimliğini) bir tıp dalı olarak ele almakta; kişinin zihinsel, duygusal yetilerinde ve davranışlarında, çevreye uyumunda görülen bozuklukların incelenmesi, tanımlanması, sınıflandırılması, tedavi ve korunması ile uğraştığını ifade etmektedir.

şimdiye kadar yapılan tüm tanımlama ve açıklamalar göz önüne alındığında; ruhsal sağlıktan söz edebilmek için toplumsal yaşamın gereklerine uygun olarak kişinin, kendisine ve çevresine karşı uyum sağlamış olması gerekmektedir. Hamburg ve Adams (1967 Akt: Geçtan 1994:31) uyumu, zorlanmalarla karşılaşıldığında gerekli bilgileri toplama ve bunlardan yararlanma olarak tanımlarken; Heath (1965 Akt: Geçtan 1994:31) uyumu, davranışları bir yandan benlik yapısının bütünlüğünü koruyacak, diğer yandan çevresel koşullarla baş edebilecek bir biçimde düzenlemek olarak tanımlamaktadır.

Uyum dışında, ruhsal sağlık kavramı içinde zorlanmalarla baş edebilme ve psikolojik olgunluk kavramlarının da yer aldığı görülmektedir. Zorlanmalarla baş edebilmek ise, Freud tarafından açıklanmıştır. Freud’a (Akt.: Bayram 1999:7) göre, ağır bir zorlanma yaşamakta olan insan başlıca iki sorunla karşılaşır: Yeni duruma uyum sağlamak için gerekli çabayı göstermek ve psikolojik dağılmaya karşı kendini korumak. Birinci grup güçlükler, çabaya yönelik davranışlarla, ikinci grup sorunlar ise savunmaya yönelik davranışlarla çözümlenmeye çalışılır. Birinci grup, ağlama ve sürekli konuşma şeklinde olduğu gibi psikolojik onarım mekanizmalarıdır. İkinci grup ise, canımızı sıkan bir durumu yadsımaya

Çalışma ya da davranışımızı haklı gösterecek bir neden bulma gibi insanı psikolojik zedelenmeye ya da değerini yitirmeye karşı koruyan ego savunma mekanizmalarıdır.

Geçtan (1994:36) olgunlaşmayı ulaşılmış bir durum olmaktan çok yaşamla gelen bir süreç olduğunu ve bu olgunluğa hazırlayıcı çevresel etmenler arasında ise; çocukluğun huzurlu bir aile ortamında yaşanmış olması, çocuklarının ihtiyaçlarını duyarlı bir biçimde gözeten ana-babanın varlığı, yeterli ekonomik güvence, eğitim ve iş olanaklarının bulunması gibi etmeleri sıralamıştır. Diğer bir ifadeyle psikolojik olgunluğa ulaşabilmek için elverişli ve yeterli çevresel koşulların olması gerekmektedir.

Bunun dışında Kılıı (1992 Akt.: Bayram 1999:2) ve Baykara (1982 Akt.: Bayram 1999:2) olgun ve sağlıklı bir bireyi, kendisi ve diğerleri ile huzur içinde yaşabilen, sağlıklı çocuklar yetiştirebilen ve bu temel işlevleri başardıktan sonra yaşadığı topluma daha başka katkılarda bulunabilecek yeterli gücü olan bireyler olarak tanımlamışlardır.

Papini (1986 Akt.: akır 1993:25) ergenin pubertal olgunluğu ve aile içindeki kişilerarası ilişkiler ile ilgili psiko-sosyal modele göre; ayrılma-bireyleşme sürecinin genellikle stresle karakterize olduğunu ve bu görüşle hareket eden psiko-sosyal çalışmalar ve destekleyici ailenin ergenin bireyleşmesinde gerekli olduğunu bildirmektedir.

Görüldüğü gibi ruh sağlığı konusu pek çok faktörü içermektedir. Sosyal destek de bu faktörlerden birisidir. Sosyal destek ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiye ileri bölümlerde daha ayrıntılı yer verileceği için bu bölümde kısaca yer verilmiştir. Öntaş-Cankurtaran'a göre (1999:146) sosyal destek bireylere ve gruplara toplumsal bağlar kurarak ulaşma yönünde bir yaklaşımdır. Kozacıoğlu ve Grdrr'e (1995:32) göre ise "insanın kendisiyle ilgilenildiğine, değer verildiğine ve o toplumun bir yesi olarak kabul edildiğine inanmasını sağlayan bir süreçtir." Caplan ve Killika' ya (1974) göre sosyal destek kaynakları; bireyin

sevilme, sevme, kontrol etme, bireysel kimliğini değerli ve geçerli kılma, bağlanma, bağlanılma gibi gereksinimlerini karşılayarak fiziksel ve ruhsal bütünlüğünün kurulmasında, iyilik halinin devam ettirilmesinde rol oynamaktadır.

Bu çalışma, psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal destek algıları ve bunu etkileyen etmenleri araştırmak amacıyla yapıldığından; öncelikle ergenlik döneminin tanımlanmasına ve özelliklerine daha sonra da ergenlik döneminin psikopatolojisine ve ruhsal hastalıklarına yer verilmektedir.

1.1.2. Ergenlik Döneminin Tanımlanması ve Özellikleri

Bazı araştırmacılar karmaşık ve zorlu bir dönem olarak adlandırılan gençlik dönemini, "fırtına ve stres", "kriz" ve "normatif bunalım" gibi kavramlarla açıklamaya çalışmışlardır (Aguilera ve Nessick 1974 Akt.:Çakır 1993:19; Offer ve diğerleri 1990 Akt.: Özbay ve Diğerleri 2002:24; Palabıyıkoglu 1993 Akt.: Çakır 1993:19; Gander ve Gardiner 1995:404). Ergenlik döneminde biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda değişim yaşandığını ve bu nedenle değişimlere uyum sağlayıncaya kadar olan sürecin karmaşık olduğunu belirtmişlerdir.

Modern ergenlik psikolojisinin babası olan G. Stanley Hall, Jean-Jacques Rousseau, Maria Montessori ergenliği, en genel anlamda "yeni bir doğuş", "fırtına ve stres" dönemi olarak betimlemişlerdir (Akt.: Anne ve Rocheblave 1980:7).

Sieg "bireyin, yetişkine özgü ayrıcalıklarının kendisine verilmediğini hissettiği zaman başlayan ve yetişkinin tüm gücü, toplumsal konumu toplum tarafından bireye verildiği zaman sona eren gelişim dönemi" olarak, Schulz ise, "genç yetişkine değişik yetişkinlik rollerini, vatandaşlık sorumluluğunun sonuçlarına katlanmak zorunda kalmadan denemesine izin verildiğinde yaşanan normatif bunalım" olarak tanımlamıştır (Akt: Gander ve Gardiner 1995:404).

Ergenlik dönemi ve bu döneme ait özellikler pek çok araştırmacı tarafından ele alınarak incelenmiştir. Ergenlik döneminin, bireyin yaşamında çocukluktan erişkin kişiliğe geçme, bağımsız ve otonom bir kimlik oluşturma, gelişme süreci olarak görülen ve buna bağlı olarak da bir çok sorunu yapısında taşıyan kritik bir dönem olduğu konusunda bütün kuramların genelde görüş birliğine vardığı söylenebilir (Muss 1987; Gomelaury 1969; Yörükoğlu 1989; Palabıykoğlu 1993 Akt.: Çakır 1993:20; Özbay ve diğeryleri 1994:119; Öztürk-Kılıç 1994:113; Özbay ve diğeryleri 2002:24).

Bunun dışında sosyal öğrenme kuramcılarında Bandura (1964) ve Hollingworth (1982)'un, insan gelişiminin devamlı bir süreç olduğunu ve evrelere ayrılamayacağı görüşünü öne sürmektedirler. Sosyal öğrenme kuramcılarında göre; ergenlik bazı bireyler için geçiş dönemi olma özelliğini göstermişse, bunun nedeni gelişim özellikleri değil, toplumsal koşullardır (Muss 1987 Akt.: Banaz 1992:3).

Sokrates'den günümüze kadar ergenlerin otoriteye karşı başkaldırcı tutumları ve büyüklerine karşı saygısızlığı en önemli yakınma konusu olmuş (Weiner 1970) ve Öztürk-Kılıç (1994:113) bu görüşün, psikanalitik kuramı desteklediğini, bu dönemde çatışma yaşanmasının normal olduğunu, aksi halde ise, ergen için endişe verici bir durum olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir.

Ergenler ve aileleri arasındaki çatışma ve ayrılma teması üzerinde yapılan çalışmaların sonucunda, ergenler ve aileleri arasında ufak tefek çatışmalar dışında genelde olumlu ilişkilerin varolduğu, çatışma konularının ergenin giyim kuşama, dinlediği müzik gibi konuları içerdiği, psikanalitik kuramın aksine ergenlerin rol modeli olarak ebeveynlerini benimsedikleri ortaya koyulmuştur (Coleman ve Hendry 1990; Steinberg 1987; Weiner 1970 Akt.: Öztürk-Kılıç 1994:114).

Öztürk-Kılıç (1994:115) bazı yazarların ergenlerin 19 yaşlarında bile hala kendilerini anne-babalarının çocukları olarak algıladıklarını, babalarını daha

baskın ve kendilerini de ana-babalarına göre daha az sorumlu olarak algıladıklarını belirtmektedir. Bunun da *sonlanmamış bireyleşmenin* işareti olduğu vurgulanmaktadır.

Ergenin ana-babasıyla yaşadığı “kuşaklararası kopukluğa” neden olan bazı ortak rahatsızlık ve anlaşmazlıklar; ebeveyn disiplin tekniklerinin türü ve sınırları, cinsellikle ilgili değerler, arkadaş ve sosyal etkinliklerin seçimi, para ile ilgili konularda eleştiriler sayılabilir (Scott 1935; Block 1937; Punke 1943; Bell 1970 Akt.: Banaz 1992:4).

Tüm tanımlamalar gözden geçirildiğinde, ergenlik döneminin kritik bir gelişme süreci olduğu biyo-psiko-sosyal bütünleşmeyi ortaya koyan belirtiler taşıdığı, çocukluğun bitişinin ve olgunluğa geçişin ortaya çıktığı belirlenmektedir.

Ergenlik sözcüğünün kökeni, Latince *gelişmek* veya *olgunlaşmak* anlamına gelen "adolescere" sözcüğünden gelmektedir (Yavuzer 1994a:277). Yavuzer'e göre bu sözcük, yapısı gereği durumu değil, bir süreci belirtmek için kullanılmakta ve günümüzde bireyde gözlenebilen hızlı ve sürekli bir gelişim evresi olarak da tanımlanabilmektedir. Parman (1997:7) ise ergenliğin *değişim, büyüme, başkalaşım ve mutasyon* demek olduğunu ve ergenlik döneminde bireyin bedensel, ruhsal ve toplumsal alanda değişime ve dönüşüme uğradığını ifade etmektedir.

Barker'a göre (1999:9) ergenlik, "puberte ile başlayan ve genç yetişkinlikte son bulan, çocuklukla yetişkinlik arasındaki yaşam dönemidir. Ergenler, kimlik bulma için mücadele eder ve bu mücadeleye sık sık kararsız davranışları eşlik eder."

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), ergenlik dönemini 15-25 yaş dilimleri arasında göstermektedir. Ancak çeşitli çalışmalarda, ergenin içinde yaşadığı toplumun sosyal, ekonomik, sağlık, beslenme, kültürel ve iklim özelliklerine göre bu yaş sınırlarının değişebildiği belirtilmekte olup, Yavuzer

(1994a:278) ülkemizde kızların ortalama olarak 10-12, erkeklerin ise 12-14 yaşları arasında bu döneme başladıklarını bildirmektedir.

Ergenlik döneminin, günümüzde genellikle üç döneme ayrıldığını görmekteyiz (Kaplan 1994:51). Bunlar: ilk (puberte, early adolescence, 11 ile 14 yaş arası), orta (middle adolescence, 14 ile 17 yaş arası) ve geç (late adolescence, 17 ile 20 yaş arası). Kaplan'a göre, bu dönemlerin ayrılması, insandan insana farklılık göstermekle birlikte uzun süre devam eden büyüme ve gelişmeden meydana gelmektedir. Ergenlik dönemlerinden ilk ergenlikte ikincil seks karakterlerinin değişimi fiziksel süreçtir ve bu değişimler psiko-sosyal süreçlerdeki değişimlere göre daha kısa sürer. Bu dönemlerin özellikleri ve gelişim ödevlerine aşağıda yer verilmektedir:

İlk ergenlik (early adolescence) döneminde fizyolojik değişimlerin ön planda olması ve ergenin bu değişimlere uyum sağlaması önemlidir. Bu dönem ergenlik öncesi dönem olarak da ifade edilmektedir. Bu dönemde hızlı fiziksel büyüme ve endokrinolojik (hormonal) değişikliklerle birlikte cinsel gelişim baskısı da ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde ergenin değişen bedenine uyum sağlamak için duygusal dalgalanmalar yaşadığı ve ilgi odağını da kendi bedenine yönelttiği belirtilmektedir. Ergen bu dönemde, bedenindeki değişimleri yaşlıları ile karşılaştırarak değerlendirir. İlk ergenliğin başlaması yani puberte kızlarda erkeklere göre daha erken olur. Bu belirtilerin erken görülmesi, ergenin kendine güveni ve yaşıt grubu içinde bir yer edinmesini sağlayabilir. Ancak puberte belirtilerinin erken görülmesi, ergenin kendinden büyük arkadaşlar edinmesine zemin hazırlayarak, sosyal alanda ve aile ile ilişkilerinde bazı sıkıntılara yol açabilir. Genç daha hazır olmadan bağımsızlık yönünde bazı davranışlara yönelebilir (Palabıyıköğlu 1993 Akt.: Çakır 1993:20; Kaplan 1994:54).

Ergenliğin *orta dönemi (middle adolescence)* 14-17 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne-babadan duygusal olarak kopma, bağımsızlığa adım atma, cinsel kimliğin ve cinsel rollerin yerleşimi için öğrenmeler başlar. Papini (1987

Akt.: Çakır 1993:20) bu dönemi, anne-babadan bağımsız olma çabalarıyla ayrılma ve yeni ilişkilere geri dönme ile sonuçlanan bir süreç olarak tanımlamaktadır.

Diğer gelişim dönemlerinden farklı olarak, anne-babadan duygusal kopmanın gerçekleşmesi ya da sağlıklı bağımsız bir yetişkin olabilmesi için bağımlılığın azalması gereken bu evrede yaşıt grubunun desteği temel alınmaktadır. Yaşıtlar grubu ergenin ilgi, tutum ve değerleri üzerinde aileden çok daha fazla etki gücüne sahiptir (Bowerman ve Kinch 1959 Akt.: Banaz 1992:4). Bu dönemde ergen yaşıt grubu ile bağımsızlık denemeleri yapmakta ve yaşıt grubunun değerlerine uyum sağlama çabası göstermektedir. Yaşıtlar grubunun değerleri, grup kararları, giyimi, davranış biçimleri genç için çok önemli olmaktadır (Palabıyıkoglu 1993 Akt.: Çakır 1993:20; Kaplan 1994:54).

Bireylerin kendi özgürlüklerini koruyabildikleri olumlu yaşıt ilişkileri, ergenin sosyal gelişimi için son derece büyük önem taşımaktadır (Bühler ve diğerleri 1987:89).

Geç ergenlikte (late adolescence) ise ilk ergenlik dönemine göre daha az karmaşıklıklar, zıt tavırlar, süratle ortadan kaybolup yeniden ortaya çıkan şiddetli tepkiler vardır. Bu dönemde meslek seçimi ve özerk bir birey olma çabaları söz konusudur. Ergen özerk birey olmak için, ard arda kullanıp denediği roller, tutumlar ve ilişki kalıplarından doğan zorlu bir dönem yaşar. Genç kendi kimliğini oluşturma çabası içindedir. Bu dönemin gelişimsel ödevi, kimliliğini kazanmaktır (Çakır 1993:20). Bu dönemde, ergen kişiliğini ve ilgilerini sergilemeye başlar, ancak ailelerin otoriteleri henüz ortadan kalkmamıştır (Kaplan 1994:54).

Ergenlik döneminde ergenin sağlıklı bir uyum süreci geliştirebilmesi için Güney (1985) ve Yörükoğlu (1989)'na göre aşağıdaki görevleri başarmak zorundadır (Akt.: Bayram 1999:24):

1. Fiziksel ve seksüel rolün kabulü

2. Yeni arkadaş ilişkilerinin kurulması
3. Ana- babadan ayrı olarak emosyonel bağımsızlığın kazanılması
4. İş ve meslek seçimi ile ekonomik bağımsızlığın garantiye alınması
5. Sosyal rekabetler için gerekli olan entelektüel hüner ve kavramların gelişmesi
6. Sosyal sorumlulukları olan davranış modellerinin araştırılması
7. Evlilik ve aile yaşamına hazırlanma
8. Çevre ile denge sağlayan yeni değer kalıplarının yapılaşması.

Ergenliğin sona erdiğini gösteren bulgular ise, Güney (1985) tarafından aşağıdaki gibi ayırt edilmiştir (Akt.: Bayram 1999:24):

1. Ego fonksiyonlarının kararlı bir düzeye erişmiş bulunması
2. Tersine çevrilemez (irreversible) bir seksüel tutumun yerleşmiş bulunması
3. Değişmez nesne ilişkilerinin gelişmiş bulunması
4. Mental yapının ve düşünce süreçlerinin belirlenmiş olmasıdır.

Ergenlik döneminin gelişim ödevlerini yerine getirerek, yetişkinler dünyasına ve bağımsızlığa geçişi oldukça zor bir süreçtir. Bu süreçte, özerklik, özdeşim, otorite ile sorunlar karşı cinsle ilişkilerde düş kırıklığı, reddedilme korkuları ve deneyimleri ve bu duygularla başetme sürecinde yaşanan sorunlar normal krizler olarak değerlendirilmekte ancak, bu tür gelişimsel krizlerin kaygı ve depresyonla kendini gösteren ruhsal sorunlara yol açabileceği de belirtilmektedir. Dönemin gelişim ödevleriyle başetmeye çalışan ergenin duygusal dalgalanmaları depresyonun belirtisi olabilmektedir. Bu dönemde, suç davranışları, alkol, ilaç alma ve erken hamileliğin de depresyonun belirtisi olabileceği belirtilmektedir (Simon ve Murphy 1985; Simon ve Miller 1987; Palabıyıköğlu ve Aydın 1989 Akt.: Çakır 1993:22; Hudson ve diğerleri 2000:445).

Simons ve Murphy (1985 Akt: Çakır 1993:22) ergen depresyonuna neden olan sosyal faktörler üzerinde çalışmış ve ailesel destek eksikliği, okulda kişilerarası güçlük ve işsizliğin önemli etkenler olduğunu belirtmiştir. Büyüme krizlerinde sosyal faktörlerin, öncelikle de anne-baba tutumlarının etkisi önemle

vurgulanmaktadır. Duyarlı, olgun ve toleranslı anne-babanın ergenin krizi aşamasında yardımcı olabileceği, anne-baba tutumunun var olan krizin çözümünde ya da derinleşmesini belirleyen etkenlerden olduğu bildirilmektedir.

Hudson ve diğerleri (2000:445-446) yeni ebeveyn olmayı (çocuk doğurmaya hazırlanan) tasarlayan 15-19 yaş arasındaki gençlerde depresyon, benlik saygısı, yalnızlık ve sosyal destek düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında; genç annelerin doğum sonrası daha çok stres yaşadıkları, kendilerini yalnız hissettikleri ve aile olma ve annelik rolü hakkında daha düşük derecede pozitif tecrübeye sahip oldukları için diğer annelere göre daha fazla depresyona yakalandıklarını bulmuşlar ve adolesanların ebeveynliğe geçişi sırasında en çok ihtiyaçları olan faktörün ise sosyal destek olduğunu belirtmişlerdir.

İyi uyum sağlayan ergenlerin çoğunun evlerinin sıcak, güvenli ve etkinliklerin paylaşıldığı ortamlar olduğu bulunmuştur (Varnharth 1955; Peck 1958 Akt.: Banaz 1992:4). Bühler ve diğerleri (1987:88) ailede bağımsız bir statünün kazanılması için mutlaka büyük savaşlar yaşamak gerekmediğini, ergenin bir kez bağımsızlığını kazandığında toplumdaki yerini kolayca bulabileceğini ifade etmektedir.

Ergenlik döneminde, gelişimsel problem ve bunların sayısı ile olumsuz aile ve ergen ilişkilerinin bağlantısını gösteren bir çok araştırma vardır. Ailelerin destekleyici tutumlarının ergenin bağımsızlık çabalarında dengeleyici işlevi olduğu bilinmektedir. Ayrıca ergenlikte psikopatoloji açısından, yüksek risk gruplarında ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla cezalandırıcı oldukları da belirtilmektedir. Örneğin ergenlikteki intiharların, çocukluktaki sıkıntılardan (örneğin aile parçalanması, zayıf aile ilişkileri, aile içi şiddet davranışları, yetersiz ebeveyn, aile içi iletişim problemleri, istismar) ve ailedeki çatışmalardan kaynaklandığı ortaya konmaktadır (Beautris ve diğerleri 1996; Brent ve diğerleri 1993; Hollis 1996; Kosky ve diğerleri 1990 Akt.: Smith ve Anderson 2000:453).

Literatürde, ergenlerin ilişkileri ve yakın ilişki ihtiyacı ile ilişkili olan sosyal destek kavramları çerçevesinde oldukça çok sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Mueller'in (1980 Akt.: Öztürk-Kılıç 1994:117) de belirttiği gibi, sosyal desteğin psikopatoloji açısından koruyucu bir faktör olabileceğine ilişkin araştırma bulguları hızla çoğalmış, sosyal desteğin stresin bilinmeyen etkilerine karşı tampon işlevi gördüğü ve bunun da psikiyatrik hastalıkların gidişatı üzerinde etkili olabileceği bildirilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalara, "konuyla ilgili yapılan araştırmalar" bölümünde yer verilmektedir. Şimdiki bölümde ise ergenlik dönemi psikolojisine kısaca değinilmektedir.

1.1.2.1. Ergenlik Dönemi Psikolojisi

Oldukça uzun ve dengeli bir dönem olan çocukluk döneminden ansızın dengesiz ve düzensiz bir dönem olarak adlandırılan ergenlik dönemine geçen bireylerde, ilk ergenlikle (puberte) ya da ergenlik dönemi ile birlikte cinsel uyanış, yeni ruhsal tepkiler ve davranışlar oluşur. Ergenler, cinsel isteğin artmasıyla tedirginlik, kuruntululuk, güç beğenme, çabuk tepki gösterme gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Bu dönemde ergen, "kendine göre ne olduğunu ve ne olacağı ile başkalarına göre kendisinin ne olduğu" sorularına yanıt aramaktadır.

Yavuzer (1994a:284) ergenin duygusal dünyasında bazı çelişkilerin dikkat çekici olduğunu, örneğin ergenin yalnızlıktan haz duymakla birlikte bir gruba katılma özlemi taşıdığını, yetişkinleri hor gördüğünü ama onlara dayandığını ya da endişe (anksiyete) ve umutsuzluğa karşın geleceğe coşkuyla yönelebildiği ifade etmektedir. Geçtan da (1994:104) ergenin bu dönemde dış görünümüne önem verdiğini, kimliğini arayış çabası içinde olduğunu, kahramanlara, öğretilere ve karşı cinsten kişilere tutulduğunu ve bu dönemde en fazla yaşanan şeyin kararsızlık ve şaşkınlık olduğunu belirtmektedir.

Literatürde güdüsel olan çatışmalarda daha çok mastürbasyon konusunda çatışmalar hissedildiği, çocukluk döneminde Oedipus kompleksine bağlı gelişen

korkuların yerini mastürbasyon ve sonrası yaşanan suçluluk duygusuna bıraktığı bilinmektedir. Oysa Özbay ve Öztürk (1994:58)'e göre mastürbasyon yani ergenin kendi kendini uyarması, cinsellikle ilgili duyguların ortaya çıkışı için bir başlangıç ve normal, sağlıklı bir cinsel eylemdir. Bu konuda yasakların azaltılması ve ergenlere yeterli cinsel eğitim verilmesi ergenlerin yaşadıkları suçluluk duygusunu azaltabilecektir.

Ergenin duygusal tepkilerini belirleyen faktörler arasında; sağlık durumu, zeka durumu, cinsiyet okul başarısı ve sosyal kabul düzeyi yer almaktadır. Yavuzer (1994a:284) sağlık koşulları ve duygusal tepkiler arasında önemli bir ilişki olduğunu, kötü sağlık koşullarının bünyeyi aşırı duygusal kılabilirdiğini bildirmiştir. Yavuzer ayrıca ergenin çevresinin istediği gibi davranmak zorunda kalması nedeniyle duygularını gizlemek için içine kapandığını, diğer insanlara daha az ilgi duymaya başladığı için sadece kendi düşünce ve fikirleri ile ilgilenmeye başladığını da belirtmiştir.

Bunun yanında Bulut ve diğerleri (2003:87) ergenin, anne-babasının ve yaşamındaki önemli insanların onun hakkındaki düşüncelerinden önemli ölçüde etkilendiğini, anne-babası tarafından sevilen ve değer verilen ergenin akran grubuyla olan ilişkilerini de etkilediğini, bu tür destekleri alan ergenin akran grubunun onayına daha az ihtiyaç duyduğunu belirtmektedirler. Ayrıca sevilmediğine, değer verilmediğine inanan ergenlerin ise, aile dışındaki kişilerden onay ve beğenme arayışına girdiklerini ve bunun için de herhangi bir gruba (dini, ideolojik gruplar, çeteler, uyuşturucu kullanan gruplar vb.) kabul edilmek için olağanüstü çaba harcadıklarını da eklemektedirler. Ergenlerin bu tür olumsuz seçimler yapmaması için aileye ve okula önemli sorumluluk düştüğüne de vurgulamaktadır.

Güney (1985 Akt.: Bayram 1999:29) ergenlik döneminde zıt duygu, düşünce ve davranışların sergilendiğini belirtmektedir. Bunların tipik örnekleri arasında bencillik ve yardımseverlik, uyum ve yalnızlık, neşe ve keder, ciddiyet ve şakacılık, şiddetle aşık olma ve aniden terketme, boyun eğme ve kafa tutma,

kabalık ve incelik yer almaktadır. Bu zıtlıkların kaynağı yeni güçlenmiş, dürtülerle ortaya çıkan kaygı ve bireyselleşme çabaları ve bunlara karşı geliştirilen savunmalar arasındaki çatışmalardır.

Öztürk-Kılıç (1994:114) ergenin ana-babaya bağımlılıklarından ve ailedeki sevgi nesnelerinden ayrılmasının, psikolojik kuramlarda normal ergenin gelişimi için ön koşul olarak görüldüğünü ve bu dönemde akran ilişkilerinin aile bağlarının yerini alacak biçimde önem kazandığının ileri sürüldüğünü bildirmektedir.

Libidonun ana-babadan uzaklaşması sonucunda, ergende boşluk ve yalnızlık hissi oluştuğu ve bunun da ergen depresyonu için temel oluşturduğu vurgulanmaktadır. Ergenin bu duygulanımlarla başedebilmek için savunmalar geliştirdiği ve bu savunmalardan birisinin de “grup fenomeni” (Herd Phenomenon) olduğu bildirilmiştir (Bayram 1999:29).

Ergen, ne çocuk ne de yetişkin yaşantısı yaşabilmektedir. Bu nedenle, kendi akran grupları içinde yer almaya, yeni dostluklar kurmaya ve karşı cinse ilgi duymaya başlar. Bu dönemde bir gruba katılmak, gruba bağlılık ve dayanışmaya önem verildiği görülmektedir. Ergenin, bağlı olduğu gruptan ayrı kalmaya korktuğu ve bulunduğu grupta bir kimlik kazandığı görülür. Grupta giyinme, eğlenme, konuşma gibi faktörlerin tek tip olduğu bilinmektedir.

Yavuzer (1994b:255, 1994c:111) ergenlik döneminin, karşı cinse duyulan husumetin yerini ilginin aldığı bir dönem olduğunu ve bu ilginin erkeklerde genellikle 16 yaşından sonra geliştiğini belirtmektedir. Bu dönemde birey, ait olduğu gruba fazla önem vermekte, grup normlarına uymak için büyük çaba harcamaktadır. Bu uyum yalnızca dış görünüş ve davranışlarda değil aynı zamanda fikirleri de kapsamaktadır. Birey genel olarak grubun benimsemediğini beğenmez, yapmadığını yapmaz. Grup normlarından ayrılmaktan çekinir. Grup standartları doğrultusunda, gereksinme ve isteklerine doyum sağlamak amacıyla sürekli faaliyet girişimlerinde bulunur. Buna karşın, Havighurt (1949

Akt.: Yavuzer 1994c:112) ve Yörükoğlu (1989:75) ergenin iç dünyasında, kişisel duygu ve düşüncelerinde oldukça bağımsız olduğunu söylemektedir.

Lise yıllarında önceleri sadece karşıt cinsiyetteki arkadaş kümelerine duyulan ilgi, zamanla yerini bireysel ilişkiye, ikili arkadaşlığa bırakmakta, genç karşı cinsin ilgisini çekebilmek için gerek giyim kuşamına, gerekse grubun beklentisine uygun davranış biçimlerini sergilemeye özen gösterir (Yavuzer 1994b:255; Yörükoğlu 1989:59).

Kız-erkek arkadaşlığı ise evrensel bir gereksinme ancak, gerçekleştirilebilmesi gencin içinde yaşadığı çevrenin sosyal, kültürel ve ekonomik özelliklerine bağlıdır. Burada gencin ailesinin yaklaşımı ise en çok önem taşıyan faktördür. Günümüzde kültürel özelliklerimize göre, özellikle kırsal kesim ve gecekodu kesiminde kızların karşı cinsten arkadaş edinmesi hoş karşılanmamakta, ancak erkeklerin karşı cinsten arkadaş edinmesi desteklenmektedir.

Ergenlik döneminde, soyut konuların düşünölmeye ve tartışılmaya başlandığı, çoğu kez düşünce ve tartışmaları hakkında fantezi kurdukları, şiir, müzik, spor veya çeşitli alanlarda boş zaman değeriendirici faaliyetlerde bulunulduğu bilinmektedir. Bütün bunlar ergenin kendini ifade edebilmesi, bir arkadaş grubuna girerek "ait olma", "benimsenme" duygusuna doyum sağlaması için araç konumundadır. Bir yandan ailesinden bağımsızlaşırken diğeri yandan da duyumsadığı bir yere bağlanma gereksinimi, en sağlıklı biçimlerde boş zaman faaliyetleri ile sağlanabilir (Yörükoğlu 1989:71; Öktem 1997:19).

Ergenlerle çalışan bütün profesyonel meslek elemanlarının ergenlerle ilgili olarak yukarıda verilmeye çalışılan bilgilere sahip olması veya bu bilgileri yeniden gözden geçirmesi, ergenlerin sağlıklı bir ruhsal, bilişsel ve fizyolojik gelişim göstermelerinde destekleyici olabilmeleri açısından önemlidir. Bundan sonraki bölümde ise "ergenlik döneminde görölen ruhsal bozukluklar" ele alınmaktadır.

1.1.2.2. Ergenlik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar

Ergenlik döneminde görülen ruhsal bozukluklar DSM-IV tanı kriterleri temel alınarak hazırlanmıştır. Ergenlik dönemi, hem psikolojik hem de biyolojik değişimlerin hızlı ve yoğun yaşandığı bir dönemdir. Bundan dolayı, normal ve patolojik belirtiler arasındaki sınır çoğu kez ayırt edilmez durumdadır. Bu dönemde, yaşanan ruhsal sorunların sınıflandırılması konusunda farklı görüşler mevcuttur: Yaşanan psikopatolojik davranışların geçici, gelişim değişimlerine bağlı olduğu ve tanısız sınıflamanın gereksiz olduğu savunulmaktadır. Bu yaş dönemlerinde görülen patolojik belirtilerin sürekli olmadığı için tanı kriterlerinin ergenler için uygun olmadığı belirtilmektedir. Buna karşın 1968'de yayınlanan ve resmen kabul edilen DSM-II'de, ilk kez çocuk ve ergenlere ilişkin ruh hastalıkları tanı sınıflaması için ayrı bir kategoriye yer verilmiş (Canat 1997:10) ve daha sonraki DSM'lerde de bu sınıflama kategorileri geliştirilmiştir. Bu gelişmeyle birlikte çocuk ve ergenlerin ruhsal bozukluklarının sınıflamasının son otuz yedi yıldır geliştiği söylenebilir.

Literatürde ergenlik döneminde görülen ruhsal bozuklukların sınıflandırılması konusunda farklı görüşlerin olduğu görülmüş, ancak bu çalışmada, günümüzde psikiyatride tanılama yapılırken kullanılan DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'ın kriterleri baz alınmıştır. Bu kriterlerin gözleme dayalı olarak psikiyatrik bozuklukların listelenmesini sağladığı bildirilmektedir. DSM-IV-TR Tanı Kriterlerine (2001:7-32) göre, çalışmamıza katılan ergenlerin "hasta dosyaları"ndaki psikiyatrik bozukluklar istatistiksel çözümleme için yeniden gruplandırılarak aşağıdaki gibi ele alınmıştır:

Depresif bozukluklar: Bu çalışmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *depresyon*, *major depresyon*, *distimi* ve *psikotik belirtilerle giden depresyonu* olanlar DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından *depresif bozukluklar* kapsamında ele alınmıştır. Mitchell ve diğerlerine göre (1988 Akt.: Davison ve Neale 1998:257) çocuk ve ergenlerde yedi yaştan on yedi yaşa kadar depresif duygudurum, zevk

alamama, yorgunluk, konsantrasyon problemleri ve intihar düşüncesi açısından yetişkinlere benzemektedir. Yetişkinlerden farklı olarak çocuk ve ergenlerde yüksek oranda intihar denemesi ve suçluluk duyguları vardır. Argold ve Rutter (1992 Akt.: Davison ve Neale 1998:258), Kashani ve diğerlerine (1987 Akt.: Davison ve Neale 1998:258) göre ergenlerde depresyon oranı özellikle kızlarda yüksek olmak üzere (%7-13) erişkinlerle karşılaştırılabilir durumdadır. Blazer, Kessler ve McGonagle'e (1994 Akt.: Davison ve Neale 1998:236) göre depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ortalama %17'dir ve kadınlarda, erkeklere oranla iki katı sıklıkta, alt sosyo-ekonomik düzeyde ve genç yetişkinlerde daha sıklıkla görülmektedir. Depresyonun yaygınlığı son elli yılda giderek artmış aynı zamanda başlangıç yaşı da düşmüştür. Bugünün genç insanları pek çok konuda engellenme yaşamakta, birbirine bağlı koruyucu geniş aile, geleneksel değerler, din gibi geçmişte toplumun temel parçaları olan sosyal destek yapılarından yoksun kalmaktadır.

Anksiyete Bozuklukları: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu), obsesif-kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu* olanlar DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından *anksiyete bozuklukları* kapsamında ele alınmıştır. *Sosyal fobiler*, başkalarının varlığı ile ilgili mantıklı olmayan, ısrarlı bir korkudur. Yaşamı çok sınırlayan bir bozukluk olabilir. Örneğin topluluk karşısında konuşmak ve performans göstermek, dışarıda yemek yemek ya da ortak tuvaletleri kullanmak ya da başkalarının olduğu yerde herhangi bir iş yapmak aşırı kaygı doğuran faaliyetlerdendir. Sosyal fobilerin yaşam boyu görülme sıklığı Kessler ve diğerleri (1994) , Magee ve diğerlerine (1996) göre erkeklerde %11, kadınlarda ise %15'tir. Sosyal fobisi olan kişilerde depresyon ve alkol kullanımının daha çok olduğu belirtilmektedir (Akt.: Davison ve Neale 1998:130). Bu araştırmada anksiyete bozuklukları sınıflaması içinde ele alınan *Obsesif-kompulsif bozukluk* ise Davison ve Neale'e (1998:147) göre çok sıkıntı yaratan ve gündelik işlevleri kısıtlayan, aklın ısrarlı ve kontrol edilemeyen düşüncelerle dolduğu ya da kişinin bazı davranışları tekrar tekrar yapmaya zorunlu hissettiği bir kaygı bozukluğu

olarak tanımlanmaktadır ve toplumun yüzde iki ile yüzde üçünü etkilediğini ve kadınlarda görülme sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Sosyal fobisi olan hastalarda olduğu gibi obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan kişilerde depresyon ve diğer kaygı bozukluklarının görülme sıklığının daha fazla olduğu ifade edilmektedir.

Akut Stres Bozukluğu, DSM-IV'de yeni bir tanı grubu olarak *travma sonrası stres bozukluğundan* farklıdır. Travmaya maruz kalan hemen hemen herkes, bazen de oldukça şiddetli stres yaşar, bu normaldir. Eğer stres kaynağı sosyal veya mesleki işlevsellikte bir bozulmaya neden olursa, akut stres bozukluğu tanısı konur. İnsanların yaklaşık %60'ı ilk bir ay içinde akut stres bozukluğunu yenmekte ve yaşamlarına devam etmektedirler.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu da (TSSB) DSM-III'e 1980 yılında bir tanı grubu olarak girmiş, büyük bir stres karşısında, artmış kaygı, travmayla ilgili uyarıcılardan kaçınma ve duygusal tepkilerin azalması gibi tepkileri yansıtan bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bu bozuklukta kişinin doğrudan yaşadığı, şahit olduğu, öğrendiği ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit edici olaylar travmatik olay olarak ifade edilmektedir ve tanıda diğer bozukluklardan ayırıcı kriter olarak da, bu olaylar sonucunda kişinin yoğun korku, dehşet ya da çaresizlik hissetmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Travmatik olayla karşılaşan bir çok kişi TSSB geliştirmez. Ancak geçmişte yapılan bir araştırmada, fiziksel yaralanmalara kadar giden travmatik bir olayı yaşayanların sadece %25'nin TSSB geliştirdiği belirtilmektedir. Bu bozuklukta kadın olmak, aileden erken ayrılmak, ailede ruhsal bozukluk ve halen geçirilmekte olan bozukluk (panik bozukluğu, OKB, depresyon vb.) risk faktörleri olarak sıranabilir. Yüksek düzeyde sosyal destekle bu bozukluğun gelişme riskinin azaltılabileceği belirtilmektedir (Davison ve Neale 1998:154-155).

Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *şizofreni*, *psikotik bozukluk* ve *şizoaktif bozukluğu* olanlar DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde bulundurularak,

araştırmacı tarafından *şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar* kapsamında ele alınmıştır. Şizofreninin DSM tanı kriterlerine göre temel belirtileri pozitif ve negatif olmak üzere iki ayrılmıştır: Pozitif belirtiler konuşmada düzensizlik, varsanılar, sanrılar ve garip davranışlar gibi aşırılıklardan; negatif belirtiler ise istek ve enerji azalması (avolisyon), düşünce ve konuşma fakirliği (alogi), zevk alamama (anhedoni), duygularda küntleşme gibi davranışsal sorunlardan oluşmaktadır (Davison ve Neale 1998:273-276). DSM-IV'e göre şizofreni tanısı koymak için en az altı ay şizofren tanı kriterlerindeki belirtilerin görülmesi gerekmektedir. Uzun yıllardan beri şizofreninin nedenleri araştırılmıştır. Bunlar arasında kalıtsal faktörlerin rolü, biyokimyasal faktörlerin rolü, beyin anomalisinin rolü ve psikolojik stres faktörlerinin rolü etiyolojik olarak üzerinde durulan nedenler arasındadır. Bunların dışında bugüne kadar sosyal sınıf, aile ve yüksek risk grubu ile ilgili verilere de yer verilmektedir. Özellikle klinik belirtilerin ergenlik döneminde ve yetişkinliğin başlangıcında, erkeklerde kadınlardan biraz daha erken başladığı bilinmektedir. Şizofreni belirtileri başlamadan önce kişilerin (özellikle çocuk ve ergenlerin) diğer yaşlılarına göre farklı oldukları belirtilmektedir. Watt ve diğerleri (1964 Akt.: Davison ve Neale 1998:293), öğretmenlerin çocukluk döneminde erkek şizofrenlerin kavgacı, kız şizofrenlerin pasif olarak nitelendirdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hem erkek çocuklar hem de kızlar suça yönelik ve içe kapanık olarak betimlenmiştir. Şizofreninin genel popülasyonda gelişme riskinin yüzde birde birden az olduğu unutulmamalıdır. Şizofren akrabası olanların diğerlerine göre daha yüksek risk grubunda olduğu da geçmişten günümüze bilinen bir gerçektir. Ayrıca şizofreniye yatkınlık sadece kalıtsal olarak değil yaşantıları paylaşma açısından da önemlidir. Şizofren ana babanın davranışları, gelişen bir çocuk için çok rahatsız edici olabilir. Geçmiş yıllardan beri birçok kuramcının aile ilişkileri üzerinde durduğu özellikle anne-oğul ilişkisinin şizofreni gelişiminde çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

Fromm-Reichmann (1948 Akt.: Davison ve Neale 1998:292) çocuklarında şizofreni görülmesine neden olduğu söylenen ebeveynlerin çocuklarına karşı soğuk, baskıcı ve çatışma yaratıcı davrandıklarını ve bunlar için *şizofrenik anne*

terimi kullanıldığını ifade etmektedir. Şizofrenisi olan bireylerin tedavisine ailelerinin de katılımının sağlanması, şizofrenlerin hastane sonrası sosyal yaşamlarını sürdürmelerin de çok önemlidir. Başka bir ifadeyle bugün, hastanın ev yaşamının rahatlatılması, günlük yaşamdaki sorunlarını çözme becerisi kazanması ve sosyal ilişkiler geliştirmesi için bireysel ve grup çalışmalarının sürdürülmesi ilaç tedavisi kadar üzerinde önemle durulan tedavi eğilimlerindendir.

Ergenlik Sorunu ve Davranım Bozukluğu: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *ergenlik sorunları ve davranım problemi, iletişim problemleri, birincil destek grubu ve eğitimle ilgili sorunlar, madde kullanımı ve davranım bozukluğu* olanlar DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından *Ergenlik Sorunu ve Davranım Bozukluğu* kapsamında ele alınmıştır. DSM-IV-TR (2001:58), davranım bozukluğunun, çocuklar ve ergenler arasında yaygın olan hatalı ve kötü davranışlardan daha farklı olduğunu, bunların ötesine geçen davranışların sıklığı ve şiddeti ile ilgilenildiğini bildirmektedir. Davison ve Neale'e (1998:469) göre *davranım bozukluğu*, sıklıkla yetişkinlikte gözlenen antisosyal kişilik bozukluğunun habercisidir, bununla birlikte bu tanıyı taşıyan bir çok çocuk bu uç süreci yaşamamaktadır. Davranım bozukluğu aşırı öfke, saldırganlık, yalancılık, hırsızlık, yasaları ve sosyal normları çiğnemenin yaygın ve yüksek düzeylerde olması ile tanımlanmaktadır.

DSM-IV-TR'a (2001:58-61) göre, davranım bozukluğu tanı ölçütlerinin en az altı aydır bulunması koşulu vardır ve bu tanı ölçütleri, insanlara ve hayvanlara karşı gösterilen saldırganlık (kavga-dövüş başlatma, başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanma, hayvanlara karşı acımasız davranma vb.), eşyalara zarar verme (isteyerek başkalarının malına mülküne zarar verme, ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarma), dolandırıcılık ve hırsızlık, kuralları ciddi bir biçimde bozma (örneğin 13 yaşının öncesinden beri ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirme, okuldan kaçma vb.) alt başlıklarında ayrıntılı olarak sıralanmıştır. Burada sadece birkaç

tanı kriteri örnek verilmek üzere belirtilmiştir. Davison ve Neale (1998:436) bu rahatsızlığın nedenleri arasında, kalıtsal yatkınlık, ahlaki gelişimle ilgili olarak uygun olmayan öğrenmeler, model alma (literatürde antisosyal yetişkinlerin çocuklarının da yüksek ölçüde antisosyal oldukları belirtilmektedir), antisosyal davranışın doğrudan pekiştirilmesi ve yoksul, suça yatkın ortamlarda yaşamayı saymaktadırlar.

Literatürde davranım bozukluğu ile ilgili oldukça ayrıntılı çalışma olduğu görülmekte olup, bu çalışmada sadece ergenlik sorunu ve davranım bozukluğu tanı kriteri olarak kısaca ele alınmıştır. Bu bozuklukta hem ergenler hem de aileleri açısından diğer psikiyatrik bozukluklara oranla daha çok sosyal ve yasal normlarla ilgili güçlükler ve sorunlar yaşadıkları söylenebilir.

Ergenlik öncesi ve ergenlik döneminde davranım sorunu belirlenenler, yasal otoriteler tarafından *suçlu çocuk* olarak ele alınmaktadırlar. Moffitt (1993) ve Offord Boyle ve diğerleri (1987) hırsızlık ve tecavüz gibi şiddet içeren suçlar ve daha şiddetli saldırıların büyük ölçüde erkek suçları olduğunu; yasaları çiğnemenin hem sıklığı hem de yaygınlığı açısından 17 yaş dolaylarında keskin bir biçimde yükseldiğini, genç yetişkinlikte ise oldukça düştüğünü belirtmektedirler (Davison ve Neale 1998:436).

Ontario, Kanada'da 500'den fazla çocukla yapılan bir araştırmada erkek çocukların yüzde sekizinin ve 4-16 yaş arasındaki kız çocukların yüzde üçünün davranım bozukluğu açısından DSM ölçütlerini karşıladığını bulmuştur (Offord Boyle ve diğerleri 1987 Akt.: Davison ve Neale 1998:436).

Hafif Düzeyde Mental Retardasyon: DSM-IV-TR'a göre (2001:44) 18 yaşından önce görülen, Zeka Bölümü puanlarına göre 50-70 arasında puan alan kişiler *hafif düzeyde mental retardasyon* (hafif düzeyde zeka geriliği) tanısı almaktadırlar.

Davison ve Neale (1998:446) bu kişilerin okula başlayana kadar nörolojik, fizyolojik ve fiziksel görünüşleri açısından çoğunlukla akranlarından ayırt edilemediğini ancak okuldaki akranları gibi davranışlar geliştiremediklerinde sorun ortaya çıktığını ve ergenlik döneminin (yaklaşık altıncı sınıfa kadar) ileri dönemlerine kadar akademik başarılarını devam ettirebildiklerini, yetişkinlik döneminde beceriksiz meslek yaşamı ve koruyucu çalışma grupları ile kendi kendilerine bakabildiklerini, evlenebildiklerini ve çocuk sahibi olabildiklerini ifade etmektedir. Ayrıca yaklaşık nüfusun yüzde üçünün zeka geriliği sınıflamasında yer aldığını da eklemektedir.

Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB): DSM-IV-TR'da (2001:55-58) sürekli bir dikkatsizlik örüntüsü, hiperaktivite veya içinde bulunduğu yaşta gözlenmesi gerekenden daha ciddi ve daha sıkı bir dürtüsellik hali olarak tanımlanmaktadır. Burada odaklanılan en önemli nokta hiperaktiviteden dolayı, uygun zamanda kişinin elindeki işe yoğunlaşamaması ya da yoğunlaşmakta güçlük çekmesidir (örneğin ders süresince uzun süre yerinde oturamama, dersi takip edememe, film süresince filmi takip edememe, sessiz olmaları gereken yerlerde konuşmalarını veya hareketlerini durduramama vb.) Tanı ölçütlerinde; dikkatsizliğe ait dokuz ayrı madde, hiperaktivite için beş ayrı madde ve dürtüsellik için ise üç ayrı madde vardır. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tanısı konulabilmesi için bunlardan (1)'e (dikkatsizlik) ve (2)'ye (hiperaktivite-dürtüsellik) ait bulgulardan altısının (ya da daha fazlasının) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine ayrı bir derecede sürmüş olmalıdır.

Literatürde yer alan bir saha çalışmasında ilkokul çocuklarının yüzde altısının ve özel eğitim sınıflarındaki öğrencilerin %25'inin DEHB tedavisi için uyarıcı ilaç aldıkları, DEHB belirtilerinin zamanla ortadan kalkmadığı ve giderek ergenlik hatta yetişkinlikte de devam ettiği için ilaç kullanımına devam edildiği bildirilmiştir (Safer ve Krager 1988 Akt.: Davison ve Neale 1998:432). Başka bir çalışmada da DEHB olan çocukların %70'inden çoğunun ergenlik döneminde bu bozukluğun ölçütlerini karşıladıkları ifade edilmiştir (Barkley ve diğerleri 1988 Akt.: Davison ve Neale 1998:430).

Davison ve Neale tarafından (1998:431), DEHB olan ergenlerin diğer yaşlıtlarına göre lisede daha çok okulu bıraktıkları, yetişkinlikte çoğunun iş sahibi ve maddi açıdan bağımsız olmalarına rağmen, bu bireylerin genellikle daha alt sosyo- ekonomik düzeye indikleri ve normalde beklenenden daha sıklıkla iş değiştirdikleri bildirilmiştir.

İki Uçlu Bozukluk (Bipolar Bozukluk): Son on yıldır duygudurum bozuklukları arasında ayırım yapılmaktadır. DSM-IV'de İki uçlu bozukluk, mani dönemi ve hem mani hem de depresyon belirtilerini kapsayan karışık bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu bozuklukta kritik belirtiler, maninin taşkın ya da sinirli duygudurumu, konuşkanlık ve aşırı hareketliliğe ek olarak depresyon dönemlerinin eşlik etmesidir. Bu belirtilerin işte ya da sosyal yaşamda ciddi aksamalara yol açtığı, hatta hastaneye yatırılacak kadar ağır olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Myers ve diğerlerine (1984) göre iki uçlu bozukluk major depresyondan daha az sıklıkta görülmekte olup, toplumda görülme sıklığı yüzde birdir. Leibenluft'a (1996) göre ortalama başlama yaşı yirmidir, kadın ve erkeklerde aynı oranda gözlenir. Kadınlarda depresyon dönemi erkeklere oranla daha sık, mani dönemi ise daha az görülmektedir (Akt.: Davison ve Neale 1998:237).

Dışa Atım Bozuklukları: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *enüresiz noktüma* (istemsiz ya da amaçlı olarak gece uykusunda idrar kaçırma, takvim yaşının en az beş olması gerekir) ve *enkoprezi* (istemsiz ya da amaçlı olarak dışkı kaçırma, takvim yaşının en az dört olması gerekir) olanlar DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından *dışa atım bozuklukları* kapsamında ele alınmıştır.

DSM-IV'te beş yaşındaki erkek çocukların yüzde yedisi, kızların yüzde üçünün, on yaşındaki erkeklerin yüzde üçü ve kızların yüzde ikisinin, 18 yaşında genç delikanlıların ise yüzde birinin ve genç kızların daha da azının enüretik olduğu

tahmin edilmiştir. Enuresize ilişkin en tutarlı bilgi, Bakwin tarafından 1973 yılında ortaya atılmıştır: “Birinci derecede akrabalarında ıslatan bir kişi olduğunda benzerliğin yaklaşık %75 düzeyinde çok yüksek olacağıdır” (Akt.: Davison ve Neale 1998:442).

Somatoform Bozukluklar: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *somatizasyon bozukluğu* ve *konversiyon bozukluğu (histerisi)* olanlar DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından *somatoform bozukluklar* kapsamında ele alınmıştır. *Somatizasyon bozukluğu*; 1859 yılında Pierre Briquet adlı Fransız bir doktor tarafından keşfedilmiş ve bu doktorun adıyla anılmış, daha sonra ise DSM-IV'de *somatizasyon bozukluğu* olarak sınıflandırma ve tanı ölçütleri setine alınmıştır. Bu bozukluğun temelini; genel tıbbın ilgi alanına giren, ancak belirgin bir fiziksel bir nedeni görünmeyen, süregiden, çoklu somatik yakınmalar (örneğin el yanması; deri altında karıncalanma; baş, sırt ve eklem ağrısı; ishal, bulantı vb.) oluşturmaktadır.

Bu bozukluğu alanların sık sık doktora gittiği hatta aynı zamanda birden fazla doktora gittiği görülmektedir. DSM-IV-TR, bu bozukluğun spesifik belirtilerinin kültürden kültüre değişiklik gösterdiğine dikkat çekmektedir. Ford (1995 Akt.: Davison ve Neale 1998:164) bu bozukluğun, duyguların açık olarak belli edilmediği kültürlerde daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Ülkemizde de özellikle erkeklerin duygularını kadınlara göre daha az açığa vurdukları göz önüne alınabilecek sosyo-kültürel bir faktördür. Bu bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığının yüzde bir olduğu Robins ve diğerleri tarafından 1984 yılında yaptıkları çalışmada ortaya konmuştur. Tomasson, Kent ve Coryell'in (1991 Akt.: Davison ve Neale 1998:165) çalışmalarında ABD'de kadınlarda erkeklere göre; Yunanistan ve Porto Rico gibi bazı ülkelerde ise erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olarak görüldüğünü bildirmişlerdir.

Konversiyon bozukluğunda ise, aniden görme kaybı ya da felç gibi duyuşsal veya motor belirtiler nörolojik türde bir hasarı akla getirirse de, organlar ve sinir sistemi

iyi durumdadır (Davison ve Neale 1998:162-163). Bu bireyler, fizyolojik olarak normal olsalar da, kol ve bacaklarda kısmi ya da tam felç; bayılma nöbetleri ve denge kusuru olabilir. Konversiyon belirtilerinin psikolojik doğası, bu belirtilerin stresli durumlarda aniden ortaya çıkmaları ve bireyin faaliyet ya da sorumluluktan kaçmasını ya da çok istediği dikkati çekmesini sağlamalarıyla kanıtlanmaktadır. Bu bozukluk daha önceleri *histeri* olarak adlandırılmakta ve anormal davranışlar üzerindeki ilk yazılara kadar gitmektedir. Konversiyon belirtileri genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde gelişir, kadınlarda erkeklere oranla daha sıklıkla görülür. Folks, Ford ve Regan'ın 1984 yılında yaptıkları çalışmada, klinikte konversiyon tanısı alan 50 hastanın 44'ünün kadın olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte Davison ve Neale (1998:171) konversiyon bozukluğunun sosyo-kültürel faktörlerin olası rolü ile birlikte son yüzyılda sıklığının azaldığını, yani klinisyenlerin bu rahatsızlığa daha az rastladıklarını ifade etmektedirler. Bunun nedeni de bastırıcı cinsel tutumların gevşemesi ve yirminci yüzyıldaki fizyolojiye uymayan fonksiyon bozukluklarına kıyasla kaygıya daha fazla hoşgörü gösteren psikolojik ve tıbbi gelişmelere bağlanmaktadır. Somatoform bozukluklar, insanları ruh sağlığı uzmanlarına götüren diğer hastalıklardan daha seyrek görüldüğü için, farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğine yönelik yeterli çalışma bulunmadığı ifade edilmektedir.

Diğer Bozukluklar: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre *kişilik bozuklukları* (A, B ve C kümesi olarak kişilik bozuklukları üç gruba ayrılmaktadır, ancak bu çalışmaya katılanların dosyasındaki bilgilerden kişilik bozukluğu olanların hangi kümeye girdiği belirtilmediği için araştırmacı tarafından sadece kişilik bozuklukları olarak ele alınmıştır), *trikotillomani* (göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanacak derecede kişinin kendi saçını tekrar tekrar yolması ve bundan giderek artan oranda haz alması), *tik bozukluğu* (birden bire ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan, basmakalıp bir motor hareket ya da ses çıkarması) ve *cinsel işlev bozukluğu* olanlar, DSM-IV-TR'daki sınıflama da göz önünde

bulundurularak, araştırmacı tarafından *diğer bozukluklar* kapsamında ele alınmıştır.

Tanı Konmamış: Bu araştırmada araştırma grubunun dosyalarından elde edilen verilere göre DSM-IV-TR'daki tanı kriterlerinde yer alan psikiyatrik belirtilerden bir veya birkaçını gösteren ancak henüz tanı konulamayan kişiler için *tanı konmamış* sınıflaması yapılmıştır. Bundan sonraki bölümde “sosyal destek” ile ilgili tanımlama ve açıklamalara yer verilmektedir.

1.2. SOSYAL DESTEK

Sosyal destek kavramı ile ilgili literatüre bakıldığında, sosyal desteğin özellikleri, sosyal destek sistemleri ve sosyal desteğin niteliği ile ilgili pek çok tanım ve açıklama yapılmıştır. Şimdiki bölümde “sosyal destek kavramı ve gelişimi” ne yer verilmektedir.

1.2.1. Sosyal Destek Kavramı ve Gelişimi

Sosyal destek kavramının çeşitli adlandırmalar altında ele alındığı görülmektedir: “Sosyal destek, “sosyal bağ” ve “anlamli sosyal ilişkiler ” gibi.

Sosyal desteğin teorik tanımı göz önüne alındığında, çok fazla çatışma ve az bir görüş birliği bulunmaktadır (Vaux 1988 Akt.: Anderson ve Smith 2000:452). Sosyal desteğin teorik modellerinin birçoğu, sosyal desteğin terimler içerisindeki etkileşimini içeren bir metayapısı olduğunu tartışmaktadır. Bunlar: Sosyal destek ağının kaynakları, desteksel davranış ve desteğin subjektif değerlendirilmesidir (House ve Kahn 1985; Pierce ve diğerleri 1996; Thompson 1995; Vaux 1988 Smith ve Anderson 2000:452).

Sosyal destek sisteminin yani bireyler ile sosyal ilişkilerin ve yakın bağların ne kadar önemli olduğu bir asır öncesinde ortaya konmuş, bireyin zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde

etkili bir rol oynadığı belirtilmiş ve sosyal destek kavramı, ilk olarak XX. Yüzyılın başlarında Emile Durkeim ile anılmaya başlanmıştır. Durkeim “*intihar*” isimli çalışmasında; toplumla bütünleşemeyen bireylerin intihar için büyük risk taşıdığını belirtmektedir (Kaplan 1995:1553; Öntaş-Cankurtaran 1999:146; Özbesler 2001:7; Akyunak-Özdemir 2005:23).

Eker ve diğerleri (2001:18) 1970’lerden itibaren sosyal desteğe bir başetme kaynağı olarak, araştırmacılar tarafından çok ilgi gösterildiğini, stresin zararlı etkilerine karşı bireyleri koruduğunun öne sürüldüğünü, stres verici yaşam olayları ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma yapıldığını belirtmektedirler.

1974’de John Casel, insan sağlığının devamı için bireyler arası ilişkilerin önemli olduğunu ve hastalığın etyolojisinde psiko-sosyal süreçlerin önemli rol oynadığını belirterek; zorlanmalı çevresel koşullarda bireyin yaşamında ortaya çıkabilecek sosyal ilişki ve bağların kopması ya da zayıflaması durumunda hastalanma riskinin artabileceği hipotezini ortaya atmıştır. Cassel, böyle psikolojik ve fizyolojik zorlanmalı yaşam durumlarında destek gruplarının bireyi tampon mekanizma gibi koruyacağını ve sosyal desteğin harekete geçirilmesi ile sağlığın daha kolay korunacağını da belirtmiştir (Gottlieb 1981 Akt.: Özbesler 2001:8).

Mueller (1980) sosyal desteğin, psikopatoloji gelişimi açısından koruyucu bir işlevi olduğunu, Kashani ve diğerleri (1987) ergenlerle yapılan çalışmalarda özellikle ana-baba desteğinin ergenin kişilik gelişimi ve uyumu açısından önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (Akt.: Özbay ve diğerleri 1994:119).

Literatürde sosyal desteğin tanımlamasında niceliksel (yapısal) ve niteliksel (işlevsel) özellikler açısından iki farklı yaklaşım olduğu görülmektedir. Yapısal açıdan yaklaşanlar daha çok “sosyal ağ” (social network) terimi kullanmaktadır. İlk kez bu terimin 1954 yılında antropolog olan Barnes tarafından kullanıldığı görülmektedir. Barnes Norveç’in küçük bir kasabasında, sosyal sınıfa ve statüye

yönelik çalışmalar yapmış, bu yöntemi daha sonra ise, İngiliz sosyal bilimciler kişilerin ait oldukları birincil grupların yapısal özelliklerini tanımlamak amacıyla kullanmışlardır (Greenblat, Bacerra ve Serafenitinides 1982 Akt: Banaz 1992:6)

Sosyal destek kavramına niteliksel (işlevsel) yaklaşanlar ise “sosyal ağ”dan farklı olarak ilişkinin sağladığı yardımlar yani desteksel davranışın boyutları açısından ele almaktadır. Desteksel davranışlar, araştırmacılar tarafından farklı boyutlarda ele alınmaktadır. Örneğin sosyal desteği üç boyutta (maddi, duygusal ve bilişsel) ele alarak çalışma yapanların çoğunlukta olduğu söylenebilir (Banaz 1992:6; Çakır 1993:15; Bayram;14; Elbir 2000:14; Özbesler 2001:12).

Günümüzde sosyal destek, “güç durumundaki bireye ya da stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş, öğretmen gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir (Coleman 1994; Aras 2001 Akt.: Akyunak-Özdemir 2005:24).

Günümüze kadar sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi, hem tampon hem de doğrudan etki modeline göre açıklayan iki temel görüş olduğu görülmektedir. Bunlardan birincisinde, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan ya da temel bir ilişkinin olduğu (Henderson, Byrne ve Duncan 1980 Akt.: Banaz 1992:7); ikincisinde ise, sosyal desteğin en önemli işlevinin stres verici yaşam olaylarının yarattığı olumsuz psikolojik etkileri azaltarak ya da dengeleyerek tampon görevi gördüğü (Leavy 1983 Akt.: Banaz 1992:7; Warheit 1979 Akt.: Banaz 1992:7; Cohen ve Wills 1985:258) savunulmaktadır.

Sosyal desteğin tarihsel gelişimi incelendiğinde; araştırmacıların son 30 yıldır sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile olumlu ilişkisi olduğunu vurgulayan çalışmaların (Henderson 1980 Akt.: Banaz 1992:15; Cohen Wills 1985:257; Schoenbach ve diğerleri 1986 Akt.: Davison ve Neale 2004:192; Ruberman ve diğerleri 1984 Akt.: Davison ve Neale 2004:192; Gooddenow, Reisene ve Grady 1990 Akt.: Davison ve Neale 2004:192, Bolger ve diğerleri 1996 Akt.: Davison

ve Neale 1998:193;) yanısıra, özellikle ergen ruh sağlığında psikopatoloji gelişmesini önleyici olduğu hipotezine dayanılarak yurt içinde ve yurt dışında bir çok çalışma yapıldığı görölmektedir (Banaz 1992; Çakır 1993; Barrera ve Garrison-Jones 1992 Akt.: Öztürk-Kılıç 1994:117; Özbay ve diğeri 1994; Bayram 1999; Elbir 2000; Muller ve diğeri 2000:451; Smith ve Anderson 2000:451; Bal ve diğeri 2003:1377).

1970 yıllardan itibaren büyük ilgi odağı olan sosyal desteğin, o yıllardan bugüne kadar işlevsel tanımlamasının yapılmaya çalışıldığı, sosyal destek sistemlerinin nasıl işlediği ve bu işleyişin sağlığı nasıl olumlu etkilediği ile stresi hafifleterek iyi olma halini nasıl ortaya çıkardığına yönelik varsayımların araştırılmaya ve tartışılmaya devam ettiğini görmekteyiz. Gelecek bölümde, sosyal destek kavramının tanımlamasını daha ayrıntılı incelemek, sosyal desteğin boyutları ve sosyal destek kaynaklarının nasıl işlev gördüğünü daha iyi kavrayabilmek amacıyla sosyal destek tanımları, boyutları ve sosyal destek sistemleri ele alınacaktır.

1.2.2. Sosyal Destek Tanımları, Boyutları ve Sosyal Destek Kaynakları

Literatürde sosyal desteğin betimsel, sistematik, işlevsel ve yapısal olarak ele alındığı; sosyal desteğin özellikleri, sistemi ve niteliği bakımından pek çok tanımlamasının yapıldığı görölmüştür.

Özbesler (2001:9) sosyal desteğin işlevsel tanımlamasının çok az olduğunu ancak sosyal destek literatüründe bir çok araştırmacı tarafından sosyal desteğin değişik açılardan tanımının yapılarak, tam bir tanım oluşturulmaya çalışıldığını belirtmektedir.

Cob (1976:301) sosyal desteği, "kişiyse sevildiğine, değeri ve verildiğine ve iletişim ağıının bir parçası olduğuna inandıran bir bilgi" olarak tanımlanmakta; Johnson ve Sarason da (1979:152) sosyal desteği, "kişinin güvенеbileceği

ilişkiler yoluyla, sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi" şeklinde tanımlamaktadırlar.

Walker ve diğerleri (1977) sosyal desteği, bireylerin sosyal kimliklerini olumlu yönde etkileyen ve kişisel ilişkiler sayesinde aldıkları duygusal destek, maddi yardım ve hizmetler ile aldıkları bilgi ve kurulan yeni sosyal ilişkiler olarak tanımlamaktadır. Buna benzer olarak, Kahn (1978) ise sosyal destek kavramını, çevredeki bireylere yönelik olumlu duygu ifadelerini içeren, bu bireylerin bazı davranışlarının veya tutumlarının onaylanmasını, onlara maddi ve manevi yardımda bulunulması gibi durumları içeren kişilerarası ilişki olarak ifade etmektedir (Akt.: Özbesler 2001:9).

House (1981 Akt.: Banaz 1992:5) da, sosyal desteği, araçsal (instrumental), duygusal (emotional), bilgisel (information) ve değer ifade eden destek (appraisal) olmak üzere tanımlamaktadır. Bu tanımda sosyal desteğin bireyler arasında karşılıklı bir alış-veriş olduğu ifade edilmekte olup; araçsal desteğin maddi yardım, eşya yardımı veya hizmet sunumu gibi öğeleri; duygusal desteğin hoşnutluk, saygı, sevgi ve empati gibi öğeleri; bilgisel desteğin çevreye yönelik bilgi gibi öğeleri; değer ifade eden desteğin ise takdir etme, kişinin kendi kendini değerlendirmesi ile ilgili öğeleri içerdiği söylenebilir. Bu dört boyutta ele alınan sosyal destekler, Smith ve Anderson (2000:452) tarafından "sosyal destek tipolojileri" olarak da ifade edilmektedir.

Caplan (1976 Akt.: Bayram 1999:15), desteğin duygusal değerinin yanı sıra bilişsel yönüne önem vermiştir. Caplan'a göre "sosyal destek, insanın stresli bir olaya hakim olmasını ve onunla başa çıkmasını kolaylaştıran sosyal çevreden gelen bir geribildirimdir." Bu nedenle Öntaş-Cankurtaran'a (1999:146) göre sosyal destek kavramı, çevreden gelecek ilginin belirtilmesi, duygusal yakınlık ve iletişim kavramlarını içermekte ve ayrıca bireyin yaptığı işin veya düşüncesinin doğruluğu ya da yanlışlığını da belirlemektedir. Bireyin sorunlarını çözmesi aşamasında da para, zaman ve çaba gibi yardımlarla da kişiye yol göstericidir.

Gottlieb (1981 Akt.: Bayram 1999:15) ise sosyal desteği, bireyin gerçek sosyal çevresinde, yardım eden kişinin sunabildiği yardım olarak tanımlamaktadır. Sarason ve diğerleri de (1983:128) sosyal desteği, bizi sevdiğini, önemseddiğini, değer verdiğini bildiğimiz, güvendiğimiz insanların olması ve hazır bulunması olarak tanımlamaktadır.

Shumaker ve Brownel sosyal desteği, en az iki birey arasında, alıcı ve verici olarak yardımların değişimi olarak tanımlamakta, Cohen, Mermelstein ve diğerleri (1985) ise, desteğin olumlu ve olumsuz etkilerinin olabileceğini ifade etmektedirler (Akt.: Çakır 1993:2).

Thoits'e göre (1986:417); "sosyal destek, bireyin stresle başa çıkma çabalarına, onun için önemli olan diğer insanlara katılmasıdır."

Barker (1999:454) ise sosyal desteği, toplumda yaşamın sürdürülebilmesi için insan ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan *formal* ve *informal* aktivite ve ilişkiler olarak tanımlamıştır. Burada insan ihtiyaçlarının, eğitim, gelir güvencesi, sağlık güvencesi ve özellikle de cesaretlendirme, erişim, empati, rol modelleri ve sosyal kimlik sunan diğer bireyler ve gruplarla bağlantıyı içerdiğini de ifade etmiştir.

Barrera ve Ainley (1983:133) sosyal destek kavramını, bireye son sıralarda yardım etmiş olan birey sayısı açısından tanımlamıştır. Başka bir ifadeyle sosyal destek, "sosyal ağın" yapısal özellikleri, üyelerinin stres altında bulunan kişiye sağladığı yardımlar, destekleyici davranışlardan duyulan doyum üzerinde durularak tanımlanmıştır (Cutrona 1986 Akt.: Bayram 1999:17).

Sosyal ağ terimi, genellikle kişinin bir grup insanla olan bağlarını ve grup içindeki ilişkilerini göstermek için kullanılan bir terimdir. Sosyal ağ, değerlendirilirken büyüklük (bireyin ilişkide olduğu insan sayısı) sosyal bağların gücü, ilişkilerin sıklığı, dağılımı (ilişkide olan kişilerin, fiziksel olarak uzaklığı ya da yakın oluşu), homojenliği (ağ üyelerinin yaş, cinsiyet, ırk ve kültürel açıdan

benzerliği), simetrisi (ilişkideki aktiflik ya da pasiflik derecesi) gibi niceliksel (yapısal-kantitatif) özellikleri üzerinde durulmuştur (Cohen ve Wills 1985:258).

Sosyal destek kavramına niteliksel (kalitatif-işlevsel) özellikler açısından yaklaşanlar ise, sosyal ağdan farklı olarak ilişkinin sağladığı yardımlar açısından kavramı ele almışlardır. Bunlar içinde üzerinde en fazla durulanlar ise maddi, duygusal ve bilişsel destektir.

Sosyal destek kavramının tanımlarında veya açıklamalarında, sosyal destek kaynaklarının iki ana bölümden oluştuğu görölür. Bunlar: *Informal* ve *formal* destek kaynaklarıdır. Burada *informal* sosyal destek kaynakları derken, daha çok aile, arkadaş, komşu gibi yakın çevrede bulunan ve yakın ilişki içinde bulunan insanlar, *formal* destek kaynakları olarak da, resmi kurum ve kuruluşlar ile yasal çerçeve içinde hizmet veren sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar kastedilmektedir (Özbesler 2001:11). Bu kaynakların sağladığı sosyal desteklerin boyutları da farklı düzeylere olabilir. Örneğın arkadaşlar daha çok duygusal destek sağlarken, anne-baba duygusal, araçsal, bilgisel ve değer ifade eden desteklerin hepsini sağlayabilir. Yalnız ölkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olarak sadece sağlık kuruluşlarında veriliyor olması, her türlü eğitim, sosyal yardım ve endüstri kuruluşlarında yurtdışında olduğu gibi psikolojik hizmetlerin yaygılaşmaması nedeniyle *formal* yardım kaynaklarının hizmetlerini, aileler ve bireyler yerine getirmektedir (Kepçeoğlu 1994 Akt.: Elbir 2000:11).

Sosyal desteği sağlayan kaynaklar; aile, arkadaş ve diğer kişiler olarak ele alınmaktadır. Literatürde bu kişilerin desteği üç (Sorias 1988) ve daha fazla (Caplan 1976) türde destek sağladıkları ifade edilmektedir. Bunlar: a) Maddi destek, b) Duygusal destek, c) Zihinsel (bilişsel) destek, d) Saygı desteği ve e) Beraberlik desteği. Bunlar aşağıda açıklanmaktadır:

a) *Maddi Destek* (Materyal Desteği- Material Support Cobb 1976; Somut Yardım-Concrete Aid, Caplan 1974; Elle Tutulur Yardım-Tangible Assistance,

Hirsch 1980): Günlük sorumlulukların gerçekleştirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır (Akt.: Bayram 1999:16). Bu destek maddi yardım, araç-gereç, eşya ve hizmet verilmesine dayanır ve aynı zamanda “elle tutulur” (tangible) destek olarak da anılmaktadır. Bu destek kavramı, daha çok aile üyeleri ve arkadaşlar için geçerlidir. Ev işlerine yardım etme, çocukların bakımını üstlenme, hastanın ev içindeki ve ev dışındaki tüm işlerini üstlenme, onun için gereken her şeyi yapmayı kapsamaktadır (Özbesler 2001:13). Bu tür günlük gereksinimleri karşılanan hasta ve ailelerinin stresinin azaldığı ve buna bağlı olarak pozitif sağlık etkinliklerine katılımının artmasına yardımcı olduğu bildirilmiştir (Duyan 2001:10).

b) *Duygusal Destek* (Emosyonel Üstatlık-Emotional Mastery, Caplan, 1974; Duygusal Destek-Affective Support, Pattison 1980; Emosyonel Destek-Emotional Support, Hirsch 1980; Hays 1985): Kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Greenblat ve diğerleri, etkili bir sosyal destek için ilişkinin empatik anlayışa, içtenliğe ve saygıya dayanması gerektiğini belirtmektedir. Brown, duygusal destekte sırdaş ilişkisinin önemini vurgulamış, hiç bir sırdaşı olmayan insanların, yaşam stresinden daha fazla rahatsızlık duyduklarını, benlik değerlerinin daha düşük ve psikopatolojik semptomlarının daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Akt.: Bayram 1999:16). Duygusal destek, benlik saygısı, kendilik değeri ve ait olma duygusu üzerinde olumlu etkileri olan rahatlama, duygulanım ve desteklemeyi kapsamaktadır (Duyan 2001:10). Bu destek genellikle yüz yüze iletişim yoluyla birincil gruplar tarafından sağlanır. Aile bu konuda prototiptir. Komşuların, arkadaşların ya da meslek elemanlarının duygusal destek sağlama rolünü yerine getirmesi beklenir (Tufan 1994:49). Bu destek ilgi, sevgi ve güven duygularının iletilmesine dayanır.

c) *Bilişsel Destek* (Bilişsel Rehberlik-Cognitive Guidance, Hirsch 1980; Danışma-Information, Caplan 1974; Hays 1985): Öğüt ve bilgi verme ve davranışlar konusunda geri iletim gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir (Akt.: Bayram 1999:16). Thoits (1982:146), başka insanların, kişinin içinde

bulunduğu durumu yeniden yorumlayarak o kişiye yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Gottlieb (1981) ve Mitchell ve diğerleri (1982:77)'de bu düzeydeki sosyal desteğin, bireyin benlik saygısını güçlendirdiğini, sosyal destek ile öz benliğin iç içe olduğunu ifade etmişlerdir. Bu destek, "bilgi verici destek" olarak da anılmakta ve bireyin ihtiyaçlarına bağlı olarak onun mevcut durumuna ilişkin fikirlerin ve gerçeklerin konuşulması olarak açıklanmakta ve bunun için bilgi alınabilecek kaynakların bulunması, yararlı olabilecek mevcut hizmetler ve teknikler hakkında bilgilenme, önerilerde bulunma gibi davranışlar gereklidir. Hasta ya da sakat kişi açısından ise kendisine nasıl yardım edeceği konusunda önerilerde bulunma, ona hastalığı hakkında yeni görüş kazandırma, uygun tedaviler hakkında bilgi verme (sadece doktorlar için) bütün sorularını yanıtlama ve bireyin iş bulması için iş olanakları konusunda yardım etmeyi kapsamaktadır (Tufan 1994:51; Duyan 2001:10). Görüldüğü gibi bu destekte, sorunların çözülmesini sağlayabilecek bilgilerin ya da becerilerin kazandırılması esastır.

d) *Saygı Desteği* (Esteem Support, Caplan 1974): Kişinin sorunları ve kusurlarıyla birlikte, olduğu gibi kabul edildiği ve saygı duyulduğunun belirtilmesine dayanan destektir (Akt.: Elbir 2000:14).

e) *Berberlik Desteği* (Toplumsal Ortaklık-Social Companionship, Caplan 1974): Boş zamanların birlikte geçirilmesine dayanan destektir (Akt.: Elbir 2000:15).

Sosyal destek işlevleri birbirleriyle iç içe bulunabilmektedirler. Bu nedenle duygusal açıdan destekleyici bir destek aynı zamanda maddi ve zihinsel desteği de bulundurmaktadır. Caplan (1976 Akt.: Öntaş-Cankurtan 1999:146) bunu şöyle açıklamaktadır: "Sosyal ağın içinde olma, kişiye kendisinden beklenenler konusunda bilgi, davranışlarının uygun olup olmadığını gösteren geribildirimler, gerektiğinde görevleri için yardım ve uygun davranışlarına karşılık ödül sağlar." Bu nedenlerle sosyal destek çevreden gelecek ilginin belirtilmesi, duygusal yakınlık ve iletişim kavramlarını içermektedir. Ayrıca bireyin yaptığı işin veya düşüncesinin doğruluğu ya da yanlışlığını da belirlemektedir. Bireyin

ihtiyaçlarının karşılanması veya sorunlarının çözümü aşamasında para, zaman ve çaba gibi yardımlar kişiye yol göstericidir.

Özetlenecek olursa, etkili ve olumlu sosyal destekten söz edebilmek için bireyin gereksinimi ve bu gereksinime verilecek sosyal desteğin türü ve niteliğinin birbirine uyuşması gerekmektedir. Bu da, sosyal desteğin hangi türünün yararlı olacağının koşullara göre değiştiğini göstermektedir (şahin 1999:87).

1.2.3. Algılanan Sosyal Destek ve Ölçümü

Sosyal destek kavramı üzerinde çalışan araştırmacılar, uzun yıllar ortak bir tanıma ulaşamadıkları için neyin, nasıl ölçüleceği konusu belirsiz kalmıştır. Sosyal destek kavramının, kişilerarası ilişkilerdeki farklı yönleri içeren genel bir terim olduğu ortaya konduktan sonra, sosyal ağın yapısal özellikleri, üyelerinin stres altında bulunan kişiye sağladığı yardımlar, destekleyici davranışlardan duyulan doyum (algılanan sosyal destek) ölçülmeye başlanmıştır (Barrera ve Ainley 1983:133).

Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusundaki kişinin izlenimi “algılanan sosyal destek” olarak tanımlamaktadır. Algılanan sosyal destek ilişkiden sağlanan doyumdur. Çeşitli yaşam alanlarında, sevilen sayılan ve değer verilen kişilerin, ilişkilerden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınca desteklendiği duygusunu taşıdığı öne sürülmüştür (Procidano ve Heller 1983 Akt.: Banaz 1992:8; Cutrona 1986 Akt.: Bayram 1999:17).

Heller ve diğerlerine (1986 Akt.: Banaz 1992:8) göre, sosyal aktivitenin kendisi değil, algılanış ve yorumlanış biçimi ruhsal sağlığı etkiler. Bu araştırmacılar, sosyal destek ile başa çıkma mekanizmaları ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi açıklayan kuramsal bir model geliştirmişlerdir. Bu modele göre bir sosyal aktivitenin destekleyici olması için ya kişinin benlik saygısını arttırması ya da stresle ilgili maddi veya bilişsel bir yardımı içermesi gerekmektedir. Benlik saygısını arttırıcı destek işlevinin, ruh sağlığı bulgularıyla doğrudan ilişkili olduğu

saptanmış, buna karşın stresle ilgili maddi veya bilişsel bir yardım içeren destek işlevinin, ruh sağlığını dolaylı yünden etkilediği belirtilmiştir.

Varni ve diğerleri (1994:21 Akt.: Özbesler 2001:10) ise, algılanan sosyal desteği, stresli yaşam durumları içerisinde olan bireyin ihtiyacı olduğu her zaman yanında yardıma hazır ve ona değer veren birilerinin olması ve bu kişilerle ilişkilerinden nitelikli yararlar elde etmiş olmanın bilincinde olarak, bu durumu kendi yararına bir destek biçiminde yorumlaması şeklinde tanımlamaktadır.

Genel olarak, algılanan sosyal desteğin iki temel bileşeni olduğu görülmektedir. Bunlar: 1) ihtiyaç duyulduğunda başvurulabilecek insanların varlığı algısı, 2) varolan destekten memnuniyet derecesi. Bu iki bileşenin birbiriyle ilişkisi, bireylerin kişiliklerine bağlıdır. Örneğin bazı insanlar sosyal destek sağlayan fazla sayıda insan olmasını isterken, bazıları için de bir tek kişi yeterli olabilmektedir. Başkalarıyla beraber olma ve rahatlık duygusu, destek ihtiyacını belirleyebilir. Aynı şekilde desteğin algılanmasından memnuniyet, benlik saygısı, çevre üzerinde kontrol duygusu gibi kişilik faktörlerinden etkilenebilir. Ayrıca yeni olayların, memnuniyet ya da hoşnutsuzluk olarak desteğin hazır bulunuşunu dikkate almayı etkileyebileceği bilinmektedir (Sarason ve Levin 1983 Akt.: Çakır 1993:6).

Günümüze değin sosyal desteğin farklı yaklaşımlarla tanımlanması gibi ölçümünde de farklı yaklaşımlar olduğunu görmekteyiz. Sosyal desteğin ölçülmesinde genellikle iki tür yaklaşımdan hareket edilmiştir. Bunlardan birisi yapısal, diğeri ise işlevsel ölçme yaklaşımıdır.

Yapısal yaklaşım içinde yapılan bir çok çalışma, sosyal desteğin yapısal özellikleri, sosyolog ve antropologlar tarafından kullanılan "Sosyal Ağ Listesi" ile yapılmıştır (Sorias 1992:34).

Coyne ve Delongis (1986), Eaton (1978), Monroe ve diğerleri (1983), sosyal desteği nicel olarak belirleyebilmek amacıyla, sosyal ağın yapısal özelliklerini ve

belirli bazı türden ilişkilerin varlığını araştırmışlardır (Akt.: Bayram 1999:17). Bu ilişkilerdeki olumlu geribildirimler ve olumlu kendilik imajı üzerinde durmuşlardır (Sorias 1992; Sarason, Pierce, Bannerman ve Sarason G. 1993 Akt.: Bayram 1999:17).

Coyne ve Delongis (1986 Akt.: Bayram 1999:17), evliliğin sağladığı psikolojik ve sosyal üstünlükleri incelemişlerdir. Mutlu bir evliliğin olumlu getirileri olduğunu, kötü bir evlilik ilişkisinin aktif bir stres kaynağı olduğunu ortaya koymuşlardır. Mutsuz evliliği olan insanların daha çok fiziksel rahatsızlıklara sahip olduklarını, çok içtiklerini diğer insanlardan kendilerini soyutladıklarını belirlemişlerdir.

Evlilik durumu dışında yalnız yaşama, bir kulübe üye olma, akraba ve arkadaş ziyaretleri, başkalarıyla gezme, yakın bir arkadaşına sahip olma gibi özellikler de ele alınmıştır. Bu çalışmalarda, olumlu ya da olumsuz sosyal etkileşimlerle psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiler ayırt edilmiştir (Lehman, Ellard ve Wortman 1986 Akt.: Bayram 1999:17; Sorias 1992:33).

Özetlenecek olursa; yapısal yaklaşıma göre sosyal destek, bireyin sosyal ilişkilerindeki "sosyal ağı" ifade etmektedir. Örneğin, evlilik durumu ve arkadaşların sayısı vb'dir (Davison ve Neale 2004:192).

İşlevsel yaklaşım içinde yapılan ilk çalışmalarda, sosyal desteğin daha çok duygusal yönüne ağırlık verilmiştir.

Cohen ve Wills (1985:258) sosyal desteği dört kategoriye ayırmıştır. Bunlar: Değer verme yönünde destek, yardımcı destek, bilişsel destek ve sosyal yakınlıktır. Bu yaklaşım biçiminde araştırmacılar, standart görüşme yöntemiyle ya da bir kaç maddelik soru listeleriyle destek düzeyini araştırmışlardır. Örneğin, yakın arkadaş ilişkisinin sağladığı duygusal ve bilişsel destek sıklıkla, "arkadaş ve akrabalarınız içinde ne söylerseniz söyleyin, sizi anlayacağına, yol göstereceğine inandığınız biri var mı?" biçiminde bir soru ile araştırılmıştır (Winemiller ve diğerleri 1993; Monroe ve diğerleri 1986 Akt.: Bayram 1999:18).

Barrera ve Ainley (1983:133), sosyal desteğin işlevlerini ayırt etmişler ve bu amaca yönelik olarak, 40 maddelik bir soru listesi hazırlamışlardır. Başka bir çalışmada ise, "Sosyal Açıdan Destekleyici Davranışlar Envanteri" (ISSB-Inventory of Socially Supportive Behaviour) ile altı ayrı sosyal destek işlevi değerlendirilmiş ve bunlar; maddi yardım, davranışsal yardım, yakın arkadaş etkileşimi, rehberlik, geri iletim, olumlu sosyal etkileşim olarak tespit edilmiştir (Coyne ve Delongis 1986; Akt.: Bayram 1999:19).

Sarason ve diğerleri (1983:127), destekleyici ilişkilerin varlığını ve ilişkilerin kişiye verdiği doyumun derecesini ölçen "Sosyal Destek Soru Listesi (SSQ, Social Support Guestionnaire)" adını verdikleri bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu ölçekte, denekten test maddelerinde sözü edilen durumda güvenle başvuracağı insanların bir listesini yapması ve onların sağladığı desteğin ne ölçüde yeterli olacağını belirtmesi istenmiştir.

Procidona ve Heller (1983 Akt.: Sorias 1992:34) sosyal destek işlevlerinin yeterli olup olmadığı konusunda kişinin kendi yargısını "algılanan sosyal destek" olarak tanımlamışlar ve algılanan arkadaş ve aile desteğini global olarak değerlendiren, 20 maddeden oluşan Algılanan Arkadaş Desteği (PSS-Fr, Perceived Support Scale From Friends) ve Algılanan Aile Desteği (PSS-Fa, Perceived Scale From Family) ölçeklerini geliştirmişlerdir.

Özetlenecek olursa; işlevsel sosyal destek, bireyin ilişkilerinin kalitesiyle ilgili bir tanımlamadır. Örneğin bireyin gereksinim duyduğu anda yardım isteyebileceği yakınlıkta bir arkadaşının varlığına inanıp inanmamasıdır (Davison ve Neale 2004:192).

1.2.4. Sosyal Destekle Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki

Son yıllarda sağlık, sosyal psikoloji, klinik psikoloji, psikiyatri gibi bir çok alanda yapılan çalışmalarda sosyal destek ve psikopatoloji arasındaki ilişkiler epidemiyolojik araştırmalarla ortaya konmuş, sosyal destek ile sağlık arasında

olumlu ilişki olduğu bildirilmiştir (Cohen ve Wills 1985:258; Leavy 1983 Akt.: Banaz 1992:15). Coyne ve Downey (1991 Akt.: Banaz 1992:15) sosyal faktörleri, psikopatoloji açısından ele aldıkları çalışmalarında, stres, anksiyete, depresyon ve sosyal desteği en aktif araştırma alanları olarak saptamışlardır. Monroe (1983 Akt.: Banaz 1992:15) ise, sosyal destek ile psikolojik düzensizlikler arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında sosyal destek ile psikolojik düzensizlikler arasında ilişki olduğunu bulmuştur.

Sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarda iki önemli etkiden (modelden) söz edilmektedir. Bunlardan birincisi, sosyal destek ile sağlık arasında *doğrudan* ya da *temel* bir ilişkinin olduğunu (Henderson, Byrne ve Duncan 1980 Akt.: Banaz 1992:7); ikincisi ise sosyal destek ile sağlık arasında *tampon* bir ilişkinin olduğunu, yani sosyal desteğin stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltma ya da dengeleme yoluyla ruh sağlığını koruduğunu savunmaktadır (Henderson 1980; Leavy 1983; Warheit 1979 Akt.: Banaz 1992:7,15; Cohen ve Wills 1985:258;)

Bazı araştırmacılar ise, bu iki modelin sosyal destek ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi açıklamakta yetersiz kaldığını belirtmektedir. Duckitt (1984 Akt.: Banaz 1992:9) sosyal desteğin psikolojik yakınma belirtilerine etkisini araştırdığı çalışmasında, kişilik özelliklerinden dışadönüklüğün sadece sosyal destekle karşılıklı ilişkide olduğunu saptamıştır.

1.2.4.1. Doğrudan/Temel Etki Modeli

Bu modele göre, sosyal destekle sağlık arasında doğrudan ya da temel bir ilişkinin olduğu savunulmakta ve bir çok araştırmada, hasta bireylerin sosyal destek sistemleri hem niteliksel (işlevsel ölçme yaklaşımı) hem de niceliksel (yapısal ölçme yaklaşımı) açıdan ele alınarak, normal bireylerden farklı olduğu tespit edilmiştir. Banaz'a göre (1992:9) doğrudan etki modelinde; "stres olsun ya da olmasın, sosyal destek kişinin sağlığını doğrudan etkilemektedir ve sosyal desteğin yokluğu da ruhsal hastalık oluşumuna yol açmaktadır."

Henderson ve diğerleri (1978 Akt.: Bayram 1999:21), psikiyatrik hastalarla sağlıklı deneklerin birincil gruplarının büyüklüğünü ve yararını incelemişlerdir. Elde ettikleri sonuçlarda, psikiyatrik hastaların ev dışındaki bireylerle daha az ilişki kurdukları ve bu nedenle arkadaş sayılarının az olduğunu bildirmişlerdir. Birincil grupta geçirilen süre, normallerle aynı olmasına rağmen duyulan duygusal hoşnutsuzluğun fazla olduğunu ortaya koymuşlardır.

Pattison ve diğerleri (1975 Bayram 1999:21) psikolojik açıdan sağlıklı bireylerde, sosyal ağın (aile, akraba ve arkadaş gibi farklı alt gruplardan) ortalama 22-25 kişiden oluştuğunu, psikiyatrik hastalarda ise sosyal ağ üyelerinin sayıca az olduğunu bildirmişler ve bu durumu, psikiyatrik hastaların yalnızca birbirleriyle ilişki içinde olmalarından dolayı sosyal hayatlarının sınırlı kalmasıyla açıklamışlardır.

1.2.4.2. Tampon Etki Modeli

Bu modele göre, sosyal desteğin en önemli işlevi, stres verici yaşam olaylarının yarattığı olumsuz psikolojik etkileri azaltarak ya da dengeleyerek tampon görevi görmektir. Bu modelde, doğrudan ya da temel etki modelinden farklı olarak stres kesinlikle vardır ve bunun etkisini sosyal destek hafifletmekte ya da dengelemektedir.

Stres verici yaşam olayları arasında “sevilen birinin ölümü”, “boşanma”, “işini kaybetme”, “okula başlama ya da bitirme” gibi yeniden sosyal uyumu gerektiren olaylar sayılabilir. Stres verici yaşam olaylarının hem fiziksel sağlığa hem de ruhsal sağlığa olumsuz yansımaları olduğu pek çok araştırmada ortaya konmuştur. Bunlardan sosyal destek, sağlık ve stres verici yaşam olayları arasında *ara değişken* olarak ele alınmakta yani sosyal desteğin tampon etkisi araştırılmaktadır.

Bal ve diğerleri (2003:1388) psikiyatri kliniğine başvurmayan 820 kişilik örnekleme, 12-18 yaş arasındaki ergenlerin stresli yaşam olayları sonrası

uyumlarında ve kendilerini iyi hissetmelerinde sosyal destek faaliyetlerinin rolünü inceledikleri araştırmada, cinsel istismara uğradıklarını bildiren ergenlerin diğer tipte stresli yaşam olayları bildirenlere göre daha düşük destek bildirdiklerini ve daha yüksek uyumdan kaçınma davranışı ve daha fazla korku, depresyon, kızgınlık, toplumsal içe çekilme gibi stresle ilişkili semptomlar gösterdiklerini, stresli olay ve uyum arasındaki hafifletici ilişkide sosyal destek etkisini istatistiksel açıdan anlamlı bulmuşlardır.

Smith ve Anderson (2000:451) intihar girişiminde bulunan 13-17 yaş grubundaki ergenlerin akut değerlendirilmesini izleme, sosyal destek, risk düzeyleri ve güvenlik hareketlerini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada intihar etmeyi düşünen (50 kişi) ve intihar girişiminde bulunanların (50 kişinin) hasta dosyalarında yer alan akut değerlendirme raporlarından (arşivden) elde ettikleri veriler sonucunda *negatif desteğin* (destek yokluğu ya da yardıma alınamayacak ve kötü işleyen desteklerin varlığı), *pozitif desteğin* (yardıma ihtiyacı olduğunda yardım edebilecek kişinin varlığı) ve *risk düzeyinin* (zayıf destekle ilişkili olan aile parçalanması, zayıf aile ilişkileri, aile içi şiddet, istismar vb.) şiddetinin gruplar arasında farklı olduğunu tespit etmişlerdir. Intihar girişiminde bulunanların diğerlerine göre risk ve negatif destek düzeylerinin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Smith ve Anderson (2000)'nın bu çalışmasından çıkarılabilecek en önemli sonuç, çocuk ve ergen kliniklerinde çalışan psikiyatri ekibinin, ergenlerin negatif destek, pozitif destek kaynakları ve risk faktörlerini çok iyi belirleyerek, hem doğrudan destek hem de tampon destek açısından destek kaynaklarını harekete geçirmede, psikiyatrik hastalarda intihar riskine karşı güvenlik önlemi almada önemli rollerinin olduğudur. Örneğin hasta düşük seviyede sosyal destek ağına sahipse klinisyen bu hastayı yüksek risk grubunda kabul edebilir. Soriaş (1988b Akt.: Bayram 1999:22) sosyal destek yetersizliğinin ruh sağlığını doğrudan olumsuz etkilediğini bildirmektedir.

1.2.5. Konuyla İlgili Araştırmalar

Sosyal destek ile yurt içinde ve yurt dışında yapılan araştırmalar; araştırmacının sosyal destek ile ilişkisini test ettiği sosyo-demografik özellikler (bağımsız değişkenler) ve ergenlik dönemi açısından ele alınmıştır. Bunlara aşağıda ayrıntılı olarak değinilmektedir.

Sosyal desteğin cinsiyet ve yaşa göre farklı olup olmadığını araştıran çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre sosyalleşme sürecinde daha düşük sosyal destek bildirdiklerini ve yaş ilerledikçe sosyal ağlardaki azalma ve sosyal destek sistemlerinin değişikliğe uğraması nedeniyle sosyal destek ilişkisinde alıcı rolden verici role geçtikleri belirtilmektedir (Burke ve Weir 1978 Akt.: Banaz 1992:9; Hays ve Oxley 1986:305; Sorias 1988:26; Banaz 1992:44-45; Çakır 1993:72; Bayram 1999:154; Helsen ve diğerleri 1999:326; Elbir 2000: 59; Bal ve diğerleri 2003:1384).

Burke ve Weir (1978 Akt.: Banaz 1992:9) ergenler üzerinde yaptıkları çalışmada, kızların yaşıt desteğini daha fazla kullandıklarını ancak erkeklere oranla bu destekten daha az hoşnut olduklarını saptamışlardır. Buna benzer olarak Hays ve Oxley (1986:305,311) yaptıkları çalışmada, kızların erkeklere oranla daha çok bilgisel ve duygusal destek aldıklarını ve okunulan sınıfa göre arkadaş destek algısının farklılaştığını tespit etmişlerdir. Kızların erkeklere göre destek algılarının yüksek olmasını da, kızların erkeklere göre daha fazla uyum sorunları yaşadıkları şeklinde yorumlamışlardır. Yine benzer bir çalışmanın ülkemizde Sorias (1988:26) tarafından yapıldığını görmekteyiz. Sorias, bu çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla yakın ilişkiye sahip olduklarını, ilgi ve duygularını başkalarıyla daha çok paylaştıklarını yani sosyal destek kaynaklarını daha çok kullandıklarını ortaya koymuş ve Burke ve Weir'in çalışmasında olduğu gibi kadınların erkeklere göre algıladıkları destekten daha az hoşnut olduklarını bildirmiştir.

Banaz (1992:44-45) da, lise öğrencilerinde sosyal destek kaynaklarıyla stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında; okuyan ergenlerde, algılanan arkadaş desteği düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığını, kızların erkeklere kıyasla daha fazla *arkadaş* desteği, ayrıca 16-17 yaşlarında *arkadaş* desteğini daha fazla algıladıklarını, bu yaş grubundan daha küçük ya da daha büyük olanların ise desteğe daha az ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir.

Cinsiyet değişkeni açısından diğer çalışmalardan farklı sonuca ulaşan Çakır'ın (1993:66-72), 12-18 yaş grubundaki gençlerde çok yönlü algılanan sosyal destek ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması için yaptığı çalışmasında; yatılı okuyan ve yatılı okumayan 153 erkek ve 146 kız denek olarak toplam 299 denek grubundan; yatılı okuyan kız deneklerin, erkek deneklere göre daha düşük sosyal destek bildirdiklerini; 12-14 yaş ve 18-22 yaş grubunda en çok aileden, 15-17 yaş grubunda da örnek alınan yetişkin, öğretmen, karşı cinsten yakın ilişkide oldukları arkadaşlarından destek aldıkları vurgulanmaktadır.

Özbay ve diğerlerinin (1994:119) yaptığı çalışmada, sağlıklı işçi ve öğrencilerde sosyal destek algısının yaşla değişimi incelenmiş, işçilerin öğrencilere göre daha düşük düzeyde destek algıladığı, öğrencilerde ise yaş ilerledikçe sosyal destek algısında düşmenin daha belirgin olduğu bildirilmiştir.

Wang ve diğerleri (1997:245); kişilik özellikleri, problem çözme becerileri ve algılanan sosyal destek ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik lise öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre kızların lehine farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir.

Bayram (1999:154) bir grup gençte ruhsal belirti ile sosyal destek ilişkisini araştırdığı çalışmasında; algılanan arkadaş, aile ve toplam destek düzeylerinin, 18 yaş ve daha büyük yaşlarda en yüksek düzeyde bulunduğunu, buna karşın algılanan arkadaş desteğinin 14 ve daha küçük yaşlarda, algılanan aile ve toplam desteğinin 16 yaşında en düşük düzeyde olduğunu belirlemiştir.

Helsen ve diğerleri (1999:319) 12-24 yaş arasındaki 2918 ergen üzerinde ergenlikte duygusal sorunlar, aile ve arkadaştan algılanan sosyal desteği araştırdıkları çalışmalarında; yaş ve cinsiyet açısından farklılıkları incelemişlerdir. Bu çalışmalarının sonucunda, aile ve arkadaştan algılanan desteğin birbirinden bağımsız destek sistemleri olduğunu, algılanan desteğin derecesinin ergenliğin ilk zamanlarında beklenen doğrultuda değişse de (aileden algılanan destek azalırken, arkadaştan algılanan destek artmaktadır) ergenlik boyunca aileden algılanan desteğin duygusal sorunların en iyi belirleyicisi olmaya devam ettiğini, arkadaş desteğinin etkisinin ise, algılanan aile desteğinden daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Ailesinden fazla destek gören grupta arkadaş desteği üzerinde çok az olumlu etkisinin olduğunu, ailesinden az destek gören grupta ise arkadaş desteğinin negatif etkisi olduğunu görmüşlerdir. Yine aynı çalışmada kızların erkeklere göre arkadaşlarından daha çok destek gördüklerini; 12-17 yaş arasında her iki destek algısında da değişimler yaşandığını (aile desteği azalırken, arkadaş desteği artar) ancak 17 yaşından sonra ise her iki destek algısında da çok fazla değişiklik olmadığını saptamışlardır.

Elbir (2000:59) lise birinci sınıf öğrencilerinin sosyal destek düzeylerini bazı değişkenler açısından incelediği çalışmasında, kızlar ile erkekler arasında sosyal destek düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ve cinsiyet açısından sosyal destek puan ortalamalarının birbirine yakın bulmuştur.

Demaray (2003:108) çocuk ve ergenlerde destekleyici davranışların sosyal etkilerinin sınıflandırılması için yaptığı çalışmasında; üç ila o ikinci sınıfta okuyan 1688 öğrenciye, Çocuk ve Adölesanlar için Sosyal Destek Ölçeğini (CASSS; Mallecki, Demaray, Elliott ve Nolten 1999 yılında geliştirmişlerdir) uygulamış ve bu çalışmanın sonucunda; öğrencilerin sosyal olarak destekleyici davranışların etkilerini algılamalarında gelişimsel (ilkokul, ortaokul ve lise düzeyinde) ve grup (çalışma-başarı, yetersizlik ve cinsiyet) açısından farklı olduğunu tespit etmiştir.

Sonuç olarak, algılanan desteğin cinsiyet açısından bazı çalışmalarda kızlar lehine farklılık gösterdiği, ancak kızların algıladıkları destekten daha az hoşnut oldukları; yaş açısından ise ilk ergenlik (12-14 yaş grubunda) ve geç ergenlik (18-24 yaş grubunda) dönemlerinde en çok aileden, orta ergenlik döneminde (15-17 yaş grubunda) da örnek alınan yetişkin, öğretmen, karşı cinsten yakın ilişkide oldukları arkadaşlarından daha çok destek aldıkları ortaya çıkmaktadır. Yaş gruplarına ve cinsiyete göre destek arayışı ve alış biçimleri ergenlik döneminin gelişim özellikleri açısından farklılık göstermektedir.

Ergenlerle ilgili yapılan bir çok araştırmada; ergenlerin yaşadıkları problemlerin aileden kaynaklandığı, bir çok psikiyatrik bozukluğun etyolojisinde ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin alt ve orta seviyede olması nedeniyle psikiyatrik bozuklukların gelişmesinin diğerlerine göre daha çok olduğu belirtilmiş olup, bu faktörlerin ergenlerin sosyal destek algı düzeylerini de etkilediği vurgulanmıştır.

Çocukların kişisel ve sosyal gelişiminde anne eğitiminin önemi vurgulayan Rahner (1980)'e göre, bilişsel gelişim alanındaki kadar belirgin olmamakla birlikte, çocukların kişisel ve sosyal gelişimlerinde anne eğitiminin olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. "Erken Destek Projesi" kapsamında eğitilen annelerin eğitilmeyenlere göre daha az destekleyici bir eğitim ortamı oluşturduklarına dikkat çekilmektedir (Akt.: Elbir 2000:20). Çitci (1998:578) de, çalışma yaşamını sürdüren kadınların çoğunluğunun aile/ev-çalışma ikileminde ve kadının çalışmasını kolaylaştırıcı politika ve uygulamaların yokluğunda kendilerini çalışmaya "tutsak" sayabildiklerini ve bunların da ev ve çocuklara ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyebileceğini belirtmektedir.

Literatürde gelir düzeyinin ve öğrenim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak algılanan aile, arkadaş, özel bir insan ve toplumda algılanan sosyal desteğin yükseldiğini bildiren çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda, ergenlerin ailelerinin gelir ve öğrenim düzeyinin yüksekliği, sosyal desteğinde yükselmesinde olumlu etkiye sahip olmuştur (Kabadayı 1990; Banaz 1992:67; Bayram 1999:154; Elbir 2000:96,102).

Aysev (1991) intihar girişiminde bulunan çocuklar üzerinde ve İçli (1994) de aile içi şiddet üzerine yaptığı araştırmasında; uzun süreli engellenmeler, çatışmalar ve yanlış ana-baba tutumları sonucu sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalan ve gelişimsel imkanlardan yoksun aile ortamına sahip çocukların büyük bir kısmının düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerden gelmekte olduklarını, anne babalarının eğitim düzeylerinin de oldukça düşük olduğunu belirtmektedir (Akt.: Elbir 2000:20).

Usluer (1989 Akt.: Elbir 2000:25) Türk ailelerinde aile bireyleri arasındaki güçlü duygusal bağların, duyguların açıkça ifade edilmesinin ve seyrek çatışma yaşanmasının aile üyeleri arasında destekleyici ilişkilere işaret ettiğini ve strese karşı dayanıklılık sağladığını belirtmiştir. Bunun dışında, Stephen ve diğerleri (1988 Akt.: Elbir 2000:102), genellikle insanların çevre değiştirdiklerinde, yeni girdikleri ortamlarda kendilerini daha yalnız hissettikleri yönünde bulgular elde etmişlerdir.

Banaz (1992:46), Elbir (2000:63), Elmacı (2001:53), Çakır (1993:72) ve Bayram'ın (1999:151) sağlıklı lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda anne-baba ve çocuklardan oluşan ailelerin, diğer aile gruplarına göre çoğunlukta olduğu ve bu ailelerdeki ergenlerin diğerlerine göre sosyal destek algılarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Elbir (2000:96) çalışmasında, anne-babanın ayrı olduğu ailelerde, anne ya da babanın ailenin tüm rol ve sorumluluklarını üstlenerek, bazı eksiklik ve olumsuzlukları çocuklarına hissettirmediklerini de belirtmiştir.

Bayram (1999:158) sağlıklı öğrencilerle yaptığı çalışmasında, tek çocuk konumunda olan ergenlerin en yüksek düzeyde aileden destek algıladıklarını belirtmiştir. Ancak bunun tam tersi olarak da, Elbir (2000:43) kardeşi olmayan sağlıklı lise birinci sınıf öğrencilerinin aile destek puan ortalamalarının kardeşi olanlara göre daha düşük, fakat tek kardeşi olan öğrencilerin ise iki, üç, dört ve daha fazla kardeşi olanlara göre daha fazla destek bildirdiklerini ortaya koymuştur.

Bayram (1999:158) çalışmasında, ortanca çocuk konumunda olanların en düşük düzeyde algılanan aile desteğine sahip olduklarını tespit etmiştir. Yavuzer (1994a:104-107) de, *ortanca çocukların* büyük çocuk ile küçük çocuk arasında kaldıklarını, genelde kendi ihtiyaç ve sorunlarını kendi kendine gidermeye eğilimli olduklarını, yakın aile çevresinin bu çocuklara karşı olan farklı tutum ve tavır takınabildiklerini belirtmektedir.

Bazı araştırmacılar, psikiyatrik hastaların sosyal ağlarının normallere kıyasla daha küçük olduğunu bildirmişlerdir (Cohen, Clark ve Sherrod 1980 Akt.: Çakır 1993:6).

Colarossi ve Eccles (2003:19) yaptıkları çalışmalarında, 217 gencin kendilerine duydukları saygı ve depresyonu üzerine aile, öğretmen ve akranlarından aldıkları sosyal desteklerin farklı etkilerini araştırmışlar ve araştırma sonucunda; kızların erkeklere göre daha yüksek arkadaştan destek algıladıkları, erkek ergenlerin ise daha çok babalarından destek algıladıklarını bulmuşlardır. Öğretmen ve arkadaştan algılanan destek ile kendine saygı duyma arasında da pozitif ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Yine Colarossi, anne, baba, arkadaş ve öğretmenleri tarafından sağlanan desteğin miktarını ölçmek amacıyla yaptığı başka bir çalışmasında da, cinsiyet açısından farklılık olduğunu, kızların erkeklere göre daha fazla destek algıladıklarını ve destek sağlayıcılar açısından ise en çok aile ve arkadaşlarından hoşnut olduklarını ortaya koymuştur (Colarossi 2001:233).

Ergenlerle ilgili olarak yapılan çalışmalarda, ergenlerin psikolojik sağlıkları ile arkadaş desteği arasında anlamlı ilişki olduğu, stresli yaşam olayları ile başa çıkabilmede arkadaşlarını direnç kaynağı olarak kullandıklarını ve akranları ile birlikte vakit geçirmekten hoşlandıkları bildirilmektedir (Procidona ve Heller 1983; Kılbaş 1989; Winstead ve diğerleri 1992 Akt.: Elbir 2000:105;). Bunun dışında Tuncer (1976:12,) ergenlikte akran ilişkilerinin toplumsallaşmanın esas fonksiyonuna yardım ettiğini, ancak bir gruba giremeyen ya da grup tarafından

itilen gencin, kendini yalnız ve zavallı hissettiğini ve bu gençlerin, antisosyal gruplarda kendilerini değerlendirme olanakları arayabildiklerini belirtmiştir.

Sahip olunan sosyal ağ ve yalnızlık arasında bir ilişki olduğu ve sosyal desteğin bireyi yalnızlık duygusundan koruduğu belirtilmektedir (Rook 1987:1132). Demir (1990 Akt.: Elbir 2000:100) yaptığı araştırmasında, ana-babalarıyla yaşadıkları ilişkilerinden memnun olmayanların memnun olanlardan daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıklarını vurgulamaktadır. Bu çalışmaların bulgularına benzer olarak, Elbir'in çalışmasında da benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Elbir (2000:54-94) sağlıklı lise öğrencilerinin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri bakımından, kendilerini yalnız hissedenlerin daha düşük destek algıladıklarını bulmuş ve bu durumu, öğrencilerin ailelerinden maddi destek aldıkları ancak aile içinde kendilerini dinleyen, anlayan, duygu ve düşüncelerini paylaşan ve onları duygusal olarak destekleyen kaynaklardan yoksun oldukları için destek algılarının düşmüş olabileceği şeklinde açıklamıştır.

Bal ve diğerlerinin (2003:1386) kliniğe başvurmayan öğrenci gençlerin stresli olaylar sonrası kendilerini değerlendirmeleri ile stresli olaya uyumları ve kendilerini iyi hissetmelerinde sosyal desteğin rolünü araştırdıkları çalışmalarında, stresli yaşam olayına sahip ergenlerin, yaşamlarında stresli bir yaşam olayı bulunmayanlara göre daha düşük oranda sosyal destek arama stratejileri ve dikkatlerini başka yöne çevirme stratejileri geliştirdiklerini bulmuşlardır.

Yıldırım (1998a Akt.: Elbir 2000:101) akademik başarıları farklı olan lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, okullardan memnun olan öğrencilerin algıladıkları toplam sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Elbir (2000:101) sağlıklı lise birinci sınıfa devam eden öğrencilerin, okuldan memnuniyet dereceleri arttıkça aileden algıladıkları sosyal desteğin arttığına yönelik istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlara rastlamış ve bu durumu

öğrencilerin okuyacağı okulları ailelerin titizlikle seçmesi nedeniyle ergenlerin okuldan memnuniyetlerinin arttığı ile açıklanabileceğini belirtmiştir. Yine Elbir'in aynı çalışmasında, öğretmenlerinden oldukça memnun olanların diğerlerine göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bazı araştırmalarda, öğretmenin öğrencisine sevgi ve ilgi göstermesinin, olumlu sözel ve davranışsal iletilerinin, ödüllendirici ve destekleyici tutumlarının, öğrencilerin kendilerini olumlu algılamalarına, başarılı olmalarına ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmelerine yardımcı oldukları belirtilmektedir (Akboy 1991:24; Altan 1999:18).

Sandler (1981 Akt.: Elbir 2000:109) farklı tipteki insanların farklı destekleyici fonksiyonları olduğundan bahsederek, öğretmenlerin daha doyurucu okul yaşantısı sağlamada rol oynadıklarını vurgulamaktadır.

Özellikle aile ve arkadaşan destek algılayan normal ergenlerin ruhsal sağlıklarının destek algılanmayanlara oranla daha iyi olduğu, literatürde yer alan bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur: Ailesinden destek algılayan gençlerin evlerinin sıcak, güvenli ve etkinliklerin paylaşıldığı, çatışmaların az olduğu (Varnhart 1955; Peck 1958 Akt.: Bayram 1999:161), arkadaşan destek algılayan gençlerin ise kendi özgürlüklerini koruyarak, olumlu yaşıt ilişkilerine sahip olduğu belirtilmektedir (Bühler ve diğerleri 1987:90).

Turner (2002:44) gençlerin kariyer gelişimlerinde aileden destek algılama ve kariyerlerinde kendi kendilerine etkililiklerini araştırmak amacıyla, 139 ortaokul (middle school adolescent) öğrencisinin katılımıyla yaptığı çalışmasında, (a) erken ergenlik dönemindeki gençlerin kariyer ilgilerinin sürekli olarak önceden söylenmesinin mesleki açıdan yeterlilikleri ve kariyer planlama ve araştırmalarında ergenlerin etkililikleri açısından, (b) cinsiyet ve cinsiyet tipine göre kariyer ilgilerinin gerçekçi, araştırıcı ve sosyal kariyerler olması bakımından, ve (c) Holland'ın bütün kariyer temaları için mesleki etkililiğin, toplamdaki varyansın %29 ile %43 için aileden algılanan desteği açıkladığını ortaya

koymuş ve bu çalışmasını Sosyal Bilişsel Kariyer Teorisi (Social Cognitive Career Theory, J.L. Holland, D.R. Whitney, N.S. Cole ve J.M. Richards 1969) ile açıklamıştır.

Tuğrul (1994:70) ve Smith ve Anderson (2000:453), alkoliklerin çocuklarının düşük düzeyde uyum gösterdiklerini, büyüme ve gelişimlerinin olumsuz yönde etkilendiğini ve intihar girişimlerinin arttığını ve bu ergenlerin yüksek risk grubunda olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca sosyal destek açısından; ergenlerdeki psikopatolojinin geçmiş öyküsünde, anne-babanın alkol-ilaç-uyuşturucu kötüye kullanımının olması, negatif sosyal desteğe (kötü işleyen ve yardım alınamayacak desteklerin varlığı veya desteğin yokluğuna) işaret etmektedir. Negatif destekte bulunan bazı kişiler; gençlerin güvenmediği insanlar, gençleri taciz edenler ve gençlerle kötü iletişim kuran kişiler olarak sayılabilir (Beautrais ve diğerleri 1996; Hollis 1996; Kosky ve diğerleri 1990; Sarason ve diğerleri 1983; Vauz ve diğerleri 1987 Akt.: Smith ve Anderson 2000:456).

Tuğrul'a (1994:58) göre, alkoliklerin çocukları aile ortamından kaynaklanan stresle başa çıkarken, babası alkolik olmayanlara kıyasla problem çözümüne yönelme yolunu daha az, çaresizliğe sığınma yollarını ise daha fazla kullanmakta ve buna bağlı olarak daha düşük uyum düzeyi göstermektedirler. Murray (1989 Akt.: Tuğrul 1994:58)'a göre ise, alkoliklerin çocuklarının içinde yaşadığı ev ortamı, babası alkolik olmayan gençlerin ev ortamlarına göre daha stresli olmaktadır.

Aile içindeki şiddet aile üyeleri arasındaki bağların çözülmeye başlamasına, zamanla genişleyerek çocuklara da yansımaya ve bunun sonucunda da ergenlerde farklı tepkilerin gelişmesine (evden kaçma, alkol-uyuşturucu bağımlılığı, hırsızlık vb.) neden olduğu bildirilmektedir (İçli 1994; Öz 1997 Akt.: Elbir 2000:31; Yörükoğlu 1989:149). Yörükoğlu (1989) bu tür aileleri, "baskıcı-itici ve sevgisiz" aile olarak adlandırmaktadır. Elbir (2000:53) sağlıklı lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada, ailesinde hiç sert tartışma ve kavga

olmayan öğrencilerin lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit ederek, bu durumu ailede sert tartışma ve kavga arttıkça, öğrencilerin aileden algıladıkları destek düzeyinin düştüğü şeklinde ifade etmiştir.

Muller ve diğerleri (2000:450) ergenlerde psikopatoloji ve toplumsal şiddet arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, sosyal desteğin aile içi şiddette ergenin uyumuna etkisinde tampon etkide bulunduğunu, toplumsal şiddete maruz kalanlarda ise uyumlarına bir etkisinin olmadığını saptamışlardır. Aile içi şiddete maruz kalan veya buna şahit olanların psikopatolojilerinin oranını yüksek, buna ek olarak da sosyal destekleri düşük olanların da psikopatoloji açısından daha yüksek orana sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Breir ve Struss (1986 Akt.: Bayram 1999:160), psikotik hastalığın iyileşmesinde sosyal desteği incelemek için çalışma yapmışlardır. Bir grup psikotik hastayı izlemişlerdir. Hastalıkların iyileşme dönemlerinde, sosyal desteğin 12 işlevinin çok yararlı olduğunu bulmuşlardır. Bunlardan bazıları sıralanacak olursa; hastalar, en fazla “başkaları ile konuşma ve duygularını paylaşma”, “günlük işler için yardım görme”, “sosyal onay ve kabul görme”, “eski tanıdıkları ile ilişkiyi sürdürme”, “sorunlarını başkaları ile tartışarak geri iletim alma”, “karşılıklı ilişki içinde başkalarına yardım edebilmeden” söz etmişlerdir. Bunun yanında 1995 yılında psikiyatrik tedavi gören çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, ayaktan tedavi gören çocuk ve ergenlerin hastaneye yatarak tedavi görmelerinin oranının %35.3’den, %51.4’e çıktığını tespit etmişlerdir (Pottick, Hansell, Gutterman ve White 1995 Akt.: Pottick ve diğerleri 1998:217).

Sorias (1988:26), nevrotik türden bir ruhsal bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin sosyal destek kaynaklarının hem yapısal özelliklerinin, hem de verdikleri doyum açısından yetersiz olduğunu, yine Sorias (1992:33) hasta ve kontrol grupları üzerinde yürüttüğü bir başka çalışmada, hasta grubunda algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu, bu grubun aile ve arkadaşlarını, normal deneklere kıyasla daha az destekleyici bulduklarını belirlemiştir.

Aro, Hanninen ve Paronen (1989:1051), 14-16 yaş grubundaki ergenlerde sosyal destek, yaşam olayları ve psikosomatik semptomlar arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, elverişsiz-kötü yaşam olayına sahip, ailesinden birisi veya bütün aile üyeleri ile zayıf ilişkisi bulunan ergenlerin psikosomatik semptomlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca arkadaşlarının olmaması ile birlikte kötü yaşam olayına sahip ergenlerin psikosomatik semptomlarının daha da arttığını belirtmektedirler. Başka bir ifadeyle, akran ve ana-baba desteğinden yoksun kalmak, özellikle stresli yaşam olayları cephesinde psikosomatik belirtileri için risk oluşturmaktadır.

Banaz (1992:39,159) sağlıklı lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırmış ve bu çalışmasının sonunda aile desteği ve toplamda algılanan sosyal destek ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin ters orantılı olarak istatistiki açıdan anlamlı çıktığını bulmuştur. Yani aileden ve toplamda algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça ruh sağlığının düzeldiğini veya olumlu yönde etkilendiğini, algılanan aile ve toplam sosyal destek düzeyi azaldıkça, ruh sağlığının bozulduğunu belirtmektedir.

Willick (1994 Akt.: Gülseren 2002:144) şizofren çocuğa sahip ana-babaların, çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tuttuğunu ve bunun adeta “bitmeyen yas” süreci olduğunu vurgulamıştır. Bütün bu olumsuzluklara rağmen aile üyelerinin dikkatlerini psikiyatrik bozukluğu olan kişiye yönelttiğini vurgulayan çalışmalar vardır (Perlmutter 1996; Tuna 1999 Akt.: Gülseren 2002:144). Örneğin şiddetli düzeydeki psikotik davranışlarla baş edebilmek için gereken yoğun çabayı, aileyi bir arada tutan bir “tutkal” a benzetmişlerdir.

Öz (2001:61) tarafından yapılan çalışmada; belirsizlikle birlikte oluşan duygular kaygı, korku, öfke, çaresizlik, aşırı duyarlılık ve depresyon olarak saptanmış; belirsizlik ise, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu olarak tanımlanmış ve bu yetersizlik duygusuyla bireyin pozitif düşünce, sosyal destek ve ekonomik yeterlilikle baş edebileceği

vurgulanmıştır. Öz'ün aynı çalışmasında aile beraberliği, arkadaşlar ve sağlık çalışanlarının, ümidi azalmış bireylerin desteklenmesi ve bilgi verilmesinde etkili oldukları, yani hastaya ve ailesine pozitif bakış açısı kazandırılabilirdikleri belirtilmektedir.

Liu (2002:823), Tayvanlı adolesanlarda depresyon ile fonksiyonel olmayan davranışlar arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin moderatör (ara değişken) olarak etkisini incelediği çalışmasında; yedinci sınıfta okuyan 458 kişilik örneklem grubuna, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Skalasını (Weisman ve Beck tarafından 1978 yılında geliştirilen, Dysfunctional Attitudes Scala'sı), Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini (Procidono ve Heller'in 1983'de geliştirdiği, Perceived Social Support from Family and Friends'i), Stresli Yaşam Olayları Listesini (Chiu tarafından 1988 yılında geliştirilmiş) ve Çocuklar için Depresyon Envanterini (Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilmiş) uygulamıştır. Liu bu çalışmasının sonucunda; depresyon ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkide, arkadaştan algılanan düşük sosyal desteğin moderatör olarak fonksiyonel olmayan tutum ve depresyonu artırıcı; pozitif ilişkide ise, fonksiyonel olmayan tutumlar ve depresyonu hafifletici etkisi olduğuna işaret etmiştir.

Davis, Tang ve Ko (2002:609), Hong Kong'da orta ve lise seviyesindeki öğrencilerle ve risk grubundaki Çinli erkek ve kız gençlerin ruh sağlıkları üzerinde etkili olabilecek aile, akran ve okul faktörlerinin ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında; risk grubunda yer alan ergenlerin diğer normal öğrencilere göre daha kötü aile ilişkilerine, daha çok negatif aile ve akran etkisine, daha fazla negatif okul çevresine ve daha kötü sosyal fonksiyonlara sahip olduklarını bulmuşlardır. Yine risk grubundaki kızların erkeklere göre daha fazla somatik belirtiler, anksiyete ve depresyon gösterdiklerini de saptamışlardır. Risk grubundaki gençlerin özelliklerini de, negatif aile etkileri, aile ve akran anlaşmazlıkları, yoksulluk, düşük benlik saygısı ve düşük akademik başarı yönünden ele almışlardır. Davis ve diğerleri bu çalışmalarının sonucunda; koruyucu ve önleyici faktörler arasında yüksek zeka, sosyal destek, pozitif aile

çevresi ve pozitif değerlerin olabileceğini, bunun dışında da risk altındaki ergenlerin “damgalanması”ndan kaçınılması, onların kabul görmeleri ve teşvik edilmesi için öğretmenler, okul sosyal hizmet uzmanları (SHU’ları) ve ailelerin birlikte hareket etmelerinin gereğini vurgulamışlardır. Okul SHU’larının, bu gençlerin ruh sağlığı problemlerinin erken yaşta tespit edilmesinde (örneğin ilaç kötüye kullanımı, çete aktiviteleri, kaçma davranışı vb.) ve bu sorunlara müdahale edilmesinde önemli kaynakları harekete geçirebileceğini belirtmişlerdir. Çalışmalarından elde ettikleri verilerde, risk grubundaki ergenlerin kontrol grubuna göre yaşca daha büyük olduklarını bulmuşlar ve risk grubundaki ergenlerin ruh sağlığı ve davranışsal problemlerinin erken yaşta keşfedilmesi ve tedavi edilmesinde eksiklik olduğunu düşünmüşlerdir.

Friesen (1993 Akt.: Pottick ve diğerleri 1998:220) aile yaşamında çocuklarının problemlerinden negatif etkilendiği yanıtlı verenlerin dünyada % 50’nin üzerinde olduğunu bulmuş ve bunların uzun zaman çocuklarından uzakta olma, ailenin diğer çocuklarının negatif etkilenmesi ve diğer yetişkinlerle ilişkiler gibi negatif etkileri sıraladıklarını bildirmiştir.

Gülseren (2002:144-151) “Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler” isimli çalışmasında; bazı yazarlarca yük kavramının, nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili emosyonel sıkıntı ya da hastayla ilgili yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta ele alındığını (Bloch ve diğerleri 1994; Provencher ve Mueser 1997 Akt.: Gülseren 2002:144) belirtmiş ve böyle bir sınıflamanın yanı sıra, damga (stigma) ve damgalamanın aile ve ilişkiler üzerindeki etkisi, hastalığı aktarmış ya da yeterince önlem almamış olmanın suçluluğu, psikiyatri servisleriyle yaşanan çatışmalar gibi hasta yakını için sıkıntı doğuran bazı konuların da gözden kaçırılmaması gerektiğini vurgulamıştır.

Gülseren’in (2002:145) aynı çalışmasında, Lanzara ve diğerlerinin (1999) ailelerin en fazla sosyal ilişkiler alanında yük hissettiklerini, hastadaki yeti

yitiminin yük için esas öngörücü olduğunu, manik ve pozitif belirtilerin, hastayla geçirilen zamanın, aile üyelerinin sosyal desteğinin yükü öngörmede daha az öneme sahip olduğunu saptamışlardır. İyi bir sosyal desteğin (Magliona ve diğerleri 1998b, Dyck ve diğerleri 1999, Magliano ve diğerleri; Magliona ve diğerleri 1998a 2000 Akt.: Gülseren 2002:145) ailenin yükünü azalttığı, hastayla geçirilen zamanın fazla olmasının yükü arttırdığı, aynı zamanda hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelmenin de ailenin yükünü azalttığı yönünde bulguların olduğu bildirilmektedir.

Bayram'ın (1999:160) bir grup gençte ruhsal belirti ile sosyal destek ilişkisini araştırdığı çalışmasında, algılanan sosyal desteğin alt ölçek alanlarının her birinin ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediği, yani algılanan sosyal destek arttıkça ruhsal sağlık düzeyinin iyi olduğu, algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça ruhsal sağlığın bozulduğu ortaya konmuştur. Bayram (1999:161) bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, benzer sonuçların elde edildiğini; Lin ve Dean'nin (1984) yaptıkları çalışmada sosyal destek yoksunluğunun depresyonda etkili olduğunu; Compas ve diğerlerinin (1986) yaptığı çalışmada ise, sosyal destek açısından doyumun azalmasına bağlı olarak depresyon, anksiyete, somatik yakınmalar ve kişilerarası duyarlılığın arttığını belirlediklerini bildirmektedir. Bundan sonraki bölümde ise "sosyal hizmet", "psikiyatrik sosyal hizmet" ve "okul sosyal hizmeti" konularına yer verilmektedir.

1.3. SOSYAL HİZMET

Geçmişten günümüze kadar olan süreçte, özellikle endüstrileşmeyle birlikte sosyal hizmetler; "sosyal refah", "sosyal hizmet", "sosyal hizmetler" ve "sosyal güvenlik" kavramları ile ilişkili olarak ve hatta bunların birbirlerinin yerine kullanılması yoluyla açıklanmaya çalışılmış (örneğin sosyal hizmetler sosyal refah hizmetleri terimleri bazen eş bazen farklı anlamlarda kullanılmıştır), dünya çapında ortak bir terminoloji oluşturması açısından bir çok inceleme ve çalışma ile ortaya konmaya çalışılmış, ancak hala ortak bir anlaşmaya varılamadığı

ifade edilmektedir (Friedlander 1966:6; Koşar 1992:2). 1961 yılında Friedlander, bu kavramları aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

Sosyal Refah; kişilerin ve grupların verim kabiliyetlerini tam olarak geliştirebilmeleri ve aileleri ile toplumların ihtiyaçlarını karşılayarak refaha ulaşabilmeleri için doyurucu bir hayat ve sağlık standardına ulaşmalarını ve aynı zamanda kişisel ve sosyal ilişkilerini dengeli olarak devam ettirmelerini sağlamak amacı ile sosyal hizmetler ve sosyal kuruluşların organize edilmiş bir sistemidir.

Sosyal Hizmet/Sosyal Çalışma; mesleki bir hizmet olup, insan ilişkileri konusunda bilgi ve becerilere dayanarak, kişilerin yalnız başlarına veya gruplar içinde sosyal ve kişisel başarılar ve egemenlik kazanmalarına yardım eder. Sosyal hizmet genel olarak ya sosyal bir kurum veya ilgili organizasyon tarafından uygulanır.

Sosyal Hizmetler; insan kaynaklarının saklanması, korunması ve geliştirilmesi ile doğrudan doğruya ilgili başlıca çalışmaların organize edilmesidir. Sosyal hizmetlerde, *sosyal yardım, çocuk refahı, sosyal sigorta, suçluların ıslahı, akıl sağlığı, genel sağlık, eğitim, eğlence, işçiliğin korunması ve sosyal mesken* gibi konular yer almaktadır.

Sosyal Güvenlik ise; modern hayatın problemleri olan konulara karşı (hastalık, işsizlik, bakıma muhtaç yaşlılar, iş kazaları, yatalak hastalar) toplumu korumayı ve kişilerin bu problemler karşısında gerek kendileri ve gerekse ailelerini koruma bakımından yetersiz kaldıklarında onlara yardım edilmesi olarak tanımlanmıştır. Burada sosyal korumanın amacı, bir kural olarak devlet yardımı, sosyal güven ile koruyucu tıp ve sosyal refah hizmetlerinin değişik yollardan sağlanması olarak ifade edilmektedir.

Bütün bu kavramlardan da yola çıkarak, sosyal hizmetin, insancıl ve demokratik ideallere bağlı, kendine özgü müdahale yöntemleri, beceri, teknik, ilke ve

değerleri olan bir uygulama ve disiplin olarak günümüze kadar geldiği ve giderek önem kazandığı söylenebilir.

Bir disiplin ve uygulama olarak sosyal hizmetin amaçları; (1) bireyin toplumsal işlev ve rollerini yerine getirebilmek, (2) toplumsal koşulları bireyin gelişmesine olanak sağlayacak biçimde değiştirmek ve geliştirmek, (3) insan haklarını güvence altına almak ve (4) toplumun gelir ve hizmet dağılımını dengelemek, olarak sıralanmaktadır (Kut 2001:11). Bu amaçlardan da anlaşılacağı üzere, sosyal hizmetin en temel hedefi, bireyin sosyal işlevselliğini geliştirerek toplumla bütünleşmesini sağlamaktır. Sosyal hizmet, bu hedefi gerçekleştirirken bireyin sosyal işlevselliğini yerine getirmesini engelleyen ve toplumsal koşulların olumsuzluğuna neden olan sorunların çözümüne yönelmektedir (Kahramanoğlu 1999:32).

Sosyal hizmet mesleğinin bütün yönlerini kapsayan ayırt edici özellikleri ise şu şekilde sıralanmıştır: (1) sosyal hizmetin odağında birey, çevre ve davranış faktörlerini içine alan birey bütünlüğüdür (çevresi içinde birey anlayışı), (2) davranışın biçimlenmesi ve etkilenmesinde aile önemlidir, (3) bireylere problemlerini çözmek için yardım edilirken toplum kaynaklarının kullanımını çok önemlidir, (4) sosyal hizmetin psikiyatrik kavram oryantasyonu vardır ve insanı anlamaya çok önem verir (Skidmore ve Thackeray 1976 Akt.: Kut 1988:27).

Bütün bunları kapsayan başka bir sosyal hizmet tanımlamasının da Barker tarafından yapıldığı görülmektedir. Barker (1999:455) sosyal hizmeti, insanların sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesinde; insanların kendilerini daha yeterli hale getirmelerinde ve başkalarına bağımlı olmalarının önlenmesinde, aile bağlarının güçlendirilmesinde; bireylerin, ailelerin, grupların veya toplulukların sosyal işlevlerini başarıyla yerine getirmelerinde yardımcı olmak amacıyla sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek grupları tarafından gerçekleştirilen etkinlik ve programlar bütünü olarak tanımlamaktadır.

Ülkemizde Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği'nin 2002 yılında benimsediği Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonun (IFSW 2000) sosyal hizmet tanımı ise şöyledir: "İnsan hakları ve sosyal adalet prensibinden hareket ederek toplumsal/sosyal değişmeyi; bireyleri, grupları ve toplulukları güçlendiren, özgürleştiren, iyilik hallerini geliştiren, bir dinamik unsur olarak değerlendiren ve bu yönüyle insan davranışı ve sosyal sistemler teorilerinden yaralanan bir meslektir".

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) tarafından sosyal hizmet mesleğinin ortak amacı; bireylerin, grupların ve toplulukların kapasitelerini arttırmak, yaşam kalitelerini yükseltmek, toplumla birey arasındaki karşılıklı yararları gözetken dengeyi sağlayacak hareketleri tesis ve restore etmek için sosyal koşulları bu amaç doğrultusunda değiştiren mesleki aktiviteler olarak tanımlanmıştır (Russel 1988:945-946 Akt.: Özdemir 2001:95)

Literatürden de anlaşılacağı gibi sosyal hizmet, bireyi bio-psiko-sosyal bir varlık olarak kabul etmekte ve bu nedenle hizmet sunumunda diğer meslek ve disiplinlerle işbirliği yapmakta (ekip çalışması içinde yer alarak) ve hizmet sunumunda, sorun çözümleyici (tedavi edici), koruyucu-önleyici ve destekleyici fonksiyonları yerine getirmektedir.

Sosyal hizmetin mesleki uygulamasından, tanımından, amaçlarından, hedeflerinden ve hedef gruplarından yola çıkarak, literatürde sosyal hizmet mesleğinin genelleştirilmiş tek bir tanımının olmadığı görülmektedir. Özdemir (2000:6) çeşitli otoritelerce yapılan tanımların hemen hemen aynı öğeleri içermekle beraber odaklarında bazı farklılaşmaların olduğu ve kısaca ifade edilmek istendiğinde de, sosyal hizmetin mesleki etkinliğinin odağında, müracaatçı sistemlerine (bireye, gruplara ya da topluluklara) toplumsal işlevsellik kazandırılması ve bireyin çevresi ile olan etkileşiminin sağlanması olduğu belirtmektedir.

Kut'a (1988:22) göre toplumsal işlevsellik ise, bireyin aile, okul, iş ve özel ilgilendiği faaliyetleri yerine getirirken üstelendiği roller olarak tanımlamakta ve bireyin bu rolleri yerine getirirken diğer bireylerle, gruplarla ya da içinde bulunduğu toplumla karşılıklı sosyal ilişkiler kurduğu belirtilmektedir. Bu ilişkilerde ortaya çıkan sorunların çözülmesinde sosyal hizmet uzmanının mesleki sorumluluğu bulunmaktadır.

Genelci (generalist) yaklaşımla çalışan sosyal hizmet uzmanı (SHU), müracaatçı sistemlerinin işlevselliğini artıracak değişiklikleri yaratmak için gerekli olan bireysel ve toplumsal faktörler arasındaki etkileşimin bilincindedir. Bu nedenle de, bu etkileşimi temsil eden toplumlar, topluluklar, örgütler, gruplar, aileler ve bireylerle çalışmaya teşvik eder. Bu şekilde, genelci uygulamacı her düzeydeki tüm müracaatçı sistemleri ile doğrudan çalışır, müracaatçıları uygun kaynaklarla ilişkilendirir, kaynak sistemlerinin etkili yanıtlar verebilmesi için örgütlere müdahale eder, kaynakların adaletli dağıtımını sağlayacak adil politikaları savunur ve sosyal hizmet uygulamalarının tüm boyutlarını araştırır (Şahin ve Küçükcaraca 2002:172).

Aktaş (2002:138) genelci sosyal hizmet uygulamasında SHU'nın, öncelikle birey ve yaşam deneyimleri, insan ihtiyaçları, bireysel yaşam tarzı ve değer sistemleriyle etkileşime geçtiğini, bireylerle etkileşim içersindeyken bireyler ve gruplar (aile, arkadaş, iş ortamı ve ilgili diğer gruplar) arasındaki etkileşimi geliştirdiğini belirtmektedir.

Ergenlerin ruh sağlıklarının sağlanmasında, psikiyatrik bozukluklarının tedavisi ve tedavi sonrası izlenmesinde sosyal destek sistemlerini harekete geçirilmesinde (aile, arkadaş, öğretmen vb. destek sistemlerinin) ve diğer sosyal hizmetlerin (örneğin okul sosyal hizmeti vb.) sağlanmasında genelci psikiyatrik sosyal hizmet yaklaşımı son derece etkili, verimli ve uygun çözümler geliştirebilecek nitelikte olduğu söylenebilir.

1.3.1. Psikiyatrik Sosyal Hizmetin Tanımlaması, Gelişimi, Önemi ve Kapsamı

Literatürde sosyal hizmet mesleğinin genel tanımlamasında olduğu gibi psikiyatrik sosyal hizmetin tanımlanmasında da bir takım sıkıntılar olduğu, bu alanda çalışan uygulamacıların hemen hemen hepsinin kendilerine göre ve pek çok açıdan da birbirine benzeyen, ancak farklı formülasyonlar içeren tanımlama yaptıkları belirtilmektedir (Özdemir 2000:24).

Barker (1999:384) psikiyatrik sosyal hizmeti, ruh sağlığı alanında uygulanan “sosyal hizmet” olarak adlandırmaktadır. Ona göre “psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, hasta ailelerinin üyeleri, psikiyatrist ve ruh sağlığı ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde ruhsal bozukluklar ve bu bozukluklar için psikoterapi ve diğer sosyal hizmetleri sağlar.” Genellikle SHU’nın, psikiyatrik sorunlarla çalışmasında, yüksek lisans ya da daha ileri derecede eğitime ve ek tecrübeye sahip olması gerektiği de belirtmektedir. Amerikan Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (AAPSW) tarafından, “Psikiyatrik sosyal hizmet” adlandırılmasının “klinik sosyal hizmet” teriminden daha yaygın olarak kullanıldığını da eklemektedir.

Amerikan Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (AAPSW), ruh sağlığı ekibi ile birlikte çalışan veya ruhsal bozukluğu olan insanlarla klinik ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanlarından oluşturulmuş ve 1926 yılında kurulmuştur. Ancak AAPSW diğer altı farklı sosyal hizmet uzmanları birliği ile birlikte 1955 yılında birleşmiş ve o yıldan itibaren NASW çatısı altında faaliyetlerini sürdürmeye devam etmektedir (Barker 1999:19).

Friedlander (1966:432) psikiyatrik sosyal hizmetin akıl sağlığı ile çok yakın ilişkisi olduğunu ve başlıca dört ayrı biçimde uygulandığını vurgulamaktadır. Bunlar: (1) Hastanelerin psikiyatri kliniklerinde ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde hastalar için ihtiyaç olan kişisel çalışma ve tedavi sonrası bakımına; (2) çocuk mahkemelerine getirilen, çocuk rehberliği kliniklerine ve sosyal hizmet kuruluşlarına gönderilen çocuklar ile puberte dönemindeki

gençlerin tedavileri ve sosyal çevreye alışmalarını sağlamak amacı ile; (3) akıl sağlığı kliniklerinde erişkin hastalar ile kişisel çalışma; ve (4) askeri hizmetler gazileri ve diğer hastane ve kliniklerdeki psikonörotik hastalar ile kişisel ve grup çalışmalarında bulunmak amacıyla yapılmasıdır.

Friedlander'ın açıklamasına benzer olarak Kahramanoğlu (2000:50) da psikiyatrik sosyal hizmetin, ruhi ve akli yönden güçlükleri nedeniyle sosyal ve mental işlevlerini tam olarak yerine getiremeyen kişilere hizmet veren hastaneler, ruh ve akıl sağlığı klinikleri, toplum ruh sağlığı programları, çocuk rehberlik büroları gibi psikiyatrik ortamlarda uygulanan sosyal hizmetler olduğunu belirtmektedir.

Günümüzde psikiyatrik ortamlarda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve fonksiyonları Bulut (2001:133-134) tarafından aşağıdaki gibi özetlenmektedir:

1) Mental bozukluğu olan hastaların, ihtiyaçlarını karşıladıkları diğer sistemlerle ve kurumlarla ilişkilerini düzenlemek:

Mental bozukluklar çoğu zaman hastanın sosyal işlevselliğini zayıflatır. SHU'lar bireylerin hastalıkları nedeniyle kendilerinin karşılayamadıkları minimal temel ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğuna sahiptir (Wakefield 1997). Planlama, ev bulma, refah içinde yaşabilmesi için destek verme (sigorta ve emekli sandığı ile ilişkiler, aynı-nakdi yardım sağlama) gibi etkinlikler, bu role ilişkindir. SHU'lar çoğunlukla hasta için en önemli sosyal kurum olan aile ile çalışırlar. Hasta için aile desteği sağlamak, ailenin hastanın yarattığı sorunlarla başetmesine yardımcı olmak, hastanın semptomları nedeniyle ailenin işlevlerinin bozulmasını önlemek, hastanın sağaltımına yardımcı olabilecek bir aile çevresi yaratmak, hastanın ve ailesinin kendi temel ihtiyaçlarını karşılayabileceği şekilde hasta-aile etkileşimine katkıda bulunmak SHU'ların önemli işlevleri arasındadır (Bulut 1993). Bu işlev hastanın hastaneye kabulü, yatış süreci, taburculuk aşaması, aile ortamına döndükten sonra takibi ve hatta gerekiyorsa hastaneye geri dönmesi süreçlerini kapsar (Bulut 1998). Hasta ile tedavi kurumu arasında aracılık rolü de SHU'ların önemli görevlerindendir. Hastanın mental sağlığına kavuşmasını sağlayacak yatılı veya gündüzlü hizmet veren kuruluşlarla karşılaştırılması, gerekiyorsa tedavi ortamıyla işbirliği yapılarak hastanın yatırılmasının veya gündüzlü tedavi görmesinin sağlanması aracılık rolünün gereklerindendir. Psikiyatrik ortamlarda çalışan SHU, tedavi ekibinin bir üyesidir. Yatan hastanın kendisi, ailesi, okul ve işyeri gibi yakın çevresi ile görüşerek sosyal inceleme raporu hazırlamak ve tedavi ekibine sunmak, tüm tedavi süreci boyunca hastanın hastane içi ve dışındaki sosyal ilişkilerini düzenlemek konusunda mesleki bilgi ve becerisini kullanır.

2) Tedavi altındaki bireyin sosyal işlevselliğini arttırmak veya başetme becerisi kazandırmak amacıyla psikoterapi yapmak:

Psikoterapi, mental sağlık sorunları, ilişki zorlukları, davranış sorunları veya diğer yaşam sorunları olan bireylere yardım etme amacıyla terapistler tarafından uygulanan sistematik psikolojik yardımlar olarak tanımlanmaktadır. Terapistler; danışmanlar, psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları veya diğer sosyal ve medikal profesyoneller olabilir (Thomas ve Pierson 1999). Wakefield'e göre ise (1997) psikoterapi, psikolojik süreci değiştirme anlamına gelir. Bireyin sosyal çevresi ile olan ilişkisini geliştirmenin en kolay yolu bireyin psikolojik sürecinin değiştirilmesidir... SHU'lar psikoterapi tekniklerini sosyal hizmetin mesleki amaçlarına ulaşmak için kullanır. Başka bir ifadeyle bireylerin çevreleri ile iyi ilişki kurmalarını sağlamak için psikoterapi yapar. Bireyler istismar edildiklerinde yahut kötü aile koşullarında yaşadıkları için psikoterapiye ihtiyaç duyabilirler. Mental bozukluk tanısı konmamış olanlara uygulanan bu psikoterapi teknikleri, mental bozukluğu olanlara da uygulanabilir. Burada SHU'ların rolü, mental bozukluğun hastada yarattığı sosyal işlevsizlik üzerinde çalışma ile sınırlıdır. Bu durumda psikoterapi teknikleri hastanın sosyal fonksiyonlarını yerine getirmede yeniden beceri kazanması için kullanılır. Hastalığın sağaltımı için psikoterapi tekniklerinin kullanılabilmesi için psikiyatri alanı dışındaki tüm meslek elemanlarının en az iki yıl, uzmanlık eğitimi görmüş olmaları gerekir (Parry 1989).

Friedlander, Kahramanoğlu ve Bulut'un psikiyatrik sosyal hizmeti tanımlama ve açıklamalarında daha çok sosyal hizmetin tedavi edici ve ıslah edici yönüne işaret edildiği görülmektedir. 1950'li yıllardan itibaren ve günümüzde ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde de psikiyatrik sosyal hizmetin rol ve fonksiyonlarının olduğu bilinmektedir.

Bu alanda ilk çalışmaların 1905 yılında psikiyatrist Richard Cabot tarafından hemşire Garnet Pelton'un Masachussets Genel Hastanesi'nde sosyal hizmet uzmanı pozisyonunda göreve atanması ile başladığı, iki yıl sonra (1907) da sosyal hizmet uygulamalarının nöroloji kliniğinde de yer aldığı ve bununla birlikte ruh sağlığı alanında ilk sosyal hizmet sunumunun başladığı bilinmektedir (Cowles 2000:3). Bunu takiben Canon (1923 Akt.: Cowles 2000:3-4)'a göre tıp alanında sosyal hizmetin doğuşuyla, hastanelerde doktorların uyguladıkları tıbbi tedavilerle ilgili olarak hastalıkların tanısı ve tedavisinde önemli bir yere sahip olmuştur. Psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları doktorların hastalarla ilgili incelemelerdeki eksikliklerini giderme aracı olarak düşünülmüş, hem tıbbi tanı ve tedavinin seyrinde hem de ev ve çalışma ortamlarındaki durumları hakkında bilgi sağlanmasında kullanılmıştır. Bu kapsamda hastalığın hastanede ya da

bakımevinde tedavi edilmesi sırasında sosyal hizmet uzmanı; profesyonellerle müracaatçı arasında ilişki kurma, sosyal sorunları tespit etme ve tedavinin devamını sağlama yollarını arama gibi fonksiyonları yerine getirmektedir.

Psikiyatrik sosyal hizmet eğitimi için ilk olarak 1918 yılında Smith College'de psikiyatrik sosyal hizmet bölümü kurulmuş ve 1922'de de psikiyatrik sosyal hizmet bölümleri, Amerikan Hastane Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği'nde organize edilmiştir (Lubove 1965 Akt.: Cowles 2000:9).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Programlarının gelişmesinde askeri hastanelerin etkisi olmuş ve özellikle 1950'li yıllarda psikiyatrik sosyal hizmetin olanaklarının artmasını sağlamıştır (Karger ve Stoesz 1998 Akt.: Cowles 2000:9). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gündeme gelmesindeki en önemli faktörler arasında, hastanelerin kapasitesinden daha fazla kişiye hizmet sunmaya çalışması, rehabilitasyon ve tedaviden ziyade depo gibi kullanılmaları, psikiyatrik tedavilerin (ilaç vb) daha pahalıya mal olması vb. sayılabilir (Trattner 1989 Akt.: Cowles 2000:9). Bu hizmetlerin Amerika'da 1980'li yıllara kadar aktif bir şekilde sürdürüldüğü, ancak o dönemdeki hükümetin bu tür hizmetlere daha az maddi olanak sağlaması nedeniyle toplum ruh sağlığı hizmetlerinin durduğu bildirilmiştir. 1983 yılında tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının oranının %75 ve psikiyatrik sosyal hizmet uzmanlarının 1992 yılında toplum ruh sağlığı merkezlerinde tahminen %26.02 oranında çalıştığı bildirilmektedir. Yine 1992'de hastanelerde çalışan SHU'ların %54.3 düştüğü belirtilmektedir (NASW 1983 Akt.: Cowles 2000:10). Ülkemizde ise, sosyal hizmetin meslekleşme sürecinin ancak 1961'li yıllara dayandığını görmekteyiz.

Ülkemizde sosyal hizmetin ilk resmi örgütlenme biçiminin Sağlık Bakanlığı bünyesinde olduğunu görmekteyiz. 12.06.1959 tarih ve 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kurulmasına Dair Kanun uyarınca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı liseden sonra dört yıl eğitim vermek üzere kurulan Sosyal Hizmetler Akademisi Türkiye'de ilk sosyal hizmet okuludur. Bu yasa ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde *Tıbbi Sosyal Hizmet Şubesi* kurulmuştur. 1961 Anayasası

ile sosyal hizmetler konusu temel hak ve özgürlükler kapsamına alınmış, 1963'te 225 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 24 Mayıs 1983'ten itibaren 2828 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur. Psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki ilk uygulamaların ise İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsünün yaptığı çalışmalarda görülmüş, 1957'de "sosyal hemşire" adı verilen görevlilerce, hastalığın nedenlerini ortaya çıkarmada yardımcı rol oynayan sosyal hizmet uygulamaları ile başladığı ve bu uygulamaların Cabot'un uygulamalarına benzer olduğu ve onun gibi başladığı görülmektedir (Türkbıkmaz 1994 Akt.: Akyunak-Özdemir 2005:42; Duyan 1996:11; Aydemir 2003:9; Özdemir 2000:32). Sosyal Hizmetler Akademisi öğrencilerinin 1965 yılında ilk olarak Bakırköy Akıl ve Sinir Hastanesi'ndeki pratik uygulamaları ise, psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki ilk profesyonel uygulamalar olarak ele alınabilir ve 1967 yılında aynı hastanede beş sosyal hizmet uzmanının görevlendirildiği belirtilmektedir (Kahramanoğlu 1973 Akt.: Özdemir 2000:33).

Geçmişte olduğu gibi günümüzde de psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı oldukça düşüktür. Özdemir'in çalışmasına göre 1998 yılında, Türkiye'de 129 psikiyatri kurumundan (toplam 6001 yatak kapasitesi olan) sadece 11 tane kurumda, toplam 20 tane SHU görev yapmakta, diğer 118 psikiyatri tedavi kurumunda SHU bulunmamaktadır. Bu durum, ülkemizde %89.3 oranında psikiyatri kurumlarında sosyal hizmet uzmanının bulunmadığının ve 155 yatak kapasitesine bir SHU'nun düştüğünün bir göstergesi olarak bildirilmektedir. Bu oranın, psikiyatri alanında çalışan diğer mesleklerle kıyaslandığında oldukça düşük olduğu da eklenmektedir (Özdemir 2000:61,105).

Ülkemizde psikiyatri tedavi kurumlarında, özellikle de gençlik ünitelerinde sosyal hizmet uzmanlarının etkin ve verimli çalışabilirler. Bunun için SHU sayılarının artırılması ve SHU'ların psikiyatri alanına yönelik olarak iyi bir eğitimden

geçmeleri ile ülkemizde modern psikiyatri anlayışının gelişimine de katkıda bulunabilir.

Psikiyatrik sosyal hizmet sosyal hizmetin mesleki uygulama alanlarından birisidir. Bunun dışında, konuyla ilişkili olan diğer sosyal hizmet alanlarından birisi de “okul sosyal hizmeti”dir. Bundan sonra psikiyatrik yardım alan ergenlerle ilişkili olarak, henüz ülkemizde resmi olarak uygulaması söz konusu olmayan, ancak okullarda okul sosyal hizmetinin uygulamasının gerekliliği üzerinde durulacaktır.

1.3.2. Okul Sosyal Hizmeti

Sosyal hizmet mesleğinin sosyal değişme ile birlikte toplumda üstlendiği rol ve fonksiyonlar giderek artmıştır. Bu rol ve sorumluluklara daha önceki bölümlerde değinilmiştir. Bu nedenle bu bölümde, sadece okul sosyal hizmetinin içeriği ve bu alandaki görevlerine kısaca değinilecektir.

Duman (2001:93)'a göre okul sosyal hizmeti kapsamında ilk ve orta dereceli okullarda eğitim gören gençlerin karşılaştıkları psiko-sosyal ihtiyaç ve sorunlara yönelik olarak çalışmalar yapılmaktadır. Okul sosyal hizmeti, öğrencilerin içinde bulundukları gelişim dönemi, aile koşullarını esas alarak çocuk ve gençlerin yaşadıkları çeşitli sorunların çözümü, ihtiyaç duyulan hizmetlerden yararlanmaları ve böylece eğitim etkinliklerini başarılı bir şekilde sürdürebilecekleri bir duruma gelmelerini sağlama gibi bir çok hizmetin okullarda kurulan “sosyal servisler” aracılığıyla yürütülen uygulamalardır.

NASW'a göre (1987 Akt.: Duman 2001:94) okul sosyal hizmeti, öğrencilerin okula uyum sağlamalarına yardım eder ve okul, aile ve toplumun güçlerini bu yönde kullanmaları için koordine eder. Okul SHU'ları öğrencilere, ailelere ve öğretmenlere karşılaştıkları sosyal ilişki kuramama, okuldan kaçma, aşırı saldırgan olma ve baş kaldırıcı davranışlar gösterme gibi özel fiziksel, duygusal

veya ekonomik sorunlarla başetmede yardımcı olan elemanlardır. Bu elemanlar aynı zamanda okula, ailelere ve topluma okulun hedeflerini anlatmaktadır.

Duman'a göre (2001:94) okulda SHU'larının çalışmaları, öğretmenlerin çalışmalarını destekler niteliktedir. Bu nedenle SHU'lar öğretmenlerle yakın işbirliği içindedir ve öğrencilerin başarı durumu, okula devamsızlık durumu, saldırgan davranışlarda bulunması gibi sorunları yanında öğretmen-öğrenci ilişkilerinde, akranlar arası ilişkilerde çıkan anlaşmazlık ve sorunlara çözüm bulmada da yardımcı olur.

Okul sosyal hizmetinin en önemli etkinlik alanlarından bazıları, öğrencilerin aile ya da okulda yaşadıkları ihmal ve istismarı önleme, farklı kültürel alt grupların (etnik grupların) bir arada olduğu eğitim ortamlarında ortaya çıkabilecek olumsuzluklarla baş edebilmek için çeşitli mesleki çalışmalar yapma ve okuldan atılma, disipline verilme gibi sorunlarla karşılaşan öğrencilerle ilgili olarak yapılan yasal ya da uygulama faaliyetlerine danışmanlık etmek olarak sıralanmaktadır (Duman 2001:97). Duman'ın okul sosyal hizmeti ile ilgili olarak belirttiği konulara ek olarak, psikiyatrik yardım alan ve okula devam ergenlerin ruhsal bozuklukları nedeniyle okulda yaşadıkları sorun (davranım bozukluğu ve başka nedenlerle disipline verilme, okuldan uzaklaştırılma, okuldan atılma, okul yönetimi ve öğretmenleri tarafından sorunlu öğrenci olarak görülme-damgalanma vb.) alanlarında SHU'nun mesleki yardımına ihtiyacı olduğunu ifade etmekte yarar vardır. Hem psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının hem de okul sosyal hizmet uzmanının koordineli olarak çalışması (psikiyatrik sosyal hizmet uzmanının okul görüşmesi veya ev ziyareti yapması vb. uygulamalarla), psikiyatrik yardım alan ergenlerin yaşadıkları sosyal sorunların çözümünde etkili bir sonuç elde etme açısından önemlidir.

SHU'nun okul personeli içinde yer alması 1900'lü yıllarda başlamış, Amerika'da okulda görev yapan SHU'ları, önce 1916'da Ulusal Ziyaretçi Öğretmenler Birliği (The National Association of Visiting Teachers-NAVT)'ni kurmuşlardır. Öğrenciler ve ailelerinin özel ihtiyaçlarını öğrenerek okullarda yardımcı olmak

üzere önce öğretmenler tarafından yürütülen bu hizmet daha sonra okul SHU'ları tarafından yürütülmeye başlanmıştır (NASW 1987; NASW 1992 Akt.: Duman 2001:94).

Ülkemizde eğitim sisteminde psiko-sosyal hizmetlerin görünümü ele alındığında, Duman (2001:99) okullarda öğrencilerin zararlı madde kullanma, çete kurma, kötü alışkanlık edinme ve olumsuz davranışlarda bulunma ve intihar etme gibi çeşitli sorunlar ile karşılaştıklarını, bu sorunların çözümü için daha çok idari ve polisiye bir takım önlemler alındığını, ancak lise gençlerinin karşılaştıkları ihtiyaç ve sorunlara yönelik çözümler aranırken göz önünde tutulması gereken SHU, rehberlik ve psikolojik danışma uzmanı gibi meslek elemanlarının okulların ihtiyacına cevap verecek kadar yeterli sayıda olmadıklarının gerçekçi bir biçimde değerlendirilmesinin gerektiğini vurgulamaktadır. Liselerde bu tür sorunların çıkmasını önleme ve sorun çıksa bile idari ve polisiye bakış açısıyla değil de öğrencinin ihtiyaç ve sorununa neden-sonuç ilişkisi içinde ele alan daha uygun ve profesyonel bir yaklaşımla sorunların çözüme kavuşturulabileceğini belirtmektedir. Karataş (2001:158) ise ülkemizde ortaöğretim sürecinde olan gencin *meslek seçme* aşamasında olduğunu ve bu aşamada doğru ve etkili bir yönlendirmenin yapılmasının yerinde olacağını, okuldan ayrılan gençlere yönelik istihdam olanaklarının yaratılması ve işsizlikle mücadele edilmesinin gereğini vurgulamıştır.

Literatürden de anlaşılacağı üzere okul sosyal hizmet uzmanı, okul ortamında anne-baba, okul personeli, okul idaresi ve öğretmen ile öğrenciler arasında çıkan anlaşmazlıkları çözmede, bu sorunların ileri boyuta gelmesini önlemede mesleki bilgi ve becerisini kullanan, eğitim alanında yer alan ekibin bir üyesidir. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında olduğu gibi bu alanda çalışacak SHU'ların özel mesleki bilgi, beceri ve deneyime sahip olması gerekmektedir.

Ülkemizde okul çağındaki tüm çocuk ve gençlerin sayısı, bunların aileleri ile birlikte düşünüldüğünde toplumun oldukça büyük bir kesiminin okul sosyal hizmetinden yararlanabileceği görülmektedir.

1.3.3. Psikiyatrik Sosyal Hizmet, Psikiyatri, Sosyal Destek ve Ergenlik

Sosyal hizmetin temel görevi ruhsal bozuklukları tedavi etmek değil, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabileceği şekilde çevre ile ilişkisini düzenlemektir (Wakefield 1997 Akt.: Bulut 2001:132).

Bulut'a (2001:132) göre gelişimsel sorunlar da bu çerçevede ele alınabilir. Bundan yola çıkılarak ergenlik döneminin gelişimsel sorunları ve psikiyatrik bozuklukları bu çerçevede ele alınabilir. Daha önce belirtilen sosyal hizmet fonksiyon ve rolleri SHU tarafından kullanılarak, ergenlerin aile, arkadaş ve öğretmen gibi çevresindeki diğer kişilerle yaşadıkları sorunların çözümünde aktif rol alabilir. Sosyal hizmet sunumu sadece psikiyatri kliniklerinde değil, bunun yanında okullarda da yerine getirebilir. Örneğin puberte döneminde ergenin fiziksel gelişimine karşı yaşayabileceği korku ve endişenin giderilmesinde sosyal hizmet uzmanı okuldaki rehberlik bölümlerinde görev alabilir ve bu sorunun Psikiyatri Gençlik Bölümlerine başvurulmadan çözümlenmesini sağlayabilir ya da ciddi ruhsal bozukluğu olan ergenleri psikiyatri kliniklerine yönlendirebilir. Bunun dışında sosyal hizmet uzmanları okullarda ailelere yönelik de hizmetler üreterek, "fırtına ve stres", "bunalım çağı" olarak adlandırılan ergenlik dönemindeki çocuklarına karşı nasıl destekleyici olabilecekleri konusunda da hizmetler üretilebilir. Örneğin, "Ana-Baba Okulu" ya da "Erken Destek Projeleri" gibi.

Pottick ve diğerleri (1998:217) psikiyatrik açıdan yatarak tedavi olan çocuk ve ergenlere yönelik tedavi ve sosyal hizmetleri ölçmek amacıyla ölçek geliştirme çalışması yapmışlar ve bu ölçeğin, alt maddelerinde aile destekleme ve toplumla ilişkilere ait maddeler koymuşlardır. *Aile destekleme hizmetlerinde*; hastaneye yatırılmayan kardeşlere yardım etme, destekleme ve pratik bilgi sağlama ve parasal durumları ile birlikte ailelere yardım etme vb. konularda, *toplumla ilişki* de de, hastanede yatış aşamasında tedavi ekibinin, tedavi hizmeti sunan personelin dışındaki kişi veya kuruluşlarla ilişki kurmasını sağlaması (okul, iş ve başka kuruluşlarla görüşme); psikiyatrik hastanın hastaneden

taburcu olması aşamasında, taburculuk sonrası bakımı ile ilgili geçmiş ve gelecekteki programlara sorunsuz geçiş yapmasını sağlama (örneğin aile ve öğretmenle ilişkilerini düzenleme vb.) gibi bazı faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde psikiyatri ekibinde yer alan sosyal hizmet uzmanının rol alabileceğini bildirmişlerdir.

Jepson, Juszcak ve Fisher (1998:1) liselerdeki sağlık servislerinde (tıbbi ve ruh sağlığı hizmetlerinin birleştirilerek organize edildiği hizmetlerde) ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak beş yıllık geriye dönük (1988-1992 yılları arasında) yaptıkları çalışmada; bu hizmetlerin başladığı 1988 yılına göre 1992 yılında ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan öğrenci sayısının dört kat arttığını ve çalışmaya katılan 2000 kişilik öğrenci grubundan 1002 kişinin ruh sağlığı yönünden ziyarette çıktığını ve bunların %17'sinin ruh sağlığı ve hastalıkları açısından klinikte tanı aldıklarını tespit etmişlerdir. Bu çalışmalarında dikkat çekici diğer önemli nokta ise, bu öğrencilerden üçte birinin aile üyelerinin problem olacak madde kullanımlarının olması ve bu hizmetlerden yararlanan öğrencilerin (2000 kişiden) %19'nun hamileliğinin, %14'ünün ise geçmişte veya şimdi intihar düşüncelerinin, yüzde sekizinin ise devam eden depresyonlarının ve yüzde yedi buçuğunun ise cinsellikle ilgili sorunlarının olmasıdır. Ayrıca ruh sağlığı yönünden en çok ziyarette çıkanların ise kızlar olduğunu bulmuşlardır. Buna ek olarak, en çok ziyarette çıkan yaş grubunun ise sırasıyla 16 yaşındakilerin %29, 17 yaşındakilerin %19 ve 18 yaşındakilerin ise %17'lik orana sahip olduklarını saptamışlardır. Ayrıca geçmişte ve şimdi intihar düşüncesi ve devam eden depresyonu olanların bütün ruh sağlığı vizitesine çıkanlar arasındaki oranı ise %22'dir. Jepson ve diğerlerinin (1998) çalışmasında da görüldüğü üzere, ergenlerin ruh sağlığı hizmetlerinin okullarında yapılandırılması ile bu hizmetlerden yararlanabileceklerin erken tespit edilmesi ve gerekli sağlık kuruluşuna yönlendirilmesinin önemi açıktır. Bu hizmetlerin yürütülmesinde okul sosyal hizmet uzmanından yararlanılabileceğinin bir kez daha vurgulamakta yarar vardır.

Martin ve Martin (2000:785,791) risk altındaki gençler için fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan aile davranışlarını anlamaya yönelik yaptıkları çalışmada, gençlerin fonksiyonel olmayan bilişsel çarpıtmalarında, problem çözmede maladaptif metotları kullanan ailelerinin etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Bunun için bütün ailenin sistem yaklaşımına göre ele alınması, daha sağlıklı çevre yaratma ve müdahalede bulunmada da bu metottan yararlanılması önerilmektedir.

Demirel (2002:304) ülkemizdeki ruh sağlığı hizmetlerinin büyük ölçüde klasik tedavi hizmetleriyle sınırlı kaldığını, kronik ruh hastaları dahil pek çok hastanın hastaneden çıktıktan sonra toplum içinde herhangi bir sosyal destek görmediğini, çünkü ülkemizde bu tür hizmetleri organize edecek kurumsal bir organizasyonun olmadığı bildirmektedir. Bunun için organize edilecek "Sosyal Hizmet Örgütü"nde ruh hastalarına verilecek yardım biriminin oluşturulmasının gereği vurgulanmaktadır. Şimşek (2001:71) de, ruh sağlığı ve sosyal hizmetlerin tüm dünyada üç aşamalı program olarak yürütüldüğünü ve bunların birincil (koruyucu-önleyici sosyal hizmet), ikincil (tedavi edici sosyal hizmet) ve üçüncül (rehabilite edici sosyal hizmet) koruma olduğunu ve bunların hem ruh sağlığı hem de sosyal hizmetler açısından tanımlarının birbirine benzer olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle, ergen ruh sağlığı ve hastalıkları açısından psikiyatrik sosyal hizmetlerden yararlanılması faydalı olacaktır.

Sonuç olarak psikiyatrik sosyal hizmetin odağında, ruhsal bozuklukları nedeniyle sosyal ve mental işlevlerini yerine getiremeyen kişilere sosyal işlevselliğinin kazandırılmasının olduğu söylenebilir. Başka bir ifadeyle, bu kişilerin toplum içinde bir birey olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri için koruyucu-önleyici, tedavi edici-iyileştirici ve rehabilite edici-destekleyici faaliyetlerde bulunur. Bu faaliyetlerini "ergen danışma", "aile danışma" ve "krize müdahale" gibi hizmetlerle yürütür.

1.4. ARAŞTIRMANIN SORUNU

Sanayileşen ve hızla değişen ülkemizde yaşanan toplumsal değişimler yaşam temposunu hızlandırmakla birlikte kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bu değişimlerden bireylerin yanı sıra toplum ve topluma götürülen hizmetler de etkilenmektedir. Toplumsal değişme ile birlikte sosyal yapının değişimiyle ortaya çıkan sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik sorunlar ve bu sorunların çözümünde topluma götürülen hizmetler önem kazanmaktadır. Bu sorunlardan toplumun bütün kesimleri etkilenmektedir. Sorunların çözümünde birey ve bireyin çevresi daha geniş boyutta da toplum önem kazanmaktadır. Son yıllarda hem fiziksel hem de ruhsal açıdan olmak üzere sağlık alanında sosyal desteğin önemi üzerinde durulmakta ve bireyin sağlıklı olmasında pozitif yönde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Sosyal destek gündelik yaşamın yarattığı streslerin etkisini azaltıcı etkisiyle insanların sağlıklı yaşamlarını sürdürmesinde önemli bir role sahiptir (Sorias 1987; Sorias 1988; Tufan 1983; Özbay ve diğerleri 1994:119; Tufan ve diğerleri 2002:107; Özbesler 2001; Demirel 2001; Akyunak-Özdemir 2005).

Gelişim dönemlerinden olan ergenlik döneminde psikopatolojisi olan kişilerin sosyal desteğe normal ergenlerden daha fazla ihtiyaç duyduklarını söylemek yanlış olmayacaktır. Dolayısıyla da ergenlik döneminde normal olarak yaşanan gelişimsel problemlerin üzerine bir de psikopatolojik sorunların eklenebileceği göz önüne alınmalıdır.

Literatürde görüldüğü gibi ergenlik döneminde ailelerin ergenlere destekte bulunmasının önemi vurgulanmaktadır. Ancak daha öncede ifade edildiği gibi yaşadığımız sosyal değişim hem ergenlik sürecinde hem de ailenin yapısında değişikliklere yol açmaktadır. Palabıyıkoglu'na göre (1993 Akt.: Çakır 1993:20) bu değişiklikler ergenlik dönemini güç yaşanır hale getirmiştir. Ergenlik döneminin başlangıcının yaş ortalaması açısından erkene inmesi (12 yaş altına inmesi) sonucu biyolojik olgunluğa eren ergenlerin sosyal olgunlaşma yılları aynı çizgiyi izlememekte, ergenler yaşamlarını etkileyen önemli kararları

vermeye itilmekte, bilişsel açıdan bilgi ve sosyal yaşamda beceri sahibi olma güçlüğü yaşamaktadır. Biyolojik olgunluğa erişen ergenlerin yaşam deneyimlerinin az olması, sosyal becerilerin kazanılması ve kullanımı açısından bir gecikme ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Ayrıca yetişkin rolünün tanımı ve aile yapısındaki değişiklikler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, parçalanmış aile oranlarının artması gibi toplumsal değişiklikler ergenlik sürecini etkilemektedir. Aileler çocuklarını yetişkin topluma kazandırmak ve toplumda sorumluluklarını alarak işlevlerini sürdürebilmeleri için gerekli eğitimi vermede zorluk yaşamaktadırlar. Ayrıca ebeveynler ergenler sorunlarla karşılaştıklarında başetme mekanizmalarını güçlendirmek, uyumlarını sağlamak amacıyla danışmalık ve destek açısından yetersiz kalmaktadır. Toplumsal beklentiler arttıkça bireycilik yerini ben-merkezciliğe bırakma eğilimi göstermektedir. “Kendi işini kendin yap” aileler tarafından istenilir, onaylanır bir duruma gelmiştir. Dolayısıyla koruyucu bir ortamda destekleyici bir öğrenme kaybolmaya başlamıştır (Çakır 1993:23-24).

Zaimoğlu ve Büyükberker (1992:232) ergenler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, algılanan arkadaş ve aile desteğinin ergenlerin psikolojik iyiliği üzerinde etkili olduğunu belirtmektedirler. Ergenlikte psikopatoloji açısından risk gruplarında ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla cezalandırıcı oldukları literatürdeki çalışmalarda ortaya konmaktadır (Barnes ve Olson 1985:437).

Sorias (1998b Akt.: Bayram 1999:22), hasta ve sağlıklı, üniversite öğrencilerinde stres verici yaşam olayları, sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarının sonucunda; stres verici yaşam olaylarının ve sosyal destek yetersizliğinin ruhsal sağlığı doğrudan olumsuz bir biçimde etkilediğini belirtmişlerdir.

Literatürde hem 14-21 yaş grubundaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler hem de sosyal destek kaynaklarını yönlendirecek profesyonel meslek elemanlarının müdahale yöntemleri hakkında sınırlı bilgiye ulaşılmıştır. Bu bağlamda da 14-21

yaş grubundaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin çok yönlü algılanan sosyal destek düzeyleri ve bu sosyal destek düzeylerini etkileyen etmenlerin neler olduğu araştırma sorununu oluşturmaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın genel amacı, 14-21 yaş arasındaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin aile, arkadaş ve bunların dışındaki bir kişiden (özel bir insandan) algıladıkları çok yönlü sosyal destek düzeyleri ve bu sosyal destek düzeylerini etkileyen etmenleri belirlemektir.

Bu genel amaca bağlı olarak araştırmanın ayrıntılı amaçları soru cümleleriyle ifade edilmiştir: 14-21 yaş arasındaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin;

- a) cinsiyet,
- b) yaş,
- c) yerleşim yeri,
- d) Ankara'da yaşama süreleri,
- e) ailelerinin aylık geliri,
- f) anne- babalarının sağ olup olmaması,
- g) üvey anne ve üvey babaya sahip olup olmamaları,
- h) anne-babalarının birlikte yaşayıp yaşamaması,
- ı) ailelerinin kimlerden oluştuğu (aile yapısı),
- i) kardeşe sahip olup olmaması ve sahip olduğu kardeş sayısı,
- j) anne-babalarının eğitim durumu,
- k) anne-babalarının çalışıp çalışmaması,
- l) anne-babalarının alkol kullanıp kullanmaması,
- m) ailelerinde sert tartışma ve kavganın dereceleri,
- n) kendilerini yalnız hissetme dereceleri,
- o) karşı cinsten yakın arkadaşının olup olmaması,
- ö) okula devam edip etmemeleri,
- p) okullarından ve öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri,
- r) ailelerinde başka bir psikiyatrik hasta bulunup bulunmaması,

s) psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozuklukları, değişkenlerine göre özel bir insandan, aileden, arkadaştan ve toplumda algıladıkları destek düzeyleri farklı mıdır?

1.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Araştırma ile elde edilecek bilgi ve verilerin;

1.6.1. Ülkemizde 14-21 yaş arasındaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin aile, arkadaş ve bunların dışındaki bir kişiden algıladıkları çok boyutlu sosyal destek düzeylerinin bilinmesi ve bu sosyal destek düzeylerini etkileyen etmenler üzerinde düşünme, tartışma ve yeni araştırma olanakları yaratması,

1.6.2. Ergenlere yönelik var olan ruh sağlığı hizmetlerinin ve politikalarının gerçekçi bir şekilde değerlendirmelerinin yapılmasını sağlaması, yeni politikalarda ve hizmet sunumlarında yapılacak değişikliklere pozitif yönde katkı vermesi,

1.6.3. Ülkemizde 14-21 yaş arasındaki psikiyatrik yardım alan ergenlere hizmet sunan profesyonel meslek elemanlarının (sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolog, v.b), ergenler tarafından aile, arkadaş ve bunlar dışındaki bir kişiden algılanan sosyal destek düzeylerini etkileyen faktörleri bilmesi ve bunlara göre mesleki hizmetlerinin kapsamını belirlemesi ve yaygınlaştırması,

1.6.4. Profesyonel meslek elemanlarının, psikiyatrik yardım alan ergenlere sosyal destek sağlayan kişileri daha destekleyici davranmaları yönünde teşvik etmeleri ve bu konuda yapılacak yeni çalışmalara kaynaklık yapması,

1.6.5. Psikiyatrik sosyal hizmet alanında ergenlerle çalışma yapan sosyal hizmet uzmanlarının gerek uygulama, gerekse içinde bulunulan durum ile ilgili kuramsal bilgiye yönelik, hissedilen bilgi eksikliğinin giderilmesini sağlayacağı umulmaktadır.

1.6.6. Psikiyatrik yardım alan ergenlerde ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ortaya çıkış sıklığı göz önüne alınarak, popülasyonun değişik özellikleri ile sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi; toplumda ruh sağlığı hizmetlerinde görev alacak profesyonel meslek elemanlarının planlanması, ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu-önleyici ve tedavi edici-rehabilite edici hizmetlerin

planlaması ve örgütlemesi, hatta ergenlerin ruhsal hastalıkları süresince sosyal destek kaynakları olan aile, arkadaş ve bunların dışında bir kişinin ergenlere destek vermesi için teşvik edilmesi yönünde sosyal hizmet disiplinin önemli bir fonksiyona sahip olacağı düşünülmektedir.

1.7. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

Bu araştırmada, aşağıdaki sayılıtlardan hareket edilecektir;

1.7.1. Ruhsal ve fiziksel sağlık ile sosyal destek arasında bir ilişki vardır.

1.7.2. Araştırmada kullanılacak Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin uyarlaması benzer konuların araştırılmasında kullanıldığı ve geliştirildiği kültürdeki geçerlik ve güvenirlik ölçülerine yakın ölçüler verdiği dikkate alınarak çalışmamızda kullanılabileceği varsayılmıştır.

1.7.3. Hem ruh sağlığı ve hastalıkları (psikiyatri) hem de ergenlere ait sorunların çözümünde sosyal hizmet mesleğinin müdahalesi gereklidir ve sosyal hizmet mesleğinin mesleki uygulaması gerçekleştirilirken sosyal destek sistemleri harekete geçirilir.

1.7.4. Çalışmanın veri toplama aşamasında; kullanılan ölçek ve soru kağıdına araştırma grubunun gönüllü katılımının sağlanması doğru bilgilerin alınmasını sağlar.

1.7.5. Araştırma örneklemini oluşturan, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki ergenlerin Soru Kağıdı'nı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni yansız olarak cevapladıkları varsayılmıştır.

1.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIK LARI

Bu araştırmanın sınırlılıklarını aşağıdaki biçimde sıralamak mümkündür;

1.8.1. Araştırma belirlenen problem odağı ile sınırlıdır.

1.8.2. Araştırma belirlenen araştırma amaçları ile sınırlıdır.

1.8.3. Araştırma belirlenen amaçları doğrultusunda hazırlanan Soru Kağıdı, geçerliliği ve güvenirliği daha önce Eker ve diğerleri (2001) tarafından yapılan çalışmada test edilmiş Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile bunların içindeki sorular ve bunlara verilecek olan yanıtlarla sınırlıdır.

1.8.4. Araştırma grubu, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Ergen Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerle ve araştırmacının, araştırma grubuna dahil olacıklara yönelik belirlediği özelliği taşıyan (ilk kez ayaktan başvuranlar, yatarak ya da ayaktan tedavi sırasında psikotik ya da manik atak geçirenler ve ağır derecede zeka sorunu olanlar dışındaki kişilerle) ergenlerle sınırlıdır.

1.8.5. Araştırma Ankara ilinde gerçekleştirilmiştir.

1.9. TANIMLAR

1.9.1. Psikiyatrik Yardım Alan Ergen

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişilerdir.

1.9.2. Sosyal Destek

Psikiyatrik yardım alan ergenlerin "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nden aldıkları puan ile belirlenen düzeyi ifade etmektedir.

1.9.3. Sosyal Desteği Etkileyen Etmenler

Araştırmada bağımlı değişken olarak ele alınan sosyal destek düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülen yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve aile tipi gibi demografik özelliklerdir.

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde, yöntem ana başlığında; araştırma modeli, evren ve örneklem, veriler ve toplanması, verilerin işlenmesi, araştırmada insangücü, zamanlama ve bütçelendirme bölümleri ele alınacaktır.

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırma modeli araştırmanın amaçlarına uygun ve ekonomik olarak, verilerin toplanması ve çözümlenmesi için gerekli koşulların düzenlenmesi olarak ele alınırsa; bu araştırmanın modelinin tarama modellerinden “genel tarama modeli” olduğu ve genel tarama modeli türlerinden ise “ilişkisel tarama modeli” olduğu görülmektedir. Genel tarama modelleri, “çok sayıda oluşan bir evrende evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir” (Karasar 1995a:79). İlişkisel tarama modelleri ise, “iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir” (Karasar 1995a:81).

Red ve Smith (1989:64-93)’in sınıflamasına göre de bu araştırma, “alan araştırması” kapsamında ele alınmaktadır. Bilindiği gibi alan araştırması evreni tanımlamak için orijinal verilerin evrenden ya da evreni temsil ettiği düşünülen bir örneklem üzerinden anketler aracılığıyla toplanmasıdır.

Bu çalışmada belirtilen araştırma amacına ulaşmak için araştırma verilerinin toplandığı dört aylık süreçte; Ankara’da ergenlere ruh sağlığı hizmeti veren SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği’nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan, “şizofreni ve diğer psikotik

bozuklukları” ve “hafif düzeyde metal retardasyonu” olanlar da dahil olmak üzere 14-21 yaş arasındaki kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Ancak, bu çalışmaya her iki polikliniğe “ilk kez başvuranlar”, “yatarak ya da ayaktan tedavi sırasında psikotik ya da manik atak geçirenler” ve “ağır derecede zeka sorunu olanlar” dahil edilmemiştir. Bu belirleme çalışmanın dışlama kriterini oluşturmuştur. Bu çerçevede araştırmaya katılmayı kabul eden ergenler araştırma grubunu oluşturmuş ve çalışmada iki ya da daha çok değişken arasındaki birlikte değişimin varlığı ve derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki aranmış ve değişkenler ayrı ayrı sembolleştirilmiştir.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmada, araştırma amaçları doğrultusunda araştırma evrenini, Ankara’da ergenlere ruh sağlığı hizmeti veren SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği’nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişiler oluşturmaktadır. Polikliniğe ilk kez başvuran ergenler araştırma grubuna dahil edilmemiştir. Ancak ilk görüşmeden sonra üniteye çalışanlar tarafından randevu verilmesi halinde araştırma grubuna dahil edilebilmişlerdir. Çünkü ilk kez polikliniğe başvuranların herhangi bir ruhsal hastalığı olmadığı tespit edilebilmekte ve tekrar görüşmeye gelmemeleri istenebilmektedir. Araştırmada temel nokta, 14-21 yaş arasındaki ergenlerin ruhsal bir rahatsızlığı olması ve bunun için yardım almasıdır. Bu kurumlardan düzenli olarak ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişilerin, bu kurumlardan yararlanması geçmişte ve halen var olan bir durumu gösterdiği gibi gelecekte de olması gereken bir durum olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada evren SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği’nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişilerin süreç içinde –*geçmişte, halen ve gelecekte*- meydana getirdiği bir yığın (Öngel 1980:8) olarak ele alınmıştır.

Verilerin toplandığı 15 Ağustos 2003–15 Aralık 2003 tarihleri arasında, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişiler süreç içinde meydana gelen yığından alınan bir kesit niteliğinde kabul edilmiştir ve bu kesitin evrenden seçilmiş rassal bir örneklem olduğu varsayılmıştır. Dört aylık dönem içerisinde SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki ergen grubundan toplam 110 kişiye ulaşılmıştır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Bu araştırmada veriler görüşme tekniği aracılığıyla elde edilmiştir. Veriler SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişilerin sosyal destek düzeyleri ve bu düzeyleri etkileyen etmenleri ortaya koymayı amaçlayan bir Soru Kağıdı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada kullanılan Soru Kağıdı araştırmacı tarafından literatür bilgileri de göz önüne alınarak hazırlanmıştır.

Araştırmada veri toplama aşamasında görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Klinik Şefi ile araştırma öncesi araştırma yapmak için sözel izin alınmış olup, H. Ü. Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Başkanlığı'nın resmi izin için yazdığı yazı, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Baştabipliği'ne elden götürülmüştür. Fakat söz konusu Hastane Yönetiminin resmi yazıya cevap vermemesi nedeniyle izin belgesi Ek 3'te verilememiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan da öncelikle Ergen Bölümünden sorumlu hekim ile görüşülerek sözel izin alınmış ve daha sonra da resmi yazı ile

izin istenmiştir. Söz konusu Anabilim Dalı Başkanlığı'nın resmi izin belgesi Ek 3'tedir. Her iki birimden alınan izin ve randevular sonunda araştırma grubu ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada kullanılan soru kağıtlarının içerikleri aşağıda açıklanmıştır:

2.3.1. Soru Kağıdı

Soru Kağıdı'ndaki sorular üç bölümden oluşmuştur: Birinci bölümde, 14-21 yaş arasındaki psikiyatrik yardım alan ergene ait sosyo-demografik özellikleri araştıran genel bilgilere ait sorular, ikinci bölümde "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" yer almış ve bu sorular araştırma grubu tarafından doldurulmuştur. Araştırma grubunda yer alan "şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları" ve "hafif düzeyde mental retardasyonu" olanlara Soru Kağıdı verilmeden önce onları takip eden psikiyatristine danışılmış, sorulan soruları anlayıp cevap verebilecek düzeyde olanlara verilmiştir. Üçüncü bölümde ise 14-21 yaş arasındaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin psikiyatrik belirti veya bozuklukları ile ilgili sorulara yer verilmiş ve bu sorular, araştırmacı tarafından hasta dosyaları incelenerek doldurulmuştur.

2.3.1.1. Genel Bilgiler

Bu bölüm, 14-21 yaş arasındaki ayaktan psikiyatrik yardım alan ergenlerin; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yerleşim yeri, ailelerinin aylık geliri, aile yapısı, sahip olduğu kardeş sayısı, anne-babalarının çalışıp çalışmaması, anne ve babalarının alkol kullanıp kullanmaması, ergenlerin kendilerini yalnız hissetme dereceleri, karşı cinsten yakın arkadaşının olup olmaması, okullarından ve öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri, ailelerinde başka bir psikiyatrik hasta bulunup bulunmaması gibi demografik özelliklerini araştıran sorulardan oluşmuştur.

2.3.1.2. Hasta Dosyası İnceleme

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden düzenli olarak ayaktan ruhsal tedavi ve yardım alan 14-21 yaş arasındaki kişilerin, psiko-sosyal olarak ruhsal şikayetlerine yönelik hikayelerinin de yer aldığı, DSM-IV Tanı Kriterlerine göre teşhis ve tedavilerinin yapıldığı ve bunların kaydedildiği "Hasta Dosya"larındaki ruhsal belirti veya bozuklukları araştırma verilerinin elde edilip, değerlendirilmesinde ele alınmıştır.

2.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support - MSPSS):

Orjinali Amerika Birleşik Devletlerinde Zimet ve diğerleri (1988; 1990 Akt.: Eker ve diğerleri 2001:18) geliştirilen çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin Türkiye'de kullanımını sınamak amacıyla Eker ve Arkar (1995a:250; 1995b:45) ve Eker ve diğerleri (2001:17) tarafından çalışmalar yürütülmüştür. Eker ve Arkar'ın (1995a) ilk çalışmasında ölçeğin, yapı geçerliği depresyon ve anksiyete ölçümleri ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir. İkinci çalışmasında (1995b) ise çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Son çalışmada ölçeğin yapı geçerliği, Eker ve diğerleri (2001) tarafından başka bir sosyal destek ölçeği olan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (PSS-Fa, PSS-Fr, Procidona ve Heller tarafından 1983 yılında geliştirilmiş ve Türkiye'de 1993 yılında Eskin güvenirlik ve geçerlik çalışmasını yapmıştır), bir tarama listesi (SCL-90-R, Derogatis ve arkadaşları tarafından 1976 yılında geliştirilmiş ve Türkiye'de 1991 yılında Dağ geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır), bir yalnızlık ölçeği (UCLA, Russel ve diğerleri tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve Türkiye'de 1989 yılında Demir, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır) ve bir umutsuzluk ölçeği (Ölçeği, Beck ve diğerleri 1974 yılında geliştirmiş ve Türkiye'de 1994 yılında Durak tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır) ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir (Eker ve diğerleri 2001:20).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir (Zimet ve diğerleri 1988: Akt.: Eker ve diğerleri 2001). Önerilen alt ölçek yapısı; aile , arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir.

Eker ve Arkar'ın (1995a) yaptığı çalışmada, MSPSS'nin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirliği (0.80 ile 0.95) ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuş fakat, "özel bir insan" alt ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya konmuştur. Ülkemizde "özel bir insan" terimi çok özel bir anlama sahip olduğundan, Eker ve Arkar'ın (1995a) ilk çalışmasında üniversite öğrencilerini oluşturan örnekleme çoğunlukla öğrenciler "özel bir insan terimini erkek/kız arkadaş olarak algılamışlardır (Eker ve diğerleri 2001:19). Bu nedenle Eker ve diğerleri (2001) "özel bir insan" teriminin kültürel olarak kullanımı uygulanabilir olmadığı görüşündedir. Bu terimle aile alt ölçeğinde ele alınan aile, ebeveyn, eş, çocuk ve kardeşler algılanabilmekte ve bunlar araştırma sonucuna yansımaktadır.

Eker ve diğerleri (2001)'de özel bir insan terimini dışlayarak, bu terim yerine "aile ve arkadaş dışında olan kişi" (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) terimini kullanmışlardır. Bu terim dışında, ölçeğin alt ölçeklerinde kullanılan Türkçe terimleri aynı şekilde bırakarak, cümlelere örnekler verme yoluyla ölçekte revizyon yapmışlardır.

MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Ölçekteki her madde yedi aralıklı olarak derecelendirilmiştir. Eker ve diğerlerinin (2001:19) çalışmasında her ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmişlerdir.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Eker ve diğerleri (2001:21); iç tutarlılığı ölçmek için Cronbach Alfa yöntemini kullanmışlardır. Psikiyatri, cerrahi ve normal gruptan seçilen örneklem için ayrı ayrı iç tutarlılık değerlerine bakmışlar ve değerleri 0.80 ile 0.95 arasında bulmuşlar ve her üç örneklem için ölçek ve alt ölçeklerin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu kabul etmişlerdir.

Ölçeğin geçerlik çalışmasında Eker ve diğerleri (2001:21) çalışmalarında yer alan diğer ölçeklerle MSPSS'in ve alt ölçekleri ile korelasyonlarına her bir örneklem için ayrı ayrı olarak bakmışlardır. Örneklemelerin her üçünde de, MSPSS'in aile ve arkadaş alt ölçekleri ve toplam puanı kendilerine karşılık gelen PSS ölçekleri ile pozitif korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır. Bunun dışında, MSPSS aile alt ölçeğinin PSS aile ölçeği ile, PSS arkadaş ölçeğine göre daha yüksek korelasyon gösterdiğini; MSPSS arkadaş ölçeğinin PSS arkadaş ölçeği ile, PSS aile ölçeğine göre, daha yüksek korelasyon gösterdiğini ifade etmişlerdir. Yani, MSPSS'in aile ve arkadaş alt ölçeklerinin PSS'in kendilerine karşılık gelen altölçekleri ile benzer kavramları ölçtüklerini belirlemişlerdir.

Psikiyatri örnekleminde, MSPSS ve alt ölçeklerinin umutsuzluk ve yalnızlık ölçekleri, belirti tarama listesi ve olumsuz sosyal ilişki maddesi ile korelasyonlarının hemen hemen tamamının, beklenildiği gibi negatif yönde ve anlamlı seviyede olduğunu görmüşlerdir (Eker ve diğerleri 2001:21).

Görüldüğü gibi, Eker ve diğerlerinin (2001) yaptığı çalışmada da ölçeğin faktör analizi, geçerliği ve güvenirliği yeterlidir. Bu nedenle ölçek bu araştırmada hiçbir değişiklik yapılmadan Eker ve diğerlerinin uyguladığı şekliyle kullanılmıştır.

2. 4. VERİLERİN ANALİZİ

Toplanan veriler, bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin çözümlenmesinde SPSS 11.0 programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzde, aritmetik ortalama, *t*-testi, varyans analizi (tek yönlü ANOVA) ve Kruskal-Wallis testi

kullanılmış ve elde edilen bulgular tablolar aracıyla gösterilmiştir. Tek yönlü varyans analizinde farklılığın anlamlı bulunduğu durumlarda LSD testi (Fisher's Least Significant Difference Test) yapılmıştır (Özdamar 2002:389). Kruskal-Wallis testi, parametrik bir test olan tek yönlü ANOVA'nın normallik varsayımının karşılanmadığı durumlarda önerilmektedir (Büyüköztürk 2002:153).

Bu çalışmada elde edilen verilerin frekans, t-testi, ANOVA ve Kruskal-Wallis testi tabloları bulgular ve yorum bölümünde sunulmuştur.

2.5. ARAŞTIRMADA ZAMANLAMA BÜTÇE VE İNSANGÜCÜ

Araştırmanın, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünün, bu çalışmaya başlanıldığındaki yönetmelikleri doğrultusunda araştırmacıya verilen zaman olan Haziran 2003'de başlanıp Haziran 2004'de sonlanması hedeflenmiş ancak çalışmanın tamamlanamaması nedeniyle ek süre talep edilerek, çalışma Mayıs 2005'te sonlandırılabilmiştir. İlk dört ay içerisinde literatür taraması yapılmıştır (gerektiğinde çalışma süreci boyunca devam etmiştir). Bu süreç içerisinde 1 Temmuz-15 Ağustos 2003 tarihlerinde Soru Kağıdı için sorular hazırlanmış, aynı süreçte SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi'nde uygulama yapabilmek için gerekli olan izin, Psikiyatri Klinik Şefi Doç. D. M.Haluk ÖZBAY'dan sözel olarak alınmış ve 15 Ağustos 2003 tarihinde ön deneme için Soru Kağıdı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği araştırma grubuna uygulanmaya başlanmıştır. Ön deneme uygulaması için 20 kişilik ergen grubuna ulaşılmış ve Soru Kağıdındaki sorular araştırmacı tarafından ergene okunarak işaretlenmiştir. Sonra Soru Kağıdında gerekli düzeltmeler yapılarak, veri toplamaya devam edilmiştir. 15 Ekim 2003 tarihinde SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesinde psikiyatrik açıdan takip edilen araştırma grubunun popülasyonun azlığı nedeniyle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nde çalışma yapabilmek için gerekli olan izin yazışması öncesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli Öğretim Üyesi (Ergen Bölümünden Sorumlu

Psikiyatrist) Prof. Dr. Saynur CANAT'dan randevu alınarak, yüz yüze görüşülmüş ve çalışma için sözel izin alınmıştır. Yalnız söz konusu Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 20 Ekim 2003 tarihindeki resmi izni sonrası uygulanmaya başlanılabilmiş ve ancak her iki hastaneden toplam 110 kişiye ulaşılan 15 Aralık 2003 tarihinde veri toplama süreci tamamlanabilmektedir.

Araştırma verilerinin toplanmasından sonra elde edilen veriler kodlama yönergesi aracılığıyla işlenmiş ve SPSS 11.0'a veri girişi 24 Aralık 2003-16 Şubat 2004 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin SPSS programına girilmesinden sonra verilerin çözümlenmesi aşamasına geçilmiştir.

Araştırmada insan gücü olarak çalışmanın literatür taraması, planlanması, gerekli formun hazırlanması, uygulanması, uygun istatistiksel çözümlerlerin yapılması, değerlendirilmesi, yorumlanması ve raporlaştırılması bölümlerinde araştırmacı tek başına çalışmış, bu konularla ilgili başta eğitim (tez) danışmanı olmak üzere konuyla ilgili profesyonellerden danışmanlık almıştır.

Araştırmanın tüm giderleri araştırmacının kendi olanakları ile karşılanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgulara ve yorumlara yer verilmektedir. Bulgular ve yorum bölümünün ilk alt bölümünde psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ikinci alt bölümünde ise sosyo-demografik özelliklerle algılanan çok boyutlu sosyal destek arasındaki ilişkilere ait bulgular ele alınmaktadır.

3.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR

Bu bölümde, psikiyatrik yardım alan ergenlerin cinsiyetleri, yaşları, öğrenim düzeyleri, yerleşim yerleri, Ankara'da yaşadıkları yıl, ailelerinin toplam aylık geliri, annelerinin sağ olup olmaması, üvey annelerinin olup olmaması, babalarının sağ olup olmaması, üvey babalarının olup olmaması, anne-babalarının birlikte yaşayıp yaşamadıkları, evde sürekli oturan aile bireyleri, kardeşlerinin olup olmaması, kardeş sayıları, annelerinin öğrenim düzeyi, babalarının öğrenim düzeyi, annelerinin son günlerdeki her günlük iş veya uğraşları, babalarının son günlerdeki her günlük iş veya uğraşları, annelerinin alkol kullanıp kullanmaması, babalarının alkol kullanıp kullanmaması, ailelerinde sert tartışma ve kavgaların dereceleri, kendilerini yalnız hissetme dereceleri, karşı cinsten arkadaşlarının olup olmaması, okula devam edip etmemeleri, okuldan memnuniyet dereceleri, öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri, ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kişilerin olup olmaması, ailede psikiyatrik yardım alan kişiler ve ergenlerin psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozukluklarına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29).

Tablo 1’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin cinsiyetleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında ankete katılan 110 kişinin %58.2’si kadın, % 41.8’i erkektir.

Tablo 1: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Cinsiyeti

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	64	58.2
Erkek	46	41.8
Toplam	110	100

Bu durum, ankete katılanların cinsiyet açısından hemen hemen birbirine yakın sayıda olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın verileri, hem SSK Hastanesi hem de A.Ü. Hastanesi’nden elde edildiği için psikiyatrik yardım alan ergenlerin cinsiyet bakımından, göreceli olarak normal dağılıma yakın gibi dağıldığı gözükmesine rağmen kızların lehine yüksek çıkmıştır.

Bu bulgu Özbay, Örsel, Akdemir, Cinemre ve Aktaş’ın (2002:25) psikiyatri polikliniğine başvuran ve başvurmayan ergenlerin kendilik algısı ile demografik değişkenlerin etkileşimini inceledikleri çalışmalarında ortaya koydukları, kızların erkeklere göre daha yüksek oranda psikiyatri polikliniğine başvurdukları bulgularıyla paralel çıkmıştır (%68.8; %31.2). Aynı çalışmada deney grubunun, SSK Ankara Eğitim Hastanesi Gençlik Ünitesi’ne psikiyatrik yardım için başvuran 14-17 yaş grubundaki 138 ergenden (95 kız ve 43 erkek) oluştuğu ve bunların “ilişkilerindeki davranışlar” ve “kendine verdiği değer” alt ölçeklerinde psikiyatrik yardım almak için başvurmayan ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları bildirilmektedir. Bu durum, çalışmayı yapan araştırmacılar tarafından, kliniğe başvurmuş olmanın ergenin işlev görmesi gereken ve tam olarak adlandıramadıkları bazı alanlarda yetersizliğe yol açmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ergenlerin yetersizlik duygusunun kendine verdikleri değeri azaltmış olabileceği; kendini yetersiz hissetmesi ve kendine verdiği değerdeki azalma ergenin ilişkilerindeki davranışlarını da olumsuz değerlendirmesine yol açmış olabileceği şeklinde

yorumlanmıştır. Erkek ergenlerin kendilerini kız ergenlere göre “okul yeterliliği, “atletik yeterlilik”; kızların ise “fiziksel görünüm alanlarında” kendilerini daha iyi buldukları belirtilmektedir (Özbay ve diğerleri 2002:30-31).

Sümer (1998:132) cinsel rol kalıplarının, içinde yaşanılan kültür tarafından belirlendiğini belirtmekte ve geleneksel kültürümüzde erkeğe aktif, saldırgan olması öğretilirken; kızların ise daha pasif olması, söylenenlere itaat etmesi ve ailesinin sözünden çıkmayan kişiler olmasının öğretildiğini ifade etmektedir. Kız çocuklar aile babasına ve erkek kardeşine hizmet etmeye mahkum bırakılmakta ve onların sözünden çıkmaması onaylanarak daha küçük yaşlarda *duygusal şiddet*in içine sürüklenmektedir. Ayrıca kız çocuklar oldukça kapalı bir ortamda büyütülmeye çalışılmakta, sosyal faaliyetlere katılımı büyük ölçüde engellenmektedir. En önemli nokta ise, kız çocukların annesinin de aynı davranışları kız çocuklarına sergilemesi ve bu nedenle kendisine karşı sergilenen davranışları kız çocuğun benimsemesidir. Bunun dışında erkek çocuğun kavga etmesi, küfür etmesi aile üyelerince desteklenmekte hatta hoşça gitmektedir. Örneğin erkek çocuk arkadaşları ile kavga ettiğinde “erkek adamsın sen de dövseydin” veya pek çok olumsuz davranışı da “erkek çocuk yapar” şeklinde maruz görülmektedir. Toplumumuzda kadınların duygusal, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları bilinmektedir. Burada vurgulanmak istenen kız çocukların kültürel özelliklerimiz nedeniyle şiddet açısından erkek çocuklara göre daha dezavantajlı durumda olmalarıdır.

Tablo 1’den elde edilen bulgular, Özbay ve diğerlerinin (2002:31) psikiyatrik yardım almak için kliniğe başvuran ergenlerin bulgularıyla paralellik göstermektedir. Bu durum, kız ergenlerin kendine verdiği değerin düşüklüğü, kendilerini en iyi buldukları alan olan yakın arkadaşlarla kurulan ilişkiler dışında diğer ilişkilerinde sürekli eleştirilmeleri ve toplumsal ilişkileri daha çok önemsemeleri gibi nedenlerle kız ergenlerin psikiyatrik yardım almak için başvurduklarını düşündürebilir. Ayrıca, örneğin depresyon, anksiyete bozuklukları vb. bazı psikiyatrik bozuklukların kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda görülmesi, kadına toplumun sunduğu rol ve sorumluluklar,

toplumun ve ailenin baskısı gibi nedenler de psikiyatriye kız ergenlerin daha fazla başvuruda bulunmalarının başka nedenleri arasında ele alınabilir.

Tablo 2’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin yaşları yer almaktadır. Tabloya bakıldığında psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğunluğunun “16-17 yaşta” olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yaşları

Yaş	SAYI	%
14 -15 yaş	11	10.0
16-17 yaş	47	42.7
18-19 yaş	30	27.3
20-21 yaş	22	20.0
Toplam	110	100

Ankete katılanların %42.7’sini “16-17 yaşında”, %27.3’ünü “18-19 yaşında”, %20’sini “20-21 yaşında” ve %10’unu ise “14-15 yaşında” bulunanlar oluşturmaktadır. Bu durumda 16-17 yaş ve 18-19 yaş grubundaki ergenlerin bir yığılma oluşturduğu görülmektedir.

Bu bulgu; Özbay, Örsel, Akdemir, Cinemre ve Aktaş’ın (2002:25) psikiyatri polikliniğine başvuran ve başvurmayan 14-17 yaş grubundaki ergenlerin kendilik algısı ile demografik değişkenlerin etkileşimini inceledikleri çalışmalarında; 14 yaşındakiler %16.7, 15 yaşındakiler %25.4, 16 yaşındakiler %30.4 ve 17 yaşındakilerin ise %27.5 olarak ortaya koydukları bulgularıyla paralellik göstermemektedir.

Her iki çalışmada yaş grubunun farklı çıkmasının nedeni şu şekilde açıklanabilir; Tablo 2’de yaş değişimini istatistiksel çözümleme yapılırken yaşlar iki değer alacak şekilde gruplandırılmış ve 14-21 yaş arası (ilköğretim son sınıf-üniversite devam edebilecek yaş grubunda olan) sürekli psikiyatrik yardım alan ergenler

çalışmaya dahil edilmiş; Özbay ve diğerlerinin çalışmasında ise yaşlar bir birim olacak şekilde gruplandırılmış ve 14-17 yaş arası (8-11. sınıfa devam eden) psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran, öğrenimlerine devam eden, son bir yıldır herhangi bir psikiyatrik yardım almayan ergenler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu nedenlerle çalışmamızdaki bulgu, Özbay ve diğerlerinin (2002:23-32) bulgusundan farklı çıkmıştır.

Tablo 3'de psikiyatrik yardım alan ergenlerin öğrenim düzeyleri yer almaktadır. Bu çalışmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin öğrenim düzeyleri değişkenin istatistiksel çözümlemesinde, ergenlerin halen devam ettikleri sınıf düzeyi dışlanmıştır. Bunun nedeni okula devam etmeyen ergenlerin sayısı azımsanmayacak oranda (43 kişi) yüksek çıkmasıdır (Tablo 24). Ayrıca sekiz yıllık, 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Eğitim Yasası 1997 yılında yayımlanmıştır. Bu yasa çıkmadan önce eğitimden kopanların öğrenim düzeylerinin saptanabilmesi amacıyla Yasa'dan önceki öğrenim düzeyleri baz alınmış ve en son mezun oldukları okul şeklinde yeniden düzenleme yapılmıştır.

Tablo 3: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğrenim Düzeyleri

Öğrenim Düzeyi	SAYI	%
İlkokul mezunu	16	14.5
Ortaokul ve dengi mezunu	59	53.6
Lise ve dengi mezunu	35	31.8
Toplam	110	100

Ankete katılanların % 53.6'sı "ortaokul ve dengi mezunu", %31.8'i "lise ve dengi mezunu" ve %14.5'i "ilkokul mezunu" oldukları görülmektedir. Bu durumda ergenlerin ilkokul mezunu ve ortaokul ve dengi mezunu olanlar (75 kişi) lise ve dengi mezunu olanlara (35 kişi) göre daha fazla yığılma oluşturdıkları söylenebilir. Araştırmacının pratik uygulamalardaki gözlemlerinden elde ettiği bilgiye göre, psikiyatrik hastalıkların bir çoğunun (örneğin şizofreni, depresyon

v.b) ergenlik döneminde başlaması ergenlerin okula devam etmelerini güçleştirmekte ve hatta okulu yarıda bırakmalarına neden olabilmektedir.

Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu'nun (UNICEF'in) 2004 yılı raporunda, dünyada okul dışındaki çocukların sayısının 121 milyon olduğu belirtilmiştir. Bu çocukların çoğunluğunu kızlar oluşturmaktadır. 121 milyon çocuğun 65 milyonu (%54) kız, 56 milyonu (%46) erkektir. Okula kaydolan çocuklar da pek çok durumda okullarına düzenli olarak devam etmemekte; kendi hastalıkları, hasta olan yakınlarına bakma ya da çalışıp aile geçimine katkıda bulunma gibi nedenlerle okuldan ayrılmaktadırlar (UNICEF 2004:7). Ülkemiz genelinde 6-14 yaş grubunda okula devam eden çocuk sayısı Ekim 1994'de 9 milyon 917 bin (%86.9) iken, bu sayı Ekim 1999'da 10 milyon 633 bine (%88.1) yükselmiştir. Okula devam eden %88.1 oranındaki çocuklardan %28.9'u çalışmaktadır. Okul çağında olup okula devam etmeyen 1 milyon 490 bin çocuk bulunmakta ve bunların %53.6'sı çalışmaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve ILO 2003:20-21).

Bu bulgu; Özbay, Örsel, Akdemir, Cinemre ve Aktaş'ın (2002:25) psikiyatri polikliniğine başvuran ve başvurmayan 14-17 yaş grubundaki (8-11. sınıfta okuyan) ergenlerin kendilik algısı ile demografik değişkenlerin etkileşimini inceledikleri çalışmalarında; polikliniğe başvuranların %13.0'ının sekiz yıl, %26.1'inin dokuz yıl, %25.4'ünün on yıl ve %35.5'inin on bir yıl; polikliniğe başvurmayan sağlıklı ergenlerin ise, %20.2'sinin sekiz yıl, %34.3'ünün dokuz yıl, %23.5'inin on yıl ve %22.1'inin on bir yıllık öğrenim sürecinde olduklarını saptamışlardır.

Tablo 3'deki durum, Özbay ve diğerlerinin çalışmalarındaki bulguda olduğu gibi 11 yıllık eğitim sürecinde olanların oranın %30'un üzerinde olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğunluğunun daha çok “kendi hastalıkları” nedeniyle ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitimini tamamlamış olması beklenen bir durumdur.

Tablo 4’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin yerleşim yerleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğunluğunun “büyükşehirde” yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yerleşim Yerleri

Yerleşim yeri	SAYI	%
Köy	4	3.6
Kasaba	3	2.7
İl	5	4.5
Büyükşehir	98	89.1
Toplam	110	100

Ankete katılanların %89.1’i “büyükşehir’de”, %4.5’i “ilde”, %3.6’sı “köyde” ve %2.7’si ise “kasabada” yaşamlarını geçirmiştir. Bu durum, çalışmanın Ankara’da yer alan iki ayrı hastanede yapılması nedeniyle bu hastanelere psikiyatrik yardım almak için başvuran ergenlerin çoğunluğunun Ankara’da yaşıyor olmasından kaynaklanmaktadır. 2000 yılı itibariyle şehirleşme oranı Türkiye’de %64.9’dur, kırsaldaki genel nüfus artış hızına bakıldığında kırdan kente göçün devam ettiği görülmektedir (DPT 2003:55).

Araştırma grubunu oluşturan psikiyatrik yardım alan ergenlerin Ankara'da yaşadıkları süreye ait dağılım Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ankara'da Yaşadıkları Yıl

Ankara'da Yaşadıkları Yıl	SAYI	%
Bir yıldan az	4	4.1
2-5 yıl	3	3.1
6-10 yıl	9	9.2
11 yıldan fazla	82	83.7
Toplam	98	100

Ankete katılanların %83.7'si "11 yıldan fazla" süredir Ankara'da yaşamaktadır. %9.2'si "6-10 yıl", %3.12'i "2-5 yıl" ve %4.1'i "bir yıldan az" süredir Ankara'da yaşamaktadır. Bu sonuçlara göre ankete katılanlardan %10.9'luk kesiminin (12 kişinin) Ankara dışında yaşadığı görülmektedir. Ankara dışından yaşayan ergenler çalışmanın yapıldığı hastaneye taşradan ileri tetkik ve tedavi için sevkle gelen kişilerdir. DPT'nin (2003:59) verilerine göre Ankara, Ülkenin Başkenti ve İç Anadolu Bölgesi'nin hizmet ve ticaret merkezi konumundadır ve illerin ve Bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre İstanbul'u izleyerek ikinci sırada yer almaktadır. Bu nedenle birinci grupta yer alan iller arasındadır. DPT'ye göre (2003:60) birinci gruptaki iller, istihdam olanakları, gelir düzeyi, sosyal hayat standartları diğer bir ifadeyle refah düzeyi bakımından göreceli olarak diğer illere göre avantajlı olduklarından nitelikli iş gücü için çekim niteliği taşımaktadır. İstihdam yapısı ile ilgili olarak ekonomik faaliyetlerin sanayi ve hizmetler sektöründe yoğunlaşması ücretli çalışanlar oranının (%69) ve kadınların işgücüne katılım oranının (%17) diğer grup illere ve ülke geneline oranla (%44, %9) daha yüksek düzeye gelmesine neden olmaktadır. DPT'nin verilerinde belirtilen refah düzeyi kriterlerinden de anlaşılacağı gibi, bu çalışmada da Ankara'da yaşayan psikiyatrik yardım alan ergenler çoğunluktadır.

Araştırma grubunu oluşturan psikiyatrik yardım alan ergenlerin ailelerinin toplam aylık gelirine ait dağılım Tablo 6'da verilmiştir. Bu çalışmada ailelerin toplam aylık geliri için SSK'dan yararlanan aileler göz önüne alınarak, en düşük 300 milyon toplam aylık gelir sağladıkları düşünülmüştür. Çünkü çalışmanın başladığı 2003 yılında, 01.01.2003-31.12.2003 tarihleri arasında geçerli olan asgari ücret 1475 sayılı İş Kanunu'nun 33. maddesi gereğince 16 yaşından büyükler için aylık 306.000.000TL, 16 yaşından küçük olanlar için aylık 256.500.000TL olarak belirlenmiştir (dosya.hurriyetim.com.tr/vergi2003/8.asp. 18 Şubat 2005). Ancak 2005 yılında asgari ücret değişmiş ve 01.01.2005-31.12.2005 tarihleri arasında geçerli olacak asgari ücret tutarı 16 yaşından büyükler için aylık 488.70YTL, 16 yaşından küçükler için 415.80 YTL olarak belirlenmiştir (www.hurriyetim.com.tr/haber/0,~237@nuid~526062,00.asp. 18 Şubat 2005).

Tablo 6: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinin Toplam Aylık Geliri

Ailenin Aylık Geliri	SAYI	%
300.000.000TL-500.000.000TL arası	36	32.7
501.000.000TL-700.000.000TL arası	23	20.9
701.000.000TL-900.000.000TL arası	19	17.3
901.000.000TL-1.500.000.000TL arası	22	20.0
1.501.000.000TL ve üzeri	10	9.1
Toplam	110	100

Ankete katılanların ailelerinden %32.7'si "300.000.000TL-500.000.000TL arası" toplam aylık gelire sahiptir. Bu oranı, %20.9'u "501.000.000TL-700.000.000TL arası", %20'si "901.000.000TL-1.500.000.000TL arası", %17,3'ü "701.000.000TL-900.000.000TL arası" ve %9.1'i "1.501.000.000TL ve üzeri" toplam aylık gelire sahip aileler izlemektedir. Bu sonuçlara göre, ankete katılanların çoğunluğu asgari ücret ve asgari ücret üstü düzeyinde gelire sahiptir.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (DİE'nin) Kasım 2004'te, 18 yaş üzeri 6 bin 714 kişiyle yüz yüze yaptığı görüşmelerle elde ettiği yaşam memnuniyeti araştırmasında; hane halkı gelirin ihtiyaçları karşılamakta yetersiz kaldığı, ailelerin yüzde 30.6'sının aylık geliri ile ihtiyaçlarını karşılamasının zor olduğu, yüzde 19.8'inin çok zor olduğu bulunmuştur. Yine aynı araştırma sonucunda araştırmaya katılanların yüzde 9.6'sı ise elde ettikleri gelir ile gereksinimlerin karşılanmasının kolay, yüzde 1.8'i ise çok kolay karşılayabildikleri ifade edilmektedir. Kentlerde gelirleri ile ailenin ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirtenlerin oranı 16.3 iken kırsal kesimde yüzde 26.4 olarak gerçekleştiği görülmektedir. 319 milyon liranın altındaki gelir grubunda olan hanelerin yüzde 46.1'i hane halkı gelirleri ile ihtiyaçlarını zor karşıladığını belirtirken, 1 milyar 167 milyon ve üzeri gelir grubundaki hanelerin yüzde 11.9'u gelirlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya kolaylıkla yettiğini vurguladıkları bildirilmektedir (Hürriyet Gazetesi 10.02.2005; DİE 2004).

DİE'nin verileri ile bu çalışmadaki veriler, ailelerin aylık geliri bakımından ailelerin ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaşadığı kesim olan asgari ücretli aileler oranının diğerlerine göre daha yüksek çıktığını göstermektedir. Bununla birlikte DİE verileri ile bu çalışmanın bulgularının birbirine yakın çıkması dikkat çekicidir. Bunda da bu çalışmada yer alan aileler ile ülkemizdeki ailelerin ekonomik (ekonomik kriz, işsizlik, anne-babanın mesleği vb. nedenlerle) sorunlarının ortak olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 7 ve Tablo 8’de ankete katılanların annelerinin sağ olup olmaması ve üvey annelerinin olup olmaması durumuna ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 7: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Sağ Olup Olmaması Durumu

Annenin Sağ Olup Olmaması	SAYI	%
Evet	108	98.2
Hayır	2	1.8
Toplam	110	100

Tablo 7’deki verilere göre, ankete katılanların hemen hemen çoğunun (%98.2’nin) annesinin sağ olduğu görülmektedir. Yalnızca %1,8’lik kesimin (2 kişinin) annesinin yaşamadığı görülmektedir. Bu iki kişiden sadece birisinin üvey annesinin olduğu Tablo 8’de yer almaktadır. Diğer kişinin annesi ölmesine rağmen üvey annesi yoktur. Yalnızca üç kişinin (%60) annesi sağ olmasına rağmen üvey annesi vardır. Bu durum Tablo 11’de de görüleceği üzere, psikiyatrik yardım alan ergenlerin %16.2’lik oranla anne-babalarının birlikte yaşamadığı ile açıklanabilir.

Tablo 8: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Üvey Annelerinin Olup Olmaması Durumu

Üvey Annenin Olup Olmaması	SAYI	%
Annem öldü üvey annem yok	1	20
Annem öldü üvey annem var	1	20
Annem sağ üvey annem var	3	60
Toplam	5	100

Tablo 8’de, ankete katılanlardan üç kişinin “annesi sağ iken üvey annesinin” olduğu, bir kişinin annesinin ölü ve üvey annesinin olduğu ve diğerinin ise annesinin ölü ancak üvey annesinin olmadığı bulunmuştur. Tablodaki durum,

ankete katılanlar açısından yüksek oranda gibi görünmekle birlikte ankete katılanların toplam sayısının 110 olduğu göz önüne alınırsa, sadece dört kişinin üvey annesi vardır. Bundan da psikiyatrik yardım alan ergenlerin anne-babalarının birlikte yaşadığı anlaşılmaktadır (Bkz. Tablo 11).

Tablo 9 ve Tablo 10'da ankete katılanların babalarının sağ olup olmaması ve üvey babalarının olup olmaması durumuna ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 9: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Sağ Olup Olmaması Durumu

Babasının Sağ Olup Olmaması	SAYI	%
Evet	104	94.5
Hayır	6	5.5
Toplam	110	100

Elde edilen verilere göre, ankete katılanların hemen hepsinin (%94.5'inin) babasının sağ olduğu görülmektedir. Babası yaşamayan %5.5'lik kesimin (altı kişinin) sadece birisinin (%16.7) üvey babası vardır (Tablo 10). Tablo 10'da görüldüğü üzere, babası sağ olup da üvey babası olan sadece bir kişi (%16.7) bulunmuştur. Bu durum Tablo 11'deki sonuçla da açıklanabilir: Psikiyatrik yardım alan ergenlerin anne-babaları sağ olmalarına rağmen %16.2'lik kesimi birlikte yaşamamaktadır.

Tablo 10: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Üvey Babalarının Olup Olması Durumu

Üvey Babanın Olup Olmaması	SAYI	%
Babam öldü üvey babam yok	4	66.7
Babam öldü üvey babam var	1	16.7
Babam sağ üvey babam var	1	16.7
Toplam	6	100

Tablo 10'da, ankete katılanlardan dört kişinin, babasının ölü olduğu halde üvey babasının olmadığı, bir kişinin babası sağ iken üvey babasının olduğu ve diğer bir kişinin de babası ölü iken üvey babasının olduğu bulunmuştur. Tablodaki durum, ankete katılanlar açısından yüksek oranda gibi görünmekle birlikte ankete katılanların toplam sayısının 110 olduğu göz önüne alınırsa, sadece iki kişinin üvey babası vardır.

Psikiyatrik yardım alan ergenlerin anne-babalarının birlikte yaşayıp yaşamadıkları değerlendirildiğinde (Tablo 11), ankete katılanların anne-babalarının büyük çoğunluğunun (%83.8) birlikte yaşadıkları görülmektedir.

Tablo 11: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Anne-Babalarının Birlikte Yaşıyor Olması Durumu

Anne-Babanın Birlikte Yaşıyor Olması	SAYI	%
Evet	88	83.8
Hayır	17	16.2
Toplam	105	100

Tablo 11'deki durum, psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğunluğunun anne-babalarının aile bütünlüğünü koruduğunu göstermektedir. Ancak boşanma ve ölüm gibi nedenlerle aile bütünlüğü bozulanların oranı da azımsanmayacak düzeydedir.

Kaya (2003) çalışmasında, DİE verilerini kullanarak yaptığı yorumunda; 1935'de 21 bin civarında olan evlenme sayısının 1955'de 63.4 bin, 1975'de 138 bin ve 2000'de 459.9 bine çıktığını, 2000 yılında kaba evlenme hızının %0.82 olduğunu belirtmiştir. 1935'de 2.4 bin, 1955'de 10.5 bin, 1975'de 12.9 bin ve 2000'de 25.7 bin boşanma gerçekleştiğini ve boşanma oranlarının sırasıyla 1935'de %0.15, 1955'de %0.44, 1975'de %0.32 ve 2000'de %0.46 olduğunu belirterek, Türkiye'de boşanma oranının hızla arttığını vurgulamıştır (Akt.: www.isguc.org/news_view.php?excall=16).

Tablo 12’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin evde sürekli oturdukları aile bireyleri incelenmiştir. Aile bireyleri istatistiksel çözümleme açısından hanede yaşayan aile üyeleri göz önüne alınarak, araştırmacı tarafından araştırmaya katılanların cevaplarına göre üç grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar; çekirdek aile (bütünlüğünü koruyan anne-baba ve çocuk/çocuklardan oluşan), geniş aile (bütünlüğünü koruyan anne-baba, çocuk/çocuklar ve aile büyüklerinden oluşan) ve parçalanmış (sadece anne-çocuk/çocuklar, sadece baba-çocuk/çocuklardan oluşan) ailelerdir.

Tablo 12: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Aile Yapıları

Aile Yapıları	SAYI	%
Çekirdek aile	76	69.1
Geniş aile	17	15.5
Parçalanmış aile	17	15.5
Toplam	110	100

Ankete katılanların evde sürekli oturdukları aile bireylerine bakıldığında ise (Tablo 12) ergenlerin yarısından fazlasının (%69.1) anne-baba ve kardeşleri ile yani çekirdek aile içinde yaşadıkları görülmektedir. Diğerlerinin ise %15.5’nin geniş aile ve %15.5’nin ise parçalanmış aile içinde yaşadıkları tespit edilmiştir. Örneklemimizde iki gencin annesi ve altı gencin de babası ölmüştür (Tablo 7 ve Tablo 9). Bunun yanında örneklemde üvey annesi olan dört genç ve üvey babası olan iki genç bulunmaktadır (Tablo 10 ve Tablo 11). Bu da parçalanmış aile oranını etkilemiştir.

Bu araştırmada elde edilen bulguyu, literatürde yer alan bulgular da desteklemektedir: Banaz (1992:46), Elbir (2000:63), Elmacı (2001:53), Çakır (1993:72) ve Bayram’ın (1999:151) sağlıklı lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda anne-baba ve çocuklardan oluşan ailelerin, diğer aile gruplarına göre çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ozankaya (1994:368) Türkiye’de aile biçimlerini, ailelerin işgüç biçimi ve yaşadığı doğal-toplumsal çevrenin

özelliklerine göre üç grupta ele almıştır: *Köy, kasaba ve kent aileleri*. Bunlardan kent ailelerinin özelliklerine bakacak olursak, bu ailelerin *çekirdek aile* yapısında yani ana, baba ve evlenmemiş çocuklardan kurulu aileler olduğunu görmekteyiz. Hanehalkının küçüklüğü, çocuklara daha iyi bakılmasını sağlamaktadır.

Araştırmada elde edilen verilerin sonucunda, ülkemiz açısından özellikle kentlerde ailenin çekirdek aile yapısında olduğu, ancak geleneksel aile yapısındaki üyelerle de gerektiğinde iletişimlerinin devam ettiği söylenebilir.

Tablo 13'te psikiyatrik yardım alan ergenlerin kardeşinin olup olmaması incelenmiştir.

Tablo 13: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeşinin Olup Olması

Kardeşin Olup Olmaması	SAYI	%
Evet	103	93.6
Hayır	7	6.4
Toplam	110	100

Ergenlerin kardeşe sahip olup olmadıklarına bakıldığında ise (Tablo 13) hemen hepsinin (%93.6'sının) kardeşe sahip oldukları, sadece yedi kişinin (%6,4'ünün) kardeşi olmadığı görülmektedir. Bu bulgunun ülkemizdeki ailelerin sahip oldukları çocuk sayısı ortalamaları ile paralellik gösterdiği söylenebilir (Bkz. Tablo 14).

Tablo 14'de psikiyatrik yardım alan ergenlerin kardeş sayısına yer verilmektedir.

Tablo 14: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeş Sayısı

Kardeş Sayısı	SAYI	%
Kardeşim yok	7	6.4
Bir	11	10.0
İki	40	36.4
Üç	30	27.3
Dört ve daha fazlası	22	20.0
Toplam	110	100

Tablo 14'te, elde edilen verilere göre hiç kardeşi olmayan ve bir kardeşi olanlar, iki ya da daha fazla kardeşe sahip olanlara göre daha azınlıktadır. Bu durum anne- babanın eğitim düzeyi ile açıklanabilir (Tablo 15 ve Tablo 16): Annelerin %14,5'i, babaların ise %18,2'si "yüksekokul veya fakülte mezunu" dur. Özbesler (2001:69) de araştırmasında iki ve daha fazla çocuğa sahip olan ailelerin çoğunlukta ($\bar{x}$: 2,17) olduğunu bulmuştur. Türkiye'de yıllık ortalama nüfus artış hızı %1.83, doğurganlık hızı itibariyle Türkiye ortalaması 2.53 adet çocuk ve ortalama hanehalkı büyüklüğü açısından ise ortalama 4.5 kişidir (DPT 2003:55). Tablo 14'deki sonucun, ülkemizdeki ailelerin sahip oldukları çocuk sayısı ortalamaları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Tablo 15’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin annelerinin öğrenim düzeyi yer almaktadır.

Tablo 15: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Öğrenim Düzeyi

Annenin Öğrenim Düzeyi	SAYI	%
İlkokul mezunu	60	54.5
Ortaokul ve dengi mezunu	13	11.5
Lise ve dengi mezunu	21	19.1
Yüksekokul veya fakülte mezunu	16	14.5
Toplam	110	100

Ankete katılanların anneleri %54.5’lik bir oranla “ilkokul mezunu”dur. Bu oranı, %19.1’lik oranla “lise ve dengi mezunu”, %14.1 ile “yüksekokul veya fakülte mezunu” ve %11.5 ile de “ortaokul ve dengi mezunu” takip etmektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere psikiyatrik yardım alan ergenlerin annelerinin yarısından fazlasının öğrenim düzeyinin düşük, yani ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. DPT’nin (2003:59-60) raporuna göre, okur yazar kadın nüfus oranı Türkiye için %80.62’dir, yani kadınların yaklaşık %20’si (beşte biri) okur-yazar değildir. Yine aynı rapora göre üniversite veya yüksekokul bitirenlerin oranı Ankara gibi birinci grup illerde %12, ülke ortalaması ise yüzde sekizdir.

Bu durum ülkemiz gerçeği olan kadınların çalışma hayatında daha az yer almaları ve annelerin her günlük iş veya uğraşları (Tablo 17) ile de doğru orantılı olarak açıklanabilir. Araştırmaya katılanların annelerinin büyük çoğunluğu (%64.5) çalışmamaktadır. UNICEF’in (2004:7-8) raporunda, kız çocuklarını eğitmenin yararlarının kuşaktan kuşağa uzanmakta olduğu, eğitilmiş kadınların daha küçük ailelere ve sağlıklı çocuklara sahip olduğu belirtilmektedir. Yine UNICEF’in aynı raporuna göre, bu çocukların kendileri de, eğitimsiz kadınların çocuklarına göre eğitim şansına daha fazla sahiptirler. Çocuk ölümlerinin azalması, zamanla davranışsal değişim getirmekte, doğurganlık azalmaktadır.

Hanehalkının küçüklüğü, çocuklara daha iyi bakılmasını sağlamakta, doğurganlıktaki azalma ise okul çağındaki çocuk nüfusu azaltmaktadır.

Tablo 16'da psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının öğrenim düzeyi ele alınmaktadır.

Tablo 16: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Öğrenim Düzeyi

Babanın Öğrenim Düzeyi	SAYI	%
İlkokul mezunu	37	33.6
Ortaokul ve dengi mezunu	23	20.9
Lise ve dengi mezunu	30	27.3
Yüksekokul veya fakülte mezunu	20	18.2
Toplam	110	100

Ankete katılanların babalarının %33.6'sı "ilkokul mezunu", %27.3'ü "lise ve dengi mezunu", %20.9'u "ortaokul ve dengi mezunu" ve %18.2'si ise "yüksekokul veya fakülte mezunu"dur. Tabloda görüldüğü üzere psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının eğitim durumu birbirine yakın oranlarda çıkmıştır. Bu durum babaların çalışma hayatında yer almaları ve her günlük iş veya uğraşları (Tablo 19) ile de benzer orandadır.

DİE'nin 2000 yılı verilerine göre, Türkiye'de altı ve daha yukarı yaş nüfusun %87.3'ü okuryazardır. Bir başka deyişle Türkiye'de nüfusun 1/10'undan fazlası okuryazar değildir (%12.7). Okur-yazar erkek nüfus oranı (%93.6) kadın nüfus oranına (%80.6) göre oldukça yüksektir (DPT 2003:60). Yine aynı rapora göre üniversite veya yüksekokul bitirenlerin oranı Ankara gibi birinci grup illerde %12, ülke ortalaması ise yüzde sekizdir.

Tablo 17'de psikiyatrik yardım alan ergenlerin annelerinin çalışıp çalışmaması durumuna ait sayı ve yüzdeler yer almaktadır. Verilerin elde edilmesi için hazırlanan anket formunda; annelerinin şu sıradaki her günlük işi ve uğraşını ölçmek için "memur", "işçi", "esnaf-tüccar", "kendi hesabına çalışan diğer

serbest meslekler”, “emekli” ve “çalışmıyor” seçenekleri oluşturulmuş ancak ergenler tarafından verilerin istatistiksel çözümlemesinde kullanılacak seçenekler yeteri sayıda işaretlenmediğinden dolayı, verilerin çözümlemesi aşamasında seçenekler “çalışan” ve “çalışmayan” şeklinde oluşturulmuştur.

Tablo 17: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Çalışıp Çalışmaması Durumu

Annenin Çalışıp Çalışmaması Durumu	SAYI	%
Çalışan	27	25.5
Çalışmayan	79	74.5
Toplam	106	100

Ankete katılanların anneleri %74.5’lik oranla dörtte üçü “çalışmamakta”, %25.5’i ise “çalışmakta”dır. Bundan da annelerin sadece dörtte birinin çalıştığı anlaşılmaktadır. Annelerin bu durumu, eğitim durumlarının düşük olması ile açıklanabilir. Daha önce de belirtildiği üzere, DPT’nin İllerin ve Bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırmasında, kadınların işgücüne katılım oranı ülke genelinde %9, Ankara gibi gelişmişlik açısından birinci grupta yer alan illerde %17 olarak bulunmuştur (DPT 2003:60). Söz konusu tablo’daki bulgular, çalışan kadın oranının DPT’nin oranlarına göre biraz daha yüksek oluşu ile dikkat çekicidir. Diğer bir ifadeyle bu çalışmada, aktif olarak çalışma hayatında yer alan kadınların oranı (%25.5) DPT’nin bulgularındaki orandan daha yüksek çıkmıştır. Bu Ankara’nın Başkent olması nedeniyle merkez bürokrasiye yakınlığıyla da ilişkili olabilir. Merkezi yönetimin pek çok kuruluş ve kurumunun Ankara’da olması, bu oranları etkilemiş olabilir. Örneğin üç büyük devlet üniversitesi ve dört özel üniversite Ankara’dadır.

Tablo 18’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının şu sıradaki her günlük işi veya uğraşına ait veriler yer almaktadır. Tablo’da yer alan “diğer” seçeneğinde babası vefat eden ergenlere ait veriler ve “diğer serbest meslekler” seçeneğinde ise “kendi hesabına çalışan meslek” mensupları ele alınmıştır.

Tablo 18: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Şu Sıradaki Her Günkü İşi veya Uğraşı

Babanın İşi veya Uğraşı	SAYI	%
Memur	24	22.9
İşçi	29	27.6
Esnaf-tüccar	7	6.7
Diğer serbest meslekler	21	20.0
Emekli	16	15.2
Çalışmıyor	6	5.7
Diğer	2	1.9
Toplam	105	100

Ankete katılanların babalarından %27.6'sı "işçi", %22.9'u "memur", %20'si "diğer serbest meslekler", %15.2'si "emekli", %6.7'si "esnaf-tüccar" ve %5.7'si ise çalışmamaktadır. Daha önce de belirtildiği üzere, Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT'nin) İllerin ve Bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırmasında, ücretle çalışanlar oranı ülke genelinde %44, Ankara gibi gelişmişlik açısından birinci grupta yer alan illerde %69 olarak bulunmuştur (DPT 2003:60). Bu durum, babaların eğitim durumunun annelere göre yüksek olması, Türk Aile Yapısının ataerkil bir yapıya sahip olması ve Türk Aile Yapısı Araştırması'nda (1992:138) da belirtildiği gibi babanın birinci sıradaki aile içi görevi olan aile geçimini sağlamak durumunda olması ile açıklanabilir.

Tablo 19'da psikiyatrik yardım alan ergenlerin annelerinin alkol kullanıp kullanmama durumuna ait bilgiler gösterilmiştir. Verilerin elde edilmesi için hazırlanan anket formunda; annelerinin alkol kullanma derecelerini ölçmek için "hiç kullanmamakta, ara sıra kullanmakta ve sık kullanmakta seçenekleri" oluşturulmuş fakat ergenlerin hiç birisi "sık kullanmakta" seçeneğini işaretlemediği için verilerin çözümlenmesi aşamasında seçenekler "hiç kullanmamakta ve ara sıra kullanmakta" şeklinde oluşturulmuştur.

Tablo 19: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Alkol Kullanıp Kullanmama Durumu

Annelerin Alkol Kullanıp Kullanmaması	SAYI	%
Hiç kullanmamakta	97	90.7
Ara sıra kullanmakta	10	9.3
Toplam	107	100

Ankete katılanların annelerinin neredeyse tamamına yakınının (%90.7) alkol kullanmadığı, %9.3'lük oranda ise annelerin "ara sıra alkol kullandığı" görülmektedir. Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarında alkol bağımlılığı tedavisi için başvuran kadınların erkeklere oranla oldukça düşük oranda olduğu bilinmektedir. Saatçioğlu ve diğerleri (2003:109) Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi'nde (AMATEM'de) 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören ve AMATEM bilgi bankasından elde edinilen toplam 6526 hastayı geriye doğru incelenmişler ve bu inceleme sonucunda cinsiyet açısından kadınların %4.2-4.9 oranında, erkeklerin %95.1-95.8 oranında alkol kullandıklarını bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada Saatçioğlu ve diğerleri (2003:109), öğrenim düzeyi ile alkol kullanım sıklık oranının değişmediğini ancak işsizlik ile alkol kullanım oranının arttığını ve alkol-madde kullanımının en çok 21-30 yaş arasında olduğunu ifade etmektedirler. Amerika Birleşik Devletlerinde Kessler ve diğerlerinin (Akt.: Davison ve Neale 1998:306) 1994 yılında epidemiyolojik olarak yaptıkları çalışmada, DSM ölçütlerine göre tanımlanan alkol bağımlılığının yaygınlık oranı, erkekler için %20'den, kadınlar için ise yüzde sekizden daha fazla bulunmuştur.

Tablo 19'daki veriler de Saatçioğlu ve diğerlerinin çalışmalarına benzer şekilde çıkmıştır. Bu durum, kadınların Türk Toplumunda alkol kullanmasının hoş görülen bir durum olmadığı için daha az alkol kullanmaya yöneldikleri şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 20’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının alkol kullanıp kullanmama derecesine ait bulgular gösterilmektedir.

Tablo 20: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Alkol Kullanıp Kullanmama Derecesi

Babanın Alkol Kullanıp Kullanmaması	SAYI	YÜZDE
Hiç kullanmamakta	62	59
Ara sıra kullanmakta	32	30.5
Sık kullanmakta	11	10.5
Toplam	105	100

Elde edilen verilere göre; ankete katılanların babalarının yarısından fazlasının alkol kullanmadığı (%59) ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte ara sıra alkol kullananlar %30.5 ve sık alkol kullananlar ise %10.5’lik bir orana sahiptirler. Daha önce de bahsedildiği üzere, Saatçioğlu ve diğerlerinin (2003:115) yaptığı çalışmada erkek hastaların alkol bağımlılığı nedeniyle AMATEM’e başvurma oranları (%95.1-95.8) en yüksek 2002 yılı için bulunmuş ve aynı yıl için işsizlik oranının (%36.9) artışı ile alkol-madde kullanımının arttığı tespit edilmiştir. Tablo 21’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının alkol kullanımı Saatçioğlu ve diğerlerinin beş yıllık geriye dönük çalışmalarından elde ettikleri bulgulardan daha düşük çıkmıştır. Bu durum, psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının çoğunluğunun bir iş sahibi olmaları (Bkz. Tablo 18) ile alkol kullanım oranlarının düştüğü şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 21’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin ailelerinde sert tartışma veya kavganın olup olmaması derecesine yönelik veriler yer almaktadır.

Tablo 21: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Sert Tartışma ve Kavganın Olup Olmama Derecesi

Ailede sert tartışma ve kavganın olma derecesi	SAYI	%
Hiç olmamakta	19	17.3
Bazen olmakta	62	56.4
Sık sık olmakta	21	19.1
Her zaman olmakta / her gün olmakta	8	7.3
Toplam	110	100

Ankete katılanların ailelerinde sert tartışma ve kavga; %56.4’lük oranla “bazen olmakta”, %19.1’lik oranda ise “sık sık olmakta”, %17.3’lük oranda ise “hiç olmamakta” ve %7.3’lük oranda ise “her zaman/her gün olmakta”dır.

Tablo 21’deki bulgulara benzer olarak, Elbir’in (2000:89) toplam 704 kişilik sağlıklı lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada da, ailelerinde sert tartışma ve kavga yaşanıp yaşanmaması değişkenine göre ailelerinde “seyrek” sert tartışma ve kavga yaşanan ergenlerin oranı (%55.6), “hiç” sert tartışma ve kavga yaşamayan ergenlerin oranı (%37.6) ve “sık” sert tartışma ve kavga yaşayan ergenlerin oranına (%6.6) göre daha yüksek çıkmıştır.

Yavuzer’e göre (1994a:306-310), ergenlerin davranışlarına rehberlik edecek değerleri kazanması ve sosyal yönden sorumluluklarını öğrenmesi konusunda yardıma gereksinimi vardır. Bu gereksinimi karşılayan ve ergenin yaşamında etkili olan toplumsal kurum ailedir. Aile ortamının havası yani anne-baba ve çocuk arasındaki belli başlı ilişkiler, güçlünün tutumuyla gücün (otoritenin) türü ve bunların ergen üzerindeki etkisiyle ergenin bunu algılayışı kişilik gelişimi açısından önemlidir. Anne-babasında duygusal sorunları bulunan kişilerin olması, anne-babanın evlilik ilişkilerinde başarılı olamamaları, ergenin sürekli

kavga ve çekişmeye tanık olması şeklindeki kötü ev koşullarının, ergeni karmaşaya, iç çatışmaya veya suçlu davranışa itebilmektedir. Tablo'daki durumdan ailelerinde hiç kavga olmadığını bildiren %7.3'lük kesimin dışındaki ergenlerin hemen hemen büyük çoğunluğunun risk altında olduğu söylenebilir.

Tablo 22'de psikiyatrik yardım alan ergenlerin kendilerini yalnız hissetme dereceleri ile ilgili veriler yer almaktadır.

Tablo 22: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kendilerini Yalnız Hissetme Dereceleri

Ergenlerin kendilerini yalnız hissetme dereceleri	SAYI	%
Hiç hissetmiyorum	15	13.6
Bazen hissediyorum	43	39.1
Sık sık hissediyorum	29	26.4
Her zaman hissediyorum	23	20.9
Toplam	110	100

Ankete katılanların %39.1'i kendini bazen yalnız hissetmekte, %26.4'ü kendini sık sık yalnız hissetmekte, %20.9'u kendini her zaman yalnız hissetmektedir. Kendini hiç yalnız hissetmeyenler ise %13.6'lık bir orana sahiptir. Bu oran diğer oranlarla karşılaştırıldığında oldukça düşüktür.

Elbir'in (2000:90) toplam 704 kişilik sağlıklı lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada da, ergenlerin kendilerini yalnız hissetme derecelerinin sıklığı "hissetmiyorum", "kısmen hissediyorum" ve "oldukça hissediyorum" şeklinde sıralanmıştır ve bunlardan kendini yalnız hissetmeyenlerin oranı (%48), kısmen yalnız hissedenlere (%36.2) ve kendini oldukça yalnız hissedenlerin oranına göre daha yüksek bulunmuştur. Tablo 22'deki bulgular, Elbir'in bulgularından farklı çıkmıştır. Bu çalışmada, kendini yalnız hissetmeyenlerin oranı %13.6 iken Elbir'in çalışmasında %48'dir. Bu durum, çalışmanın uygulandığı ergen grubunun psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmaları ile açıklanabilir (Tablo 29).

Tablo 23'de psikiyatrik yardım alan ergenlerin karşı cinsten yakın arkadaşlarının olup olmaması durumuna ait bilgiler ele alınmıştır.

Tablo 23: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Karşı Cinsten Yakın Arkadaşlarının Olup Olmaması Durumu

Karşı cinsten yakın arkadaşın olup olmaması	SAYI	%
Evet	63	57.3
Hayır	47	42.7
Toplam	110	100

Ankete katılanların %57.3'ünün karşı cinsten yakın bir arkadaşı bulunmakta ve %42.7'sinin ise bulunmamaktadır. Tablodan da görüleceği gibi oranlar birbirine oldukça yakın olarak çıkmıştır.

Tablo 23'deki bulgulara yakın olarak, Elbir'in (2000:91) toplam 704 kişilik sağlıklı lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada da, ergenlerin karşı cinsten yakın arkadaşlarının olup olmaması değişkenine göre, karşı cinsten yakın arkadaşı olanların oranı (%64.3), karşı cinsten yakın arkadaşı olmayanların oranından (%35.6) iki kat daha fazla bulunmuştur.

Bu çalışmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin karşı cinsten arkadaşı olanların oranı (%57.3) ile Elbir'in çalışmasında da sağlıklı lise öğrencilerinin karşı cinsten arkadaşı olanların oranının (%64.3) birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ancak karşı cinsten yakın arkadaşı olmayan psikiyatrik yardım alan ergenlerin oranının (%42.7), Elbir'in çalışmasındaki sağlıklı ergenlerin karşı cinsten arkadaşı olmayanların oranına (%35.6) göre daha yüksek çıktığı görülmektedir. Bu da araştırmacı tarafından beklenen bir durumdur.

Tablo 24’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin okula devam edip etmemeleri ile ilgili bilgiler gösterilmektedir.

Tablo 24: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okula Devam Edip Etmemeleri

Okula devan edip etmemeleri	SAYI	%
Evet	67	60.9
Hayır	43	39.1
Toplam	110	100

Ankete katılanların yarısından fazlası (%60.9) okula devam etmektedir. Ancak %39.1’lik kesim ise okula devam etmeyenler olarak azımsanmayacak orandadır. DİE 1999 verilerine göre, Türkiye’de çalışan çocuklarla ilgili yapılan çalışmada eğitim çağında olup da okula gitmeyen 130 milyon (%21), okula giden 495 milyon (%79) çocuğun olduğu bildirilmektedir. Yine aynı araştırmaya göre de çalışan çocukların ve yoksul çocukların okulu terk edişlerinde en önemli etkenlerden birinin okulda öğretmenleri ve arkadaşları tarafından hor görülmesi olduğu belirtilmiştir. Yine aynı araştırma da, çocukların okulu eğlenceli bulmadıkları için gitmek istemedikleri vurgulanmıştır.

Tablo 24’deki bulguların DİE’nin bulgularına yakın olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle okula devam etmeyen psikiyatrik yardım alan ergenler, Türkiye genelinde okula gitmeyen çocukların oranından biraz daha yüksek çıkmıştır.

Bunların dışında, araştırmacının pratik uygulamalarından elde ettiği bir bilgiye göre ise, psikiyatrik yardım alan ergenlerin (örneğin davranım bozukluğu, hafif derece mental retardasyon, şizofreni vb. bozukluğu olanların) okulda sorunlu öğrenci olarak görülmesi de okuldan ayrılmasına ve okuldan memnun olmamalarına neden olan diğer bir sorun alanı olarak da ele alınabilir.

Eğitim ve öğretimin çocukluk döneminde doğar doğmaz aile içinde başladığını daha sonraki dönemlerde de okul içinde ve dışında yapılan eğitim ve öğretimle

yaşam boyu sürdüğünü bilmekteyiz. Yavuzer'e göre (1994a:153) eğitim ve öğretimin amacı aynı zamanda ruh sağlığının da amacıdır. Köknel (1981) çağdaş eğitimin bireyin ruhsal ve toplumsal bakımdan gelişmesini, kendisinin ve toplumun yararına beceriler kazanmasını ve böylece toplumda doyurucu yaşam sürecektir kişiler haline gelmelerini amaçladığını belirtmektedir. Okul aileden sonra sosyalleşmeyi sağlayan ilk temel toplumsal kurumdur (Akt.: Yavuzer 1994a:153).

Tablo'daki durum, ergenlerin önemli bir kısmının okul yaşamının sona ermesi ile birlikte bireysel ve toplumsal olarak gelişmelerinin yarım kaldığı ve ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilenmeye devam ettiğinin göstergesi olarak yorumlanabilir.

Tablo 25'de okula devam eden ve psikiyatrik yardım alan ergenlerin okuldan memnuniyet derecelerine ait veriler yer almaktadır.

Tablo 25: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okuldan Memnuniyet Dereceleri

Okuldan memnuniyet dereceleri	SAYI	%
Çok memnunum	22	32.8
Kısmen memnunum	34	50.7
Hiç memnun değilim	11	16.4
Toplam	67	100

Okula devam edenlerin %50.7'si okuldan "kısmen memnun", %32.8'i "çok memnun" ve %16.4'ü ise "hiç memnun değil"dir.

DİE'nin Kasım 2004'te yaptığı yaşam memnuniyeti araştırmasında 18 yaşından küçük, eğitime devam eden çocukları olan hanelerde hanehalkı reislerinin görüşleri alınmıştır ve bunun sunucunda; okul öncesi, ilköğretim, lise ve dengi okul hizmetlerinin ortalama sorun olarak görülme oranı %28.2'dir. Bu orana göre, en çok sorun olarak görülen hizmet, ortalama sorun oranının 24.2 puan

üzerinde olan eğitim araçlarının niteliği ve sayısıdır ve yine bu ortalamaya göre en az sorun olarak görülen hizmet, ortalama sorun oranının 9.3 puan altında kalan okul idaresinin genel yaklaşımı şeklinde bulunduğu ifade edilmektedir (DİE 2004:11-12). Yine aynı araştırmanın bulgularına göre 2004 yılında ÖSS, LGS vb. giriş sınavlarına hazırlık ya da derslere takviye amacıyla çocuğunu kursa gönderenlerin %53.3'ü standart eğitim programını yetersiz bulduğu için çocuğunu kursa gönderdiği ifade edilmektedir.

Tablo 25'de psikiyatrik yardım alan ergenlerin sadece %22'sinin okuldan memnun olması, diğerlerinin ise ya kısmen ya da hiç memnun olmaması DİE'nin yaptığı araştırma bulgularında yer alan aile reislerinin görüşleri doğrultusunda ifade edilen ortalama sorun alanları (eğitim araçlarının niteliği/sayısı, eğitim masrafları, okuldaki eğitimin kalitesi, okul idaresinin yaklaşımı, okul kayıt işlemleri, okulların ısınma vb. koşulları, öğretmenlerin öğrencilere yaklaşımı, okula ulaşım) ile açıklanabilir. Ayrıca araştırmacının pratik uygulamalarından elde ettiği bir bilgiye göre ise, psikiyatrik yardım alan ergenlerin (örneğin davranım bozukluğu, hafif derece mental retardasyon, şizofreni vb. bozukluğu olanların) okulda sorunlu öğrenci olarak görülmeleri de okuldan ayrılmalara ve okuldan memnun olmamalarına neden olabilmektedir. Okullarda okul sosyal hizmeti ile rehberlik ve danışma hizmetlerindeki yetersizlikler, bu grup çocuğun eğitim sisteminden ayrılmasına neden olmuş olabilir (Duman 2001:99). Tablo 26'da ise okula devam eden ve psikiyatrik yardım alan ergenlerin öğretmenlerinden memnuniyet derecelerine ait bilgiler gösterilmektedir.

Tablo 26: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğretmenlerinden Memnuniyet Dereceleri

Öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri	SAYI	%
Çok memnunum	22	32.8
Kısmen memnunum	36	53.7
Hiç memnun değilim	9	13.4
Toplam	67	100

Tablo 26’da okula devam edenlerin %53.7’si öğretmenlerinden “kısmen memnun”, %32.8’i “çok memnun” ve %13.4’ü ise “hiç memnun değil”dir. Bu sonuçlar okuldan memnuniyet dereceleri (Bkz. Tablo 25) ile benzerdir. DİE’nin Kasım 2004’te yaşam memnuniyeti araştırmasında okul öncesi, ilköğretim, lise ve dengi okul eğitimindeki sorun alanlarından öğretmenlerin öğrencilere yaklaşımı, hane reislerine sorulmuştur. Kentte yaşayan hane reislerinin %12.3’ü, kırdaki yaşayan hane reislerinin ise %8.4’ü öğretmenlerin öğrencilere yaklaşımında sorun olduğunu bildirmişlerdir (DİE 2004:11). Bu çalışmanın verilerine göre ise psikiyatrik yardım alan ergenlerin sadece %20’si öğretmenlerinden memnundur. Öğretmenlerinden kısmen ve hiç memnun olmayanların oranı daha yüksektir. Bu bulgu, DİE’nin hane reislerinin de belirttiği gibi öğretmenlerin öğrencilere yaklaşımında sorun olduğunu göstermektedir.

Tablo 27’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olup olmaması durumuna ait bilgiler yer almaktadır.

Tablo 27: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Başka Kimsenin Olup Olmaması Durumu

Ailede psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olup olmaması	SAYI	%
Evet	37	33.6
Hayır	73	66.4
Toplam	110	100

Ankete katılanların %66.4’ünün ailesinde psikiyatrik yardım alan başka kimse bulunmamakta, %33.6’sında ise psikiyatrik yardım alan kimse bulunmaktadır.

Tablo 27’deki durum, Tablo 28’deki bulgularla birlikte ele alındığında, araştırmacının beklentilerine uygun çıkmıştır. Bu da psikiyatrik yardım alan ergenlerin yaklaşık üçte birinin ailesinde psikiyatrik yardım alan kişi bulunması

nedeniyle hem kalıtsal psikiyatrik bozukluklar hem de içinde yaşadıkları aile ortamı açısından yüksek risk grubunda olan kişiler olarak değerlendirilmeleri gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 28’de psikiyatrik yardım alan ergenlerin ailelerinde psikiyatrik yardım alan kişilerin kimler olduğuna dair bilgiler yer almaktadır. Tabloda yer alan “diğer” seçeneği, “ikinci kuşak akrabalar” ve “aile büyüklerinden herhangi birisi” seçeneğinin birleştirilmesi ile oluşturulmuştur.

Tablo 28: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Kişiler

Ailede psikiyatrik yardım alan kişiler	SAYI	%
Sadece annem	13	35.1
Sadece babam	5	13.5
Kardeşim ya da kardeşlerim	10	27.0
Anne- babamın her ikisi de	5	13.5
Diğer	4	11,8
Toplam	37	100

Ailelerinde psikiyatrik yardım alan kişiler arasında en çok orana (%35.1) sahip olan kişi annelerdir. Anneleri, kardeş veya kardeşler (%27.0), sadece baba (%13.5), anne-babanın her ikisi (%13.5) ve diğer kişiler (%11.8) takip etmektedir. Tablo 28’deki durum, araştırmacının beklentilerine uygun çıkmıştır. Daha önce de belirtildiği üzere (Tablo 21) Yavuzer (1994a:306-310), aile ortamı havasının (anne-babanın duygusal sorunlarının bulunması, ergenin sürekli kavga ve çekişmeye tanık olması gibi kötü ev koşullarının) ergeni iç çatışmaya, karmaşaya ve suça itebileceğini vurgulamaktadır. Bugüne kadar yapılan bir çok araştırma sonucunda kötü ev koşullarında, alt ve orta sosyo-ekonomik düzeyde yaşayan kişilerin ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Bunun yanında ergenlerin anne-babasının model olamaması da ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyen başka bir faktördür. Bu gerçeklerden yola çıkılarak, bu

çalışmada psikiyatrik yardım alan ergenlerin psikiyatrik bir bozukluğa yakalanmış olmaları ve ailelerinde psikiyatrik bir bozukluğu olan başka bir kimsenin olması kaçınılmaz olarak görülebilir.

Annelerin daha fazla yardım alıyor olması düşündürücüdür. Küreselleşme sürecinde aile yapısındaki değişimler erkeğin iki veya üç işte çalışıyor olması, medya ve ev sorumluluklarıyla baş başa kalan kadını yalnızlığa itmiş olabilir. Toplumsal yaşamın, yasal düzeydeki gelişme ve iyileşmelerin, kadına döngüsü aile içinde sağlanamadığından, bu durum psikiyatrik yardım alma düzeyine gelmesine neden olabilmektedir. Belki de eski rol sisteminde kalamayan kadın belirti gösteriyor düşüncesiyle yardıma yönelmiş olabilir.

Tablo 29’da psikiyatrik yardım alan ergenlerin psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozukluklarına ilişkin “Hasta Dosyası”ndan araştırmacı tarafından kayıtlar incelenerek elde edilen bilgiler yer almaktadır. Tablo’da yer alan “diğer” seçeneği; “kişilik bozuklukları, cinsel işlev bozukluğu, trikotillomani ve tik bozukluğu” olan kişileri göstermektedir.

Tablo 29: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Psikiyatrist Tarafından Tespit Edilen Belirti veya Bozuklukları

Psikiyatrist tarafından tespit edilen bozuklukları	SAYI	%
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	13	11.8
Bipolar bozukluk-iki uçlu bozukluk	3	2.7
Dışa atım bozuklukları	3	2.7
Ergenlik sorunu ve davranım bozukluğu	11	10.0
Hafif düzeyde mental retardasyon	11	10.0
Anksiyete bozuklukları	20	18.2
Tanı konmamış	7	6.4
Dikkat eksikliği/Hiperaktivite	7	6.4
Somatoform Bozukluklar	3	2.7
Depresif Bozukluklar	28	25.5
Diğer	4	3.6
Toplam	110	100

DSM-IV-TR'a göre araştırmaya katılan ergenlerin "Hasta Dosyalarında" kayıtlı olan ve psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti ve bozuklukları şöyledir; %25.5'i "depresif bozukluklar", %18.2'si "anksiyete bozuklukları", %11.8'i "şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar", %10.0 "ergenlik sorunu ve davranım bozukluğu", %10.0'u "hafif düzeyde mental retardasyon", %6.4'ü "dikkat eksikliği/hiperaktivite", %6.4'ü "psikiyatrik tanı konmamış", %3.6'sı "diğer bozukluklar", %2.7'si "bipolar bozukluk-iki uçlu bozukluk", %2.7'si "dışa atım bozuklukları" ve %2.7'si "somatoform bozukluklar"dır (Bkz. Tablo 29).

Davison ve Neale (1998:171) ergenlerde depresyon oranının, özellikle kızlarda yüksek olmak üzere (%7-13) erişkinlerle karşılaştırılabilir durumda olduğunu belirtmektedir. Yine Davison ve Neale (1998), *anksiyete bozukluklarından sosyal fobilerin* yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %11, kadınlarda ise %15 olduğu, *obsesif-kompulsif bozukluğun* toplumun yüzde iki ile yüzde üçünü etkilediği ve kadınlarda görülme sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu, *akut stres bozukluğunda* da insanların %60'ının ilk bir ay içinde iyileştiğini, *travma sonrası stres bozukluğunun* ise travmatik olay yaşayanların sadece %25'inde geliştiği bildirilmektedir. Genel popülasyonda gelişme riski yüzde bir veya yüzde birden daha az olan bozukluklar ise *şizofreni, iki uçlu bozukluk (bipolar bozukluk), somatoform bozukluklar* olarak sıralanabilir.

Literatürde yer alan başka bir çalışmada ise, DSM-IV tanı kriterlerine göre tedavi olan 97 hastanın yüzdeleri şöyledir: duygudurum bozukluğu %69.2, dürtü kontrol bozukluğu %30.8, travma sonrası stres bozukluğu %26.2, dikkat eksikliği %13.8 ve madde kötüye kullanımı %9.2 olarak bulunmuştur (Muller, Goebel-Fabbri, Diamond ve Dinklage 2000:453).

Tablo 29'daki durum, depresif bozukluklar (%28), anksiyete bozuklukları (%20), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (%13), ergenlik sorunu ve davranım bozukluklarının (%11) sıklıkları literatürde yer alan bilgilerden biraz daha yüksek çıkmakla birlikte, literatürde yer alan bilgilerle uyumludur. Araştırmacı için bu durum beklentilerine uygun çıkmıştır. Bu çalışmada, daha öncede ifade edildiği

gibi birden fazla bozukluk bir başlık altında ele alınmıştır (örneğin anksiyete bozuklukları başlığında sosyal fobisi, obsesif-kompulsif bozukluğu, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olanlar ele alınmıştır). Bu da istatistiksel çözümlemede psikiyatrik bozuklukların oranının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

3.2. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER AİT BULGULAR

Bu bölümde psikiyatrik yardım alan ergenlerin; özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve sosyo-demografik özellikleri ile özel bir insan, aile, arkadaş ve bunların toplamından algıladıkları destek düzeylerine ait bulgular ve yorumlar yer almaktadır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerine ilişkin puan ortalamaları, standart sapmaları Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri

Sosyal Destek Düzeyleri	n	$\bar{x}$	SS
ÖZEL	110	15.86	7.83
AİLE	110	17.44	6.81
ARKADAŞ	110	16.85	7.31
TOPLAM	110	50.16	15.62

Tablo 30'da araştırmaya katılan psikiyatrik yardım alan ergenlerin, ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyi puan ortalaması ($\bar{x}$:17.44), arkadaştan ($\bar{x}$:16.85) ve özel bir insandan ($\bar{x}$:15.86) algıladıkları sosyal destek puan

ortalamalarından biraz daha yüksektir. Başka bir ifadeyle aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal desteğe göre yüksektir. İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da en yüksek aile alt grubuna ilişkin sosyal destek algısının özel bir insan ve arkadaş grubundan yüksek olması, ailenin ergenler için önemini koruyan bir sosyal kurum olduğunu düşündürmektedir. Toplamda algılanan sosyal destek puan ortalamasının da düşük olduğu görülmektedir ($\bar{x}$:50.16). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin toplamından alınacak puanlar 0 ile 84 arasındadır. Özel bir insan, aile ve arkadaş alt ölçeklerinin her birinden alınacak puanlar ise 0 ile 28 arasındadır. Tablo 30'daki ortalama puanlar incelendiğinde; psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal destek algılarının düşük olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada elde edilen bulguların, Eker ve diğerlerinin (2001:23) çalışmasındaki bulgulardan biraz düşük olduğu görülmektedir. Eker ve diğerlerinin (2001:23) çalışmasında yatarak tedavi gören yetişkin psikiyatri hastalarından (n:50) elde edilen toplam sosyal destek puan ortalaması 53.56, aileden algılanan puan ortalaması 19.42, arkadaştan elde edilen puan ortalaması 16.64 ve özel bir insandan elde edilen puan ortalaması ise 17.50'dir. Bu da psikiyatrik yardım alan ergenlerin henüz psikiyatrik yardım alan yetişkinler kadar sosyal destek kaynaklarına ulaşma ve kullanma açısından sosyal bilgi ve beceriye sahip olmadıklarıyla açıklanabilir. Bu çalışmada elde edilen bulgular araştırmacının beklentisine uygun çıkmıştır.

Eker ve diğerleri (2001:23) en az sosyal destek algılayan grubun psikiyatri grubu olduğunu ve bu bulgunun da ruh sağlığı bozuk kişilerin sosyal olarak reddildiğini gösteren literatür bulguları ile tutarlı olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışma da ise, hastaları medikal olarak sunmaya kıyasla psikiyatrik olarak etiketlemenin hastane çalışanlarında anlamlı olarak daha az hoşlanmaya yol açtığını bulmuşlardır ve bunun psikiyatri hastasının hastasının reddiliminin kültürlerarası genellenebilirliğini gösterdiğini de belirtmişlerdir (Fryer ve Cohen 1988 Akt.: Eker ve diğerleri 2001:23).

Bu çalışmada, buraya kadar olan bölümde çok boyutlu algılanan sosyal destek ortalama puanları incelenmiş, sonra da sosyo-demografik özellikleri ile özel bir insan, aile, arkadaş ve bunların toplamından algıladıkları destek düzeylerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin cinsiyetlerine göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerine ilişkin puan ortalamaları, standart sapmaları ve *t* değerleri Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	t	p	
ÖZEL	KIZ	64	16.62	7.90	1.204	0.231
	ERKEK	46	14.80	7.69		
AİLE	KIZ	64	17.03	7.16	-,750	0.455
	ERKEK	46	18.02	6.32		
ARKADAŞ	KIZ	64	17.14	7.58	0.482	0.631
	ERKEK	46	16.45	6.99		
TOPLAM	KIZ	64	50.79	15.25	0.500	0.618
	ERKEK	46	49.28	16.26		

Tablo 31’de cinsiyete göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin *t* testi değerleri (1.204; -.750; 0.482 ve 0.500) istatistiki açıdan anlamlı çıkmamıştır.

Yapılan araştırmada, cinsiyetlerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da, kızların özel bir insan, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları (sırasıyla $\bar{x}$:16.62, $\bar{x}$:17.14 ve $\bar{x}$:50.79) erkeklerin puan ortalamalarına (sırasıyla $\bar{x}$:14.80, $\bar{x}$:16.45 ve $\bar{x}$:49.28) yakın çıkmıştır (Bkz. Tablo 30). Ancak diğer çalışmalardan farklı olarak erkeklerin aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları kızlara göre biraz daha yüksek bulunmuştur.

Bu bulgu, Elbir (2000:39-95)’in araştırmasında ortaya koyduğu, kızlar ile erkekler arasında sosyal destek düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bulunmaması ve cinsiyet açısından sosyal destek puan ortalamalarının birbirine yakın bulunması bulgusuyla benzer çıkmıştır. Bunun dışında, psikiyatrik yardım alan ergenlerin bulgularına benzer olarak, Banaz (1992:66)’ın çalışmasında da, okuyan ergenlerde kızların erkeklere göre daha fazla arkadaş desteği aldıkları bulunmuştur. Kızların erkeklere kıyasla arkadaşları ile daha fazla sırdaşlık ilişkisine girdikleri (başkalarına sorunlarını açma), daha fazla paylaşılan yapıya sahip oldukları (sorunlarını çözmek için yardım isteme konusunda daha rahat davrandıkları) şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu çalışmadaki aileden algılanan sosyal destek düzeyi bulgusunun (erkeklerin kızlara oranla aile destek algıları daha yüksek bulunmuştu), Çakır (1993: 55-56), Hays ve Oxley (1986:305) ve Wang ve diğerlerinin (1997:245) araştırmalarında ortaya koydukları, kızların erkeklere oranla daha fazla destek algıladıkları bulgusuyla paralel olmadığı görülmektedir. Bu durum da, erkek ergenlerin aile içindeki rollerinin gereğini yaparken aileden daha fazla ilgi ve yardım gördükleri (Ülkemizde erkek çocuklara yaşı ne olursa olsun özellikle annelerin daha fazla sevgi ve ilgi gösterdiği bilinmektedir), erkeklerin daha fazla bağımsızlıklarına düşkün olmaları nedeniyle aile üyelerine sözlerini geçirebilmeleri ile açıklanabilir. Ancak,

bu sayılan özellikler erkeklerin daha düşük arkadaş ve özel bir insandan destek almalarına da neden olabilir.

Araştırmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin yaş gruplarına göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerine ilişkin puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yaş Gruplarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Yaş Grupları		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	14-15 yaş	11	16.09	6.50	0.244	0.865
	16-17 yaş	47	15.80	7.63		
	18-19 yaş	30	15.06	8.02		
	20-21 yaş	22	16.95	8.92		
AİLE	14-15 yaş	11	21.00	6.27	1.177	0.322
	16-17 yaş	47	16.82	6.76		
	18-19 yaş	30	17.00	6.59		
	20-21 yaş	22	17.00	7.37		
ARKADAŞ	14-15 yaş	11	18.09	7.09	3.105	0.030*
	16-17 yaş	47	18.93	6.14		
	18-19 yaş	30	14.30	7.19		
	20-21 yaş	22	15.27	8.78		
TOPLAM	14-15 yaş	11	55.18	13.96	1.103	0.351
	16-17 yaş	47	51.57	15.68		
	18-19 yaş	30	46.36	14.45		
	20-21 yaş	22	49.81	17.57		

* $p < 0.05$ düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Tablo 32 incelendiğinde görüleceği gibi, varyans analizi sonucu arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarının 16-17 yaş grubu ile 18-19 yaş grubu ve 20-21 yaş grubu arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($F:3.105 < 0.05$). Aile, özel bir insan ve toplamda algılanan sosyal

destek puanları açısından ise yaş grupları arasında F değerleri (1.177; 0.244 ve 1.103) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyi puan ortalaması ($\bar{x}$:17.44), arkadaştan ($\bar{x}$:16.85) ve özel bir insandan ($\bar{x}$:15.86) algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarından biraz daha yüksektir (Bkz. Tablo 30). Yaş gruplarına göre ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru sıralanacak olursa; “14-15 yaşında” olanların puan ortalaması 55.18, “16-17 yaşında” olanların puan ortalaması 51.57, “20-21 yaş” grubunda olanların puan ortalamaları 49.81 ve “18-19 yaşındakilerin” puan ortalaması ise 46.36’dır. Buradan da, 18-19 ve 20-21 yaş grubundaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin kendilerinden daha küçük yaştakilere göre algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Ergenin işsizliği, üniversiteye girememesi, askerlik çağının gelmesi gibi sorunlarla kendi bireysel sorunları bu grupta daha yoğun hissetmelerine neden olabilir. Belki de bu yaş grubunun bireyselleşmeleriyle ilgili olumlu bir durumdur. Bireysel gelişmenin okula devam eden daha çok davranım bozukluğu olan grupta daha sağlıklı olması beklenebilir. Ancak örneklem grubunun hastaneden yardım alanlardan oluştuğu düşünüldüğünde, büyük yaş grubundaki aile destek algısının daha düşük olmasının tartışılması ve çok boyutlu düşünülmesi yerindedir. Nitekim Bayram ve Banaz’ın çalışmaları araştırma bulgularından farklıdır.

Tablo 32’deki bulgunun tam tersi olarak, Banaz (1992:67)’in yaptığı çalışmada, 14-15 yaşlarında algılanan aile ve arkadaş desteğinin en düşük düzeyde, 16-17 yaşlarda ise en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Buna benzer olarak da, Bayram (1999:154) yaptığı çalışmasında algılanan arkadaş, aile ve toplam destek düzeylerinin, 18 yaş ve daha büyük yaşlarda en yüksek düzeyde bulunduğunu, buna karşın algılanan arkadaş desteğinin 14 ve daha küçük yaşlarda, algılanan aile ve toplam desteğin 16 yaşında en düşük düzeyde olduğunu belirlemiştir. Bu sonuç da “bireyselleşme” açıklamasını desteklemektedir.

Tablo 32'deki bulgunun, Özbay ve diğerlerinin (1994:119) yaptığı çalışmada sağlıklı işçi ve öğrencilerde sosyal destek algısının yaşla değişimi incelenmiş, işçilerin öğrencilere göre daha düşük düzeyde destek algıladığı, öğrencilerde ise yaş ilerledikçe sosyal destek algısında düşmenin daha belirgin olduğu bulgusuyla paralel olduğu görülmektedir.

Söz konusu farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını araştırmak üzere LSD testi yapılmıştır (Bkz. Tablo 32b, Ek: 2).

Tablo 32b'den de (Bkz. Ek: 2) anlaşılabacağı gibi, arkadaştan algılanan sosyal destek puanları açısından en düşük ortalamaya sahip olanlar 18-19 yaş grubu ile 16-17 yaş grubu arasında istatistiksel açıdan farklılık anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer yaşlar arasında ise, 20-21 yaş ile 16-17 yaş arasındaki fark anlamlı çıkmıştır.

Çakır'ın (1993:60) sağlıklı lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında da sosyal destek puanları açısından en düşük ortalamaya sahip 15-17 yaş grubu ile en yüksek ortalamaya sahip 12-14 ve 18-22 yaş grupları arasında farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) ve aynı çalışmada en yüksek destek bildiren yaşın 21, en düşük destek bildiren yaşın ise 17 olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, Çakır (1993:72) tarafından orta ergenlik döneminin *ilk* ve *geç ergenlik* dönemine göre daha karmaşık ve sorunlu olması, üniversite sınavına hazırlanma döneminin stresi arttırmada etkili olması ile açıklanmıştır. Buna ek olarak, psikiyatrik yardım alan ergenlerin, psikiyatrik yardım aldıklarını arkadaş ve aile dışından kişilerden saklama eğilimleri de arkadaş desteğinden yararlanmalarını engelleyebilir. Ayrıca küçük yaşlarda aileye bağımlılık daha fazladır, yaş büyüdükçe ise arkadaş sayısı azalmaktadır. Ergenleri en fazla endişelendiren stres yaratıcı konuların başında gelecekle ilgili kaygıları gelmektedir. Bunlar arasında "bir üniversiteye girebilmek", "meslek sahibi olabilmek", "para kazanmak" sayılabilir. Bütün bu nedenlere bağlı olarak, 18-19 ve 20-21 yaş grubundaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin öğrenim sonrası hayata atılma, sorumluluk alma ve kendi yaşantısını kurma gibi konularla karşı karşıya

gelmelerinden dolayı kendilerinden daha küçük yaştakilere göre daha düşük düzeyde arkadaş desteği algıladıkları düşünülebilir.

Araştırmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin öğrenim durumlarına göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerine ilişkin puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğrenim Düzeyine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Ergenlerin Öğrenim Düzeyi	n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL					
İlkokul mezunu	16	13.56	6.38		
Ortaokul ve dengi mezunu	59	15.69	7.60		
Lise ve dengi mezunu	35	17.20	8.70	1.217	0.300
AİLE					
İlkokul mezunu	16	18.75	7.57		
Ortaokul ve dengi mezunu	59	17.22	6.40		
Lise ve dengi mezunu	35	17.22	7.25	0.339	0.713
ARKADAŞ					
İlkokul mezunu	16	16.18	7.59		
Ortaokul ve dengi mezunu	59	17.42	6.70		
Lise ve dengi mezunu	35	16.20	8.26	0.381	0.684
TOPLAM					
İlkokul mezunu	16	48.50	14.44		
Ortaokul ve dengi mezunu	59	50.33	15.45		
Lise ve dengi mezunu	35	50.62	16.77	0.108	0.898

Tablo 33'de görüldüğü gibi, öğrenim düzeyleri açısından psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin F değerleri (1.217; 0.339; 0.381 ve 0.108) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da ergenlerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyi puan ortalaması ($\bar{x}$:16.15), arkadaştan ($\bar{x}$: 15.47) ve özel bir insandan ($\bar{x}$:14.38) algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarından biraz daha yüksektir. Ergenlerin toplam destek puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru sıralanacak olursa; “ortaokul ve dengi” mezunu olanların puan ortalaması 46.31, “lise ve dengi” mezunu olanların puan ortalaması 44.86 ve “ilkokul” mezunu olanların puan ortalaması 40.80’dir (Tablo 33).

Hays ve Oxley (1986:311) algılanan arkadaş desteği düzeyinin okunulan sınıfa göre farklılaştığını belirtmiştir ($p<0.01$): Lise 2’de algılanan destek, orta 3 ve lise 1’e göre daha fazladır. Bu durum, Banaz (1992:67) tarafından Lise 2’de (16-17 yaş) arkadaşlarla kurulan ilişkilere daha fazla önem verildiği, orta 3, lise 1 ve lise 3’te (16-17 yaştan daha küçük ve daha büyük yaşlarda) ise arkadaş ilişkilerine daha az ihtiyaç duyulduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Tablo 33’deki bulgu, Hays ve Oxley’in (1986:311) bulgularına paralel olarak, istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da, ortaokul ve lise mezunu olan psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyleri ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek, buna karşın ilkokul mezunu olanların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri ortaokul ve lise mezunlarına göre daha yüksektir. Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça aile desteğine daha az ihtiyaç duyulduğunu ve aile yerine diğer kişilerden destek almanın giderek daha önem kazandığını göstermektedir.

Araştırmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin yerleşim yerlerine göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerine ilişkin sıra ortalamaları, standart sapmaları ve ki-kare değerleri Tablo 34’de verilmiştir.

Tablo 34: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu

Sosyal Destek / Yerleşim Yeri		n	Sıra Ort.	χ^2	p
ÖZEL	Köy	4	45.00	1.17	0.760
	Kasaba	3	48.67		
	İl	5	45.70		
	Büyükşehir	98	56.64		
AİLE	Köy	4	36.00	1.67	0.642
	Kasaba	3	52.67		
	İl	5	60.30		
	Büyükşehir	98	56.14		
ARKADAŞ	Köy	4	63.00	2.08	0.554
	Kasaba	3	79.50		
	İl	5	58.00		
	Büyükşehir	98	54.33		
TOPLAM	Köy	4	48.75	0.35	0.949
	Kasaba	3	63.17		
	İl	5	54.50		
	Büyükşehir	98	55.59		

Tablo 34’de görüldüğü gibi yerleşim yerleri açısından psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin ki-kare değerleri (1.17, 1.67, 2.08 ve 0.35) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da ergenlerin yerleşim yerlerine göre aileden algıladıkları toplam destek puan ortalaması ($\bar{x}$:17.44), arkadaştan ve özel bir insandan algıladıkları toplam destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.85

ve $\bar{x}$:15.86) daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 30). İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da en yüksek aile alt grubuna ilişkin sosyal destek algısının özel bir insan ve arkadaş grubundan yüksek olması, ailenin ergenler için önemini koruyan bir sosyal kurum olduğunu düşündürmektedir.

Ergenlerin yerleşim yerleri açısından en fazla “büyükşehir’de” yaşadıkları görülmekte ve bunların toplamda algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarının (55.59), “kasabada” yaşayanların sıra ortalamalarına (63.17) göre biraz düşük olduğu görülmektedir. Bulgularda dikkat çekici olan “köyde” yaşayanların toplamda algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarının (48.75) diğerlerine göre düşük olmasıdır. Aileden algıladıkları sosyal destek açısından; “ilde” yaşayanların sıra ortalamaları (60.30), “büyükşehirde”, “kasabada”, “köyde” yaşayanların algıladıkları sosyal destek sıra ortalamalarından (sırasıyla 56.14, 52.67 ve 36.00) biraz daha yüksektir.

Ergenlerin arkadaş destek sıra ortalamaları, aileden algılanan sosyal destek ortalamalarından farklı olarak “kasabada” ve “köyde” yaşayanların sıra ortalamaları (sırasıyla X^2 :79.50 ve X^2 :63.00) “ilde” ve “büyükşehirde” yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla X^2 : 58.00 ve X^2 :54.33).

Ergenlerin yerleşim yerlerine göre özel bir insandan algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur (Bkz. Tablo 34).

Araştırma grubunun alt ve orta sosyo-ekonomik düzeye yakın olması nedeniyle yaşantı özellikleri ve ilişkileri açısından birbirine benzerlikler gösterdiğini söylemek mümkündür.

Bu bulguların, Stephen ve diğerlerinin (1988 Akt.: Elbir 2000:102), genellikle insanların çevre değiştirdiklerinde, yeni girdikleri ortamlarda kendilerini daha yalnız hissettikleri yönündeki bulgularını desteklediği görülmektedir.

Araştırmada, psikiyatrik yardım alan ergenlerin Ankara'da yaşama sürelerine göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 35'de verilmiştir.

Tablo 35: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ankara'da Yaşadıkları Yıla Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu

Sosyal Destek / Ankara'da Yaşama Süreleri	n	Sıra Ort.	χ^2	p
ÖZEL				
Bir yıldan az	4	65.75	2.28	0.516
2-5 yıl	3	60.67		
6-10 yıl	9	42.64		
11 yıldan fazla	82	49.02		
AİLE				
Bir yıldan az	4	57.13	2.22	0.528
2-5 yıl	3	63.17		
6-10 yıl	9	39.00		
11 yıldan fazla	82	49.78		
ARKADAŞ				
Bir yıldan az	4	56.13	0.30	0.959
2-5 yıl	3	45.67		
6-10 yıl	9	47.78		
11 yıldan fazla	82	49.51		
TOPLAM				
Bir yıldan az	4	70.13	3.71	0.294
2-5 yıl	3	61.17		
6-10 yıl	9	39.61		
11 yıldan fazla	82	19.15		

Tablo 35'de görüldüğü üzere, Ankara'da yaşama sürelerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algılanan destek düzeylerine ilişkin ki-kare değerleri (2.28, 2.22, 0.30 ve 3.71) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da Ankara'da yaşama süreleri "bir yıldan az" olanların toplamda algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları 70.13, "2-5 yıl" olanların ortalamaları 61.17, "6-10 yıl" olan ergenlerin toplam destek puan ortalamaları 39.61 ve "11 yıl ve daha fazla" süredir yaşayanların ortalamaları ise 19.15 olarak çıkmıştır.

Tablo 35'den de anlaşılacağı üzere özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algılanan sosyal destek puan ortalamaları birbirine yakındır. Ancak istatistiksel açıdan önemli olmasa da aileden algılanan toplam sosyal destek puan ortalaması ($\bar{x}$:17.88), özel bir insandan ve arkadaştan algılanan toplam destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.10 ve $\bar{x}$:16.54) biraz daha yüksektir (Bkz. Tablo 30). Bundan da ergenlerin Ankara'da yaşama süreleri azaldıkça, aile destek algılarının arttığını söylemek mümkündür. Bilindiği gibi geleneksel bağlardan birisi olarak aile desteği, büyük şehirlerden ziyade küçük toplulukların (kasaba, köylülerin) en belirgin özelliğidir. Kentleşme aile destek sistemini, diğer kurumsal hizmetlerle paylaşmasına neden olmaktadır. Bu bütün gelişmiş toplumların genel özelliklerindendir. Bu nedenle Ankara'ya henüz yeni gelmişler için aile destek algısı daha çok önemli olabilir.

Bu bulgunun, Elbir'in (2000:95-106) araştırmasında ortaya koyduğu, Ankara'da yaşama sürelerine göre lise birinci sınıf öğrencilerinin aileden ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması bulgusuyla paralel olduğu görülmektedir. Bu durum, kısa süre önce yaşadıkları şehri değiştiren ergenlerin bile destek ihtiyaçlarını, öncelikle ergenlerin kendilerini daha yakın ve güvende hissettikleri çevreden sağlayabildiklerine işaret edebilir. Ülkemizde ailenin temel destek kaynağı olarak hala fonksiyonlarını yerine getirdiği ve diğer sosyal destek kaynaklarına göre daha etkili destek sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada, ailelerin aylık gelirine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin

anamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinin Toplam Aylık Gelirine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Ailenin Toplam Aylık Gelir Durumu		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	300-500 milyon arası	36	16,72	6,94	0,249	0,910
	501-700 milyon arası	23	15,04	7,90		
	701-900 milyon arası	19	16,05	7,46		
	901 milyon-1,5 milyar	22	14,95	9,71		
	1.501.000.000 TL ve üzeri	10	16,30	8,04		
AİLE	300-500 milyon arası	36	17,86	6,30	0,100	0,982
	501-700 milyon arası	23	17,60	7,19		
	701-900 milyon arası	19	16,78	6,54		
	901 milyon-1,5 milyar	22	17,04	7,09		
	1.501.000.000 TL ve üzeri	10	17,70	8,73		
ARKADAŞ	300-500 milyon arası	36	18,30	7,07	2,347	0,059
	501-700 milyon arası	23	19,08	6,94		
	701-900 milyon arası	19	16,42	6,94		
	901 milyon-1,5 milyar	22	13,77	7,97		
	1.501.000.000 TL ve üzeri	10	14,10	6,13		
TOPLAM	300-500 milyon arası	36	52,88	12,73	0,820	0,515
	501-700 milyon arası	23	51,73	16,97		
	701-900 milyon arası	19	49,26	16,87		
	901 milyon-1,5 milyar	22	45,77	18,35		
	1.501.000.000 TL ve üzeri	10	48,10	13,27		

Tablo 36 incelendiğinde görüleceği gibi, ailelerin aylık gelirine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.249; 0.100; 2.347 ve 0.820) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da ailelerinin toplam aylık gelirine göre, ergenlerin aileden algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları ($\bar{x}$:17.44), arkadaştan ve özel bir insandan algıladıkları toplam destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.85 ve $\bar{x}$:15.86) daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 30).

Ailelerin aylık gelirine göre aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bundan da, ailelerinin toplam aylık geliri ne olursa olsun ergenlerin en fazla aileden destek algıladıkları söylenebilir. Bunun dışında ailelerinin gelir düzeyi arttıkça toplamda (aile, arkadaş ve özel bir insandan algılanan destek düzeylerinin toplamından) algılanan destek düzeyinin düştüğü görülmektedir. Tablo'da dikkati çeken diğer en önemli nokta ise, gelir düzeyinin artması ile birlikte özel bir insandan ($\bar{x}$:14.95) ve arkadaştan ($\bar{x}$:13.77) algılanan sosyal destek puanlarının düşmesidir.

Bu bulgunun, Banaz (1992:67), Bayram (1999:154) ve Elbir'in (2000:96-102) çalışmalarında, gelir düzeyinin yükselmesine bağlı olarak algılanan arkadaş, aile ve toplam desteklerinin yükseldiğini ortaya koyan bulgularla paralel olmadığı görülmektedir.

Bu durum, araştırmacının gencin sahip olduğu olanaklar çerçevesinde gelişiminin büyük oranda etkilendiği, doğumdan itibaren alt sosyo-ekonomik düzeydeki aile içinde büyüyen çocukların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkları açısından (dar mekanda çok sayıda insanın yaşaması, hastalıklar, beslenme, ısınma vb. sorunlar nedeniyle) dezavantajlı konumda oldukları kabulü doğrultusunda, ailenin aylık geliri arttıkça ergenlerin de sosyal destek algılarının artacağı beklentisine uygun çıkmamıştır. Sonuç olarak; psikiyatrik yardım alan ergenlerin mali açıdan zorlukları olması, yeterli düzeyde ihtiyaçlarının karşılanamaması nedeniyle aile içinde daha fazla çatışma yaşanması yerine, ailenin birbirine kenetlenerek içinde yaşadıkları durumla başetmeye çalıştıkları düşünülebilir. Bu durum algılanan aile desteğini arttıran bir faktör olabilir.

Araştırmada, anne ve babalarının sağ olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin annelerinin sağ olup olmamasına göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve *t* değerleri Tablo 37'de verilmiştir.

Tablo 37: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Sağ Olup Olmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Annenin Sağ Olup Olmaması Durumu	n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL	Evet	108	15,69	7,80	-1,678
	Hayır	2	25,00	0,001	
AİLE	Evet	108	17,59	6,78	1,678
	Hayır	2	9,50	3,53	
ARKADAŞ	Evet	108	16,99	7,28	1,442
	Hayır	2	9,50	6,36	
TOPLAM	Evet	108	50,27	15,71	0,561
	Hayır	2	44,00	9,89	

Tablo 37'de görüldüğü gibi, annelerinin sağ olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin *t* değerleri (-1.678; 1.678; 1.442 ve 0.561) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da anneleri sağ olan ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ($\bar{x}$:17.59) arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.99 ve $\bar{x}$:15.69) daha yüksek bulunmuştur. Anneleri sağ olmayan ergenlerin ise, özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ($\bar{x}$:25.00), arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:9.50 ve $\bar{x}$:9.50) daha yüksek bildirilmiştir (Tablo 37). Bu bulgu, anneleri sağ olmayan psikiyatrik yardım alan ergenlerin, annelerinin yerine başka sosyal destek kaynaklarından (doktor, öğretmen vb. kişiler) destek almaya devam ettiğini düşündürmektedir.

Anneleri sağ olan ergenlerin toplam destek puan ortalamaları 50.27, anneleri sağ olmayanların ise toplam destek puan ortalamaları 44.00 olarak bulunmuştur. Bu durum araştırmacının beklentilerine uygun çıkmıştır. Ancak söz konusu tabloda sosyal destek puan ortalamalarının yüksekliği, anneleri sağ olan ergenlerin örneklemin hemen hemen çoğunluğunu oluşturması (%98.2) ve anneleri sağ olmayanların ise sadece %1.8'lik kesimini (iki kişi) temsil etmesi ile açıklanabilir (Bkz.Tablo 7).

Ergenlerin babalarının sağ olup olmaması durumuna göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri Tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Sağ Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Babanın Sağ Olup Olmaması Durumu	n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL	Evet	104	15,58	-1,554	0,123
	Hayır	6	20,66		
AİLE	Evet	104	17,61	1,090	0,278
	Hayır	6	14,50		
ARKADAŞ	Evet	104	16,73	-,737	0,463
	Hayır	6	19,00		
TOPLAM	Evet	104	49,93	-,644	0,521
	Hayır	6	54,16		

Tablo 38’de, babalarının sağ olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin t değerleri (-1.554; 1.090; -.737 ve -.644) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da babaları sağ olan ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ($\bar{x}$:17.61), arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.73 ve $\bar{x}$:15.58) daha yüksek bulunmuştur. Babaları sağ olmayan ergenlerin ise özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ($\bar{x}$:20.66) arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:19.00 ve $\bar{x}$:14.50) daha yüksektir. Babaları sağ olan ergenlerin toplamda algıladıkları

sosyal destek puan ortalamaları 49.93, babaları sağ olmayanların ise toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 54.16 olarak bulunmuştur (Tablo 38). Ancak söz konusu tabloda sosyal destek puan ortalamalarının yüksekliği, babaları sağ olan ergenlerin örneklemin hemen hemen çoğunluğunu oluşturması (%94.5) ve babaları sağ olmayanların ise sadece %5.5'lik kesimini (altı kişi) temsil etmesi ile açıklanabilir (Bkz.Tablo 9). Buradan da, babası sağ olanların, babası sağ olmayanlara göre aileden algıladıkları sosyal destek; babası sağ olan ergenlerin, babası sağ olmayanlara göre arkadaştan algıladıkları sosyal destek; babası sağ olmayan ergenlerin babası sağ olan ergenlere göre özel bir insandan algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksektir. Bu bulgu, babası sağ olmayan psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının yerine başka sosyal destek kaynaklarından (arkadaş, doktor, öğretmen vb. kişiler) destek almaya devam ettiğini düşündürmektedir.

Araştırmada, anne-babaların birlikte yaşıyor olması durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve *t* değerleri Tablo 39'da verilmiştir.

Tablo 39: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Anne-Babalarının Birlikte Yaşıyor Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Anne-Babanın Birlikte Yaşıyor Olması Durumu	n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL	Evet	88	16,06	1,157	0,250
	Hayır	17	13,64		
AİLE	Evet	88	17,44	-,402	0,689
	Hayır	17	18,17		
ARKADAŞ	Evet	88	17,11	1,294	0,199
	Hayır	17	14,58		
TOPLAM	Evet	88	50,62	1,007	0,316
	Hayır	17	46,41		

Tablo 39'da görüldüğü gibi, anne ve babalarının birlikte yaşıyor olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin *t* değerleri (1.157; -.402; 1.294; ve 1.007) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da anne-babaları birlikte yaşayan ergenlerin toplam destek puan ortalamaları 50.62, anne-babaları birlikte yaşamayanların ise toplam destek puan ortalamaları 46.41 olarak bulunmuştur. Anne-babaları birlikte yaşayan ergenlerin özel bir insandan algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamaları 16.06, anne-babaları birlikte yaşamayanlarınki ise 13.64, anne-babaları birlikte yaşamayan ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyi ortalamaları 18.17, birlikte yaşayanlarınki ise 17.44'dür. Son olarak da, arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyi bakımından anne-babası birlikte

yaşayanların ortalamaları 17.11, birlikte yaşamayanların ortalamaları ise 14.58'dir (Tablo 39). Bundan da anne-babası birlikte yaşayan ergenlerin anne-babası ile birlikte yaşamayanlara göre biraz daha fazla destek algıladıkları anlaşılmaktadır. Bu durum, araştırmacının beklentilerine uygun çıkmıştır. Aile bütünlüğünün korunduğu ailelerde ailenin havasının olumlu olması (aile içi çatışmanın daha az olması), ailede güçlü duygusal bağların devam etmesi ve ailede duyguların açıkça ifade edilmesi gibi faktörler ergenin aile içi ve dışı ilişkilerinde daha başarılı olmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Bunlar da, ergenin sosyal destek algısının artmasına yol açabilir.

Usluer (1989 Akt.: Elbir 2000:25) Türk ailelerinde aile bireyleri arasındaki güçlü duygusal bağların, duyguların açıkça ifade edilmesinin ve seyrek çatışma yaşanmasının aile üyeleri arasında destekleyici ilişkilere işaret ettiğini ve strese karşı dayanıklılık sağladığını belirtmiştir.

Elbir (2000:96) çalışmasında anne-babanın ayrı olduğu ailelerde, anne ya da babanın ailenin tüm rol ve sorumluluklarını üstlenerek bazı eksiklik ve olumsuzlukları çocuklarına hissettirmediklerini belirtmiştir.

Araştırmada, aile yapısına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ailelerinin yapısına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 40'da verilmiştir.

Tablo 40: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Aile Yapılarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Aile Yapısı		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	Çekirdek aile	76	16.51	8.08	0.858	0.427
	Geniş aile	17	14.64	6.61		
	Parçalanmış aile	17	14.17	7.82		
AİLE	Çekirdek aile	76	17.19	7.02	0.341	0.712
	Geniş aile	17	17.29	7.09		
	Parçalanmış aile	17	18.70	5.70		
ARKADAŞ	Çekirdek aile	76	17.38	7.27	0.667	0.515
	Geniş aile	17	15.35	5.85		
	Parçalanmış aile	17	16.00	8.80		
TOPLAM	Çekirdek aile	76	51.09	16.73	0.473	0.624
	Geniş aile	17	47.29	9.7		
	Parçalanmış aile	17	48.88	15.54		

Tablo 40'da görüleceği gibi, aile yapısı değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.858; 0.341; 0.667 ve 0.473) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da psikiyatrik yardım alan ergenlerin toplam destek düzeyi puan ortalamaları bakımından yüksek ortalamayı (51.09) anne-baba ve çocuklardan oluşan ve bütünlüğünü koruyan "çekirdek ailede" yaşayanlar almışlardır. Toplam destek puan ortalamaları bakımından bunları "parçalanmış ailede" yaşadıklarını belirten ergenlerle ($\bar{x}$:48.88) "geniş ailede" yaşayan ergenler ($\bar{x}$:47.29) izlemektedir (Tablo 40). Görüldüğü gibi psikiyatrik yardım alan ergenlerin toplam sosyal destek puan ortalaması çekirdek yani parçalanmamış ailede, parçalanmış ve geniş aileye göre daha yüksektir. Ancak aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri bakımından parçalanmış aile içinde

yaşayan ergenlerin puan ortalamaları ($\bar{x}$:18.70), çekirdek ve geniş aile içinde yaşayanların puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:17.19 ve $\bar{x}$:17.29) biraz daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, ergen kiminle kalıyorsa (hanede kiminle birlikte yaşıyorsa) oradaki kişilerden aile desteğini almaya devam ettiğini düşündürmektedir. Gerçekte bu durum, toplumumuzda ana baba ayrılrsa bile çocuklarına olan desteği sürdürmeye hatta daha fazla vermeye çalıştıklarını akla getirebilir.

Araştırmada elde edilen bu bulguyu, literatürde yer alan bulgular da desteklemektedir: Banaz (1992:46), Elbir (2000:63), Elmacı (2001:53), Çakır (1993:72) ve Bayram'ın (1999:151) sağlıklı lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda anne-baba ve çocuklardan oluşan ailelerin, diğer aile gruplarına göre çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Ozankaya (1994:368) Türkiye'de aile biçimlerini, ailelerin iş-güç biçimi ve yaşadığı doğal-toplumsal çevrenin özelliklerine göre üç grupta ele almıştır: *Köy, kasaba ve kent aileleri*. Bunlardan kent ailelerinin özelliklerine bakacak olursak; bu aileler *çekirdek aile* yapısında yani ana, baba ve evlenmemiş çocuklardan kurulu olduğunu görmekteyiz. Bu ailelerde hanede yaşayan kişilerin az olması, çocuklara daha iyi bakılmasını sağlamaktadır.

Bu durum, ülkemizde hem çekirdek ailenin hem de parçalanmış ailenin hala geleneksel olarak geniş aile formatında yaşantısını sürdürdüğü ile açıklanabilir. Diğer bir deyişle ülkemizde ailenin yapısı değişse bile ailenin diğer üyelerinden (büyükanne, büyükbaba vb. üyelerden) sosyal destek alınmaya devam edildiği şeklinde açıklanabilir.

Araştırmada, kardeşinin olup olmaması ve kardeş sayısına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Kardeşlerinin olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri Tablo 41’de verilmiştir. Tablo 41 ve Tablo 42’nin bulguları birbirleri ile ilişkili olması nedeniyle her ikisinin yorumları Tablo 42’den sonra verilmiştir.

Tablo 41: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeşinin Olup Olmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Kardeşin Olup Olmaması		n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL	Evet	104	15,88	7,80	-,402	0,689
	Hayır	6	15,50	9,18		
AİLE	Evet	104	17,26	6,78	0,116	0,908
	Hayır	6	20,50	7,31		
ARKADAŞ	Evet	104	16,86	7,26	-1,130	0,261
	Hayır	6	16,66	8,95		
TOPLAM	Evet	104	50,01	15,50	0,064	0,949
	Hayır	6	52,66	18,97		

Tablo 41 incelendiğinde de görüleceği gibi kardeşinin olup olmaması değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin t değerleri (-,402; 0.116; -1.130 ve 0.064) anlamlı çıkmamıştır.

Sahip oldukları kardeş sayısına psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 42'de verilmiştir.

Tablo 42: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kardeş Sayısına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Kardeş Sayısı	n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL Kardeşim yok	7	16,85	9,11	1,750	0,560
Bir	11	19,00	7,64		
İki	40	16,17	7,76		
Üç	30	14,43	8,41		
Dört ve daha fazla	22	15,36	6,97		
AİLE Kardeşim yok	7	19,28	7,40	1,036	0,392
Bir	11	19,00	5,38		
İki	40	18,22	6,61		
Üç	30	15,46	7,19		
Dört ve daha fazla	22	17,36	7,04		
ARKADAŞ Kardeşim yok	7	16,28	8,24	0,671	0,614
Bir	11	20,00	5,63		
İki	40	16,67	7,06		
Üç	30	16,96	7,65		
Dört ve daha fazla	22	15,63	7,91		
TOPLAM Kardeşim yok	7	52,42	17,32	1,177	0,325
Bir	11	58,00	9,54		
İki	40	51,07	15,45		
Üç	30	46,86	17,41		
Dört ve daha fazla	22	48,36	14,87		

Tablo 42'de de kardeş sayısı değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.750; 0.392; 0.614 ve 0.325) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

Tablo 42'de görülen duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da kardeş sayısına göre, ergenlerin aileden algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları ($\bar{x}$:17.44), arkadaştan ($\bar{x}$:16.85) ve özel bir insandan algıladıkları

toplam destek puan ortalamalarından ($\bar{x}$:15.86) daha yüksek olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 30). Ergenlerin kardeş sayısı arttıkça aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin düştüğü ve “bir kardeşi” olanların en yüksek aile desteğine sahip oldukları görülmektedir. Benzer sonuçların Tablo 41’de de bulunduğu görülmekte olup, kardeşi olan ve olmayanların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyi yüksektir (sırasıyla $\bar{x}$:17.26 ve $\bar{x}$:20.50). Ancak kardeşi olmayan ergenlerin toplam ve aile destek düzeyi ortalamalarının ($\bar{x}$:52.66 ve $\bar{x}$:20.50) kardeşi olanların toplam ve aile destek düzeyi ortalamalarına ($\bar{x}$:50.01 ve $\bar{x}$:17.26) göre yüksek olduğu görülmektedir. Bunun dışında yine kardeşi olan ve olmayan ergenlerin özel bir insan ve arkadaştan algıladıkları destek düzeyi puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur (sırasıyla $\bar{x}$:15.88 ve $\bar{x}$:15.50).

Tablo 41 ve Tablo 42’deki bulgu, Elbir’in (2000:43) çalışmasındaki bulgularla paralel çıkmıştır. Elbir (2000:43) kardeşi olmayan sağlıklı lise birinci sınıf öğrencilerinin aile destek puan ortalamalarının kardeşi olanlara göre daha düşük, fakat tek kardeşi olan öğrencilerin ise iki, üç, dört ve daha fazla kardeşi olanlara göre daha fazla destek bildirdiklerini ortaya koymuştur. Ancak bunun tam tersi olarak da Bayram (1999:158) sağlıklı öğrencilerle yaptığı çalışmasında, tek çocuk konumunda olan ergenlerin en yüksek düzeyde aileden destek algıladıklarını belirtmiştir.

Araştırmamızdaki bulgulara ait durum, literatürde de yer alan bilgilerle de paralel olarak; tek çocuğun şımarık, egosantrik, hassas, kararsız, anne-babasının ilgisini üzerinde toplayan, hep birinci olmak isteyen özelliklere sahip olmaları, anne- babanın ilgisini hep üzerinde hisseden ve onların ilgi odağı haline gelmeleri nedeniyle aile desteğini yüksek algıladıkları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca ailenin tek çocuğu olması nedeniyle yakın akraba çevresinin de çocuğa yaklaşımı farklıdır. Örneğin aile içinde “kıymetli bebek” olarak anılan uzun çaba ve bekleyişten sonra doğan çocuklara daha fazla ilgi ve özen gösterilmektedir. Tek çocuğun bir sorunu olduğunda anne-baba ve

onların yakın çevresi sorunu çözmek için seferber olabilmektedirler. Sonuç olarak, kardeş sayısının artması sosyal destek algısını düşürmektedir.

Araştırmada, annelerinin öğrenim durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Annelerinin öğrenim durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 43'te verilmiştir.

Tablo 43: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Öğrenim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Annenin Öğrenim Durumu		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	İlkokul mezunu	60	15,78	7,94	1,312	0,274
	Ortaokul ve dengi mezunu	13	16,92	6,39		
	Lise ve dengi mezunu	21	17,76	7,84		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	16	12,81	8,20		
AİLE	İlkokul mezunu	60	17,08	7,30	0,580	0,629
	Ortaokul ve dengi mezunu	13	19,15	5,63		
	Lise ve dengi mezunu	21	16,57	6,41		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	16	18,56	6,44		
ARKADAŞ	İlkokul mezunu	60	17,23	7,69	0,238	0,870
	Ortaokul ve dengi mezunu	13	17,46	6,46		
	Lise ve dengi mezunu	21	15,95	7,60		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	16	16,12	6,56		
TOPLAM	İlkokul mezunu	60	50,10	17,69	0,351	0,788
	Ortaokul ve dengi mezunu	13	53,53	9,85		
	Lise ve dengi mezunu	21	50,28	12,78		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	16	47,50	15,13		

Tablo 43'te de görüleceği gibi, annelerinin öğrenim durumu değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek

düzeylerine ilişkin F değerleri (1,312; 0,580; 0,238 ve 0,351) istatistiksel açılarından anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da annelerinin öğrenim durumlarına göre ergenlerin aileden algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları (17.44), arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.85 ve $\bar{x}$:15.86) daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 30).

Annesi “ortaokul ve dengi mezunu” olan ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 53.53, “ilkokul mezunu” olanların puan ortalamaları 50.10, “lise ve dengi mezunu” olanların puan ortalamaları 50.28 ve “yüksekokul veya fakülte mezunu” olanların puan ortalamaları 47.50 olarak bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça, toplam destek puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Özel bir insan, aile ve arkadaş alt ölçeklerinin puan ortalamalarının, toplamda algılanan destek puan ortalamalarına benzer şekilde çıktığı izlenmektedir. Bu bulgu, araştırmacının annenin öğrenim düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinin de artacağı ön kabulüne ters orantıda çıkmıştır. Ancak annenin eğitim düzeyinin artması; çalışmasını, bireyselleşmesini, çocuğunu koruma ve kollamadan imtina etmesini (kaçınmasını) de düşündürmektedir.

Elbir (2000:45) ve Çakır (1993:70)’ın sağlıklı lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında annelerin eğitim düzeyi arttıkça lise öğrencilerinin algıladıkları aile ve diğer destek düzeylerinin de arttığı bildirilmektedir. Özellikle Elbir (2000:45) çalışmasında, “ilkokul mezunu” olan anneye sahip olanlar ile “yüksekokul veya fakülte” mezunu anneye sahip olanlar arasındaki aile destek düzeyleri arasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu bildirmiştir ($p<0.01$). Bu durum, annelerin okur-yazar annelere kıyasla çocuklarının gelişimlerini desteklemede ekonomik ve eğitim açısından daha donanımlı oldukları, çocukları ile daha kolay ve etkili iletişim kurabildikleri şeklinde açıklanmaktadır.

Tablo 43'deki durumdan da, annesinin öğrenim düzeyine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin, annesi "ortaokul ve dengi mezunu" olanlar lehine bir sonuç çıkmıştır. Bu durum, öğrenim düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarının ayrılma-bireyselleşme süreci için daha fazla özgür bıraktıkları ve sorumluluk verdikleri ile açıklanabilir. Yakın aile ilişkilerinin olduğu ailelerde ergenlerle anne-baba arasında ufak tefek çatışmalar (örneğin gencin giyim kuşamı, dinlediği müzik vb. konularda çatışmalar) olabilmekte ancak ergenler genellikle ebeveynlerini model aldıkları için daha hızlı ayrılma ve bireyselleşme süreci yaşayabilmektedir (Coleman ve Hendry 1990; Steinberg 1987; Weiner 1970 Akt.:Öztürk-Kılıç 1994:114). Ayrılma-bireyselleşme sürecinde ergenler, içekapanma, parçalanmışlık hissi, başkaldırma ve inatçı davranışlar, izolasyon duyguları, yalnızlık ve karışıklık yaşayabilirler. Bu durumda, ergenin sosyal destek algı düzeyi de etkilenebilir yani daha düşük destek aldığını hissedebilir. Öğrenim düzeyi düşük olan annelerin ise daha geleneksel tutumlar sergileyerek, çocuklarının bireyselleşme-ayrılma sürecine daha müdahaleci olmalarından dolayı çocukların daha fazla aileye bağımlı hale gelmeleri ile açıklanabilir. Ancak bu annelerin çocukları daha fazla kuşak çatışması yaşayabilir.

Öztürk-Kılıç (1994:115) bazı yazarların ergenlerin 19 yaşlarında bile hala kendilerini anne-babalarının çocukları olarak algıladıklarını, babalarını daha baskın ve kendilerini de ana-babalarına göre daha az sorumlu olarak algıladıklarını gösterdiklerini belirtmektedir. Bu da *sonlanmamış bireyselleşmenin* işareti olarak vurgulanmaktadır. Araştırmamızdaki ortaokul mezunu annelerin çocuklarının da bireyselleşmelerini tamamlayamamaları nedeniyle daha fazla aile desteği algıladıkları düşünülebilir.

Araştırmada, babalarının öğrenim durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Babalarının öğrenim durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 44'de verilmiştir.

Tablo 44: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Öğrenim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Babanın Öğrenim Durumu		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	İlkokul mezunu	37	15,91	7,79	1,699	0,172
	Ortaokul ve dengi mezunu	23	15,21	7,97		
	Lise ve dengi mezunu	30	18,10	7,81		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	20	13,15	7,35		
AİLE	İlkokul mezunu	37	16,78	6,78	0,194	0,901
	Ortaokul ve dengi mezunu	23	17,56	6,97		
	Lise ve dengi mezunu	30	17,73	7,42		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	20	18,10	6,11		
ARKADAŞ	İlkokul mezunu	37	16,75	7,73	3,175	0,027*
	Ortaokul ve dengi mezunu	23	17,60	6,54		
	Lise ve dengi mezunu	30	19,06	7,01		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	20	12,85	6,60		
TOPLAM	İlkokul mezunu	37	49,45	14,39	2,003	0,118
	Ortaokul ve dengi mezunu	23	50,39	16,62		
	Lise ve dengi mezunu	30	54,90	16,59		
	Yüksekokul / fakülte mezunu	20	44,10	13,89		

p<0,05 için farklılık anlamlıdır.

Tablo 44'de de görüleceği gibi, babalarının öğrenim durumu değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (1.699; 3,175 ve 2,003) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamış, ancak arkadaş destek düzeyine ilişkin F değeri (3,175) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır (p<0.05). Bu farkın hangi grup ortalamaları arası farktan kaynaklandığı LSD testi ile kontrol edilerek, sonuçlar Tablo 44b'de (Ek:2'de) verilmiştir.

Tablo 44'de görüldüğü üzere, babalarının öğrenim düzeyi "lise ve dengi mezunu" olan ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 54.90, "ortaokul ve dengi mezunu" olan ergenlerin puan ortalamaları 50.39, "ilkokul mezunu" olan ergenlerin puan ortalamaları 49.45 ve "yüksekokul/ fakülte mezunu olanların puan ortalamaları 44.10 olarak bulunmuştur. Özel bir insan, aile ve arkadaş alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının da toplamda algılanan sosyal destek puan ortalamalarına benzer şekilde ortaya çıktığı görülmektedir. Babalarının öğrenim düzeyi ilkokuldan lise ve dengi mezununa doğru arttıkça doğru orantılı bir şekilde sosyal destek puan ortalamalarının yükseldiği, yalnız babaları yüksekokul/fakülte mezunu olanlar da ise sosyal destek puan ortalamalarının azaldığı ortaya çıkmıştır.

Babası "ortaokul ve dengi mezunu" olan ergenlerin arkadaş destek puan ortalamaları ile "yüksekokul/fakülte mezunu" olanların puan ortalamaları arasındaki fark .05 düzeyinde, babası "lise ve dengi mezunu" olanların puan ortalamaları ile babası "yüksekokul/fakülte mezunu" olanların puan ortalamaları arasındaki fark .05 düzeyinde, babası "yüksekokul/fakülte mezunu" olanların puan ortalamaları ile babası "ortaokul ve dengi mezunu" ve "lise ve dengi mezunu" olanların puan ortalamaları arasındaki fark .05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 44b). Bundan da babalarının öğrenim düzeyine göre, ergenlerin algıladıkları arkadaş destek düzeyleri arasında, babalarının öğrenim düzeyi "ortaokul ve dengi mezunu" ve "lise ve dengi mezunu" olanlar lehine anlamlı bir fark gösterdiği görülmektedir. Bu durum, babaların yüksekokul veya üniversite mezunu olmaları ile doğru orantılı olarak babaların ayrılma-bireyselleşme sürecine önem vermeleri, çocuklarını diğer babalara göre daha bağımsız bırakmaları ve çocuklarının kendi kararını kendilerinin vermeleri gereğine inanmaları ile açıklanabilir. Ergenlerin yaşlıları ile birlikte yaşadıkları yeni deneyimleri, paylaştıkları benzer duygu ve düşünceleri yaşamlarının odağına alma eğiliminde olmaları ve bu yaşantılarının bazılarını ana-babalarıyla paylaşmaktan kaçınmaları da "ortaokul ve lise" mezunu babaya sahip olanların daha fazla arkadaş desteği algılamalarını etkilemiş olabilir.

Araştırmada elde edilen bu verilerin tam tersi olarak Elbir'in (2000:65) çalışmasında, babalarının öğrenim düzeylerine göre sağlıklı lise birinci sınıf öğrencilerinin arkadaştan algıladıkları destek düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığı bildirilmektedir. Buna karşın, Bayram (1999:158) babanın eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak deneklerin algıladığı toplam sosyal destek düzeyinin arttığını, babanın eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak ergenle kurduğu iletişimin olumlu yönde olduğunu bildirmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgu, literatürde şimdiye kadar yapılan çalışmalarda ortaya konan, babanın eğitim durumu arttıkça çocukların ihtiyaç ve beklentilerini daha iyi karşılayabildikleri yönündeki sonuçlarla çelişmektedir (Kabadayı 1990; Aysev 1991; İçli 1994 Akt.: Elbir 2000:97).

Araştırmada, annelerinin şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Annelerinin şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve *t* değerleri Tablo 45'de verilmiştir. Araştırmada ergenlerin annelerinin iş ve uğraşı alanında; "memur", "işçi", "esnaf-tüccar", "diğer serbest meslek sahibi", "emekli" ve "çalışmayan" seçeneği araştırma grubuna sorulmuş, ancak bu seçenekleri yanıtlayanların sayısının düşüklüğü nedeniyle bu seçenekler "çalışan" ve "çalışmayan" şeklinde istatistiksel çözümlemeye yeniden düzenlenmiştir.

Tablo 45: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Çalışıp Çalışmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek/Annenin Çalışıp Çalışmaması Durumu	n	$\bar{x}$	SS	t	p	
ÖZEL	Çalışan	27	17.07	8.32	1.006	0.317
	Çalışmayan	79	15.31	7.66		
AİLE	Çalışan	27	17.96	5.97	0.391	0.697
	Çalışmayan	79	17.36	7.10		
ARKADAŞ	Çalışan	27	15.85	7.04	-1.012	0.314
	Çalışmayan	79	17.49	7.34		
TOPLAM	Çalışan	27	50.88	14.82	0.201	0.841
	Çalışmayan	79	50.17	16.21		

Tablo 45’de de görüleceği gibi, annelerinin çalışıp çalışmaması durumu değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin *t* değerleri (1.006, 0.391, -1.012 ve 0.201) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da anneleri çalışan ve çalışmayan ergenlerin toplam destek puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur (sırasıyla $\bar{x}$:50.88 ve $\bar{x}$:50.17). Aile alt ölçeğindeki sosyal destek algı puan ortalamaları da toplamda algılanan destek de olduğu gibi birbirine yakın bulunmuştur (Tablo 45). Ancak özel bir insan alt ölçeğinde anneleri çalışmayan ergenlerin puan ortalamaları ($\bar{x}$:15.31), anneleri çalışan ergenlerin puan ortalamalarından ($\bar{x}$:17.07) biraz daha düşük bulunmuştur. Bundan da annesi çalışan ergenlerin, çalışmayanlara göre biraz daha fazla destek algıladıkları anlaşılmaktadır. Bu durum araştırmacının beklentilerine uygun çıkmıştır.

Türk kültüründe kadının çalışma yaşamında yer alması hoş karşılanmamakla birlikte, son yıllarda geçim sıkıntısı vb. nedenlerle kadının ikincil-yardımcı meslek (memurluk, hemşirelik vb.) elemanı olarak çalışmasının daha yaygın olduğu bilinmektedir. Ayrıca toplumumuzda kadına yüklenen rollerin başında çocuğu ile yakından ve uzun süreli ilgilenmesi ve ev işlerini kadının yapması gelmektedir. Çitci (1998:578)'nin de belirttiği gibi çalışma yaşamını sürdüren kadınların çoğunluğu aile/ev-çalışma ikileminde ve kadının çalışmasını kolaylaştırıcı politika ve uygulamaların yokluğunda kendilerini çalışmaya "tutsak" sayabilmekte ve bu da ev ve çocuklara ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyebilmektedir. Çalışan kadınların diğer kadınlara göre sahip oldukları olanaklar (en başta maddi olanaklar) ve deneyimlerle birlikte, çalıştıkları için çocuklarına daha az zaman ayırabildikleri, çocuklarını ihmal ettikleri kaygısıyla, çocuklarına daha kaliteli zaman ayırdıkları ve daha çok ilgilenmeye çaba harcadıkları söylenebilir.

Araştırmada elde edilen bu bulgulara paralel olarak (Bkz.Tablo 45), Elbir'in (2000:47) çalışmasında da, sağlıklı lise birinci sınıf öğrencilerinin algıladıkları aile destek düzeyleri arasında, anneleri çalışanlar lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ortaya konmaktadır.

Araştırmada, babalarının şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Babalarının şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 46'da verilmiştir.

Tablo 46: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Şu Sıralardaki Her Günlük İş veya Uğraşına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Babanın İş veya Uğraşı	n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL					
Memur	24	16,08	7,97	0,644	0,695
İşçi	29	16,41	8,97		
Esnaf-tüccar	7	11,14	5,78		
Diğer Serbest Meslekler	21	14,28	7,04		
Emekli	16	16,31	8,06		
Çalışmıyor	6	17,66	5,16		
Başka (vefat etti)	2	18,00	14,14		
AİLE					
Memur	24	17,33	6,09	0,942	0,469
İşçi	29	18,24	7,58		
Esnaf-tüccar	7	13,00	5,80		
Diğer Serbest Meslekler	21	16,47	7,08		
Emekli	16	19,87	7,01		
Çalışmıyor	6	17,50	7,52		
Başka (vefat etti)	2	17,50	0,70		
ARKADAŞ					
Memur	24	17,37	7,03	0,950	0,464
İşçi	29	16,37	8,23		
Esnaf-tüccar	7	12,57	5,99		
Diğer Serbest Meslekler	21	15,66	7,43		
Emekli	16	19,06	7,24		
Çalışmıyor	6	17,33	6,18		
Başka (vefat etti)	2	22,50	7,77		
TOPLAM					
Memur	24	50,79	14,09	1,480	0,193
İşçi	29	51,03	18,81		
Esnaf-tüccar	7	36,71	11,14		
Diğer Serbest Meslekler	21	46,42	11,41		
Emekli	16	55,25	16,90		
Çalışmıyor	6	52,50	15,24		
Başka (vefat etti)	2	58,00	22,62		

Tablo 46'da da görüleceği gibi, babalarının şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşı değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.644; 0.942; 0.950 ve 1,480) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da babalarının şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşlarına göre ergenlerin aileden algıladıkları toplam sosyal destek puan ortalamaları (17.52), arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:16.79 ve $\bar{x}$:15.64) daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 30).

Babasının şu sıralardaki her günlük işi veya uğraşı değişkenine göre toplamda algıladıkları destek puan ortalamaları açısından; “başka-vefat etti” seçeneğini işaretleyenlerin (iki kişinin) puan ortalamaları 58.00, “emekli” olanların puan ortalamaları 55.25, “çalışmıyor” olanların puan ortalamaları 52.50, “işçi olanların puan ortalamaları 51.03, “memur” olanların puan ortalamaları 50.79, “diğer serbest meslekler-kendi hesabına çalışan diğer meslekler” olanların puan ortalamaları 46.42 ve “esnaf-tüccar” olan ergenlerin puan ortalamaları ise 36.71 olarak bulunmuştur. Özel bir insan, aile ve arkadaş alt ölçekleri puan ortalamalarının toplamda algılanan sosyal destek puan ortalamalarına benzer çıktığı ve özellikle babaları esnaf-tüccar ve diğer serbest meslek sahibi olan ergenlerin algıladıkları destek düzeyinin düşüklüğü dikkati çekmektedir. Bu durum, serbest çalışan (kendi hesabına çalışan) kişilerin daha uzun çalışma saatine sahip olmaları ve iş dışındaki zamanlarını da ev dışındaki başka mekanlarda (kiraathane, dernek vb.) geçirmeleri, dolayısıyla çocukları ve eşleri ile geçirdikleri zamanın sınırlı olması ile açıklanabilir. Farklı yönden de, çalışan esnaf grubun daha inisiyatif sahibi ve bireyselleşmeden yana düşünmüş olabileceklerini düşündürmektedir de...

Araştırmadaki bulguya paralel olarak, Elbir (2000:48) sağlıklı lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada, babası çalışan ve çalışmayan lise birinci sınıf öğrencilerinin sosyal destek puan ortalamalarını birbirine oldukça yakın olduğunu ve bunlar arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit etmediğini belirtmektedir.

Araştırmada, annelerinin alkol kullanıp kullanmaması durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları

destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Annelerinin alkol kullanıp kullanmaması durumuna göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri Tablo 47’de verilmiştir. Araştırma sonucunda annelerin alkolik olacak düzeyde yani “sık sık” alkol kullanmadıkları ortaya çıkmış olup, annelerin alkol kullanma dereceleri “hiç” kullanmamakta ve “ara sıra” kullanmakta olarak bulunmuştur.

Tablo 47: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Annelerinin Alkol Kullanıp Kullanmaması Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Annenin Alkol Kullanıp Kullanmaması	n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL					
Hiç kullanmamakta	97	15,53	7,81	-,599	0,399
Ara sıra kullanmakta	10	17,10	8,35		
AİLE					
Hiç kullanmamakta	97	17,56	6,53	-,058	0,018*
Ara sıra kullanmakta	10	17,70	9,52		
ARKADAŞ					
Hiç kullanmamakta	97	17,60	7,05	2,897	0,579
Ara sıra kullanmakta	10	10,80	7,29		
TOPLAM					
Hiç kullanmamakta	97	50,71	15,67	0,975	0,902
Ara sıra kullanmakta	10	45,60	16,95		

* $p < 0,05$ için farklılık anlamlıdır.

Tablo 47 incelendiğinde görüldüğü gibi, annelerinin alkol kullanıp kullanmaması değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, arkadaş, ve toplam destek düzeylerine ilişkin t değerlerinin (-,599; 2,897; ve 0,975) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermediği, aileden algılanan

destek düzeyine ilişkin t değerinin ise (-,058) anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır ($p<0.05$).

Annesi “hiç alkol kullanmayan” ergenlerin toplamda algıladıkları destek puan ortalamaları (50.71), annesi “ara sıra alkol kullananların” puan ortalamalarına (45.60) göre biraz daha fazla bulunmuş olup, bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 47).

Özel bir insan ve arkadaş alt ölçeği açısından da; her iki alt ölçeğin puan ortalamalarının annelerinin alkol kullanmaması bakımından birbirine yakın değerler aldığı; ancak annelerin ara sıra alkol kullanması durumuna göre ise özellikle arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyinin oldukça düşük olduğu ($\bar{x}$:10.80); bunun yanı sıra özel bir insandan algıladıkları sosyal destek düzeyinin ise biraz daha yüksek olduğu ($\bar{x}$:17.10) görülmektedir. Bundan da, anneleri ara sıra alkol kullananların özel bir insandan daha fazla sosyal destek algıladıkları sonucuna varılabilir.

Aile alt ölçeği açısından ise; annesi “hiç alkol kullanmayan” ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri, annesi “ara sıra alkol kullanan” ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, daha önce de belirtildiği üzere (Bkz.Tablo 19) kadınların %4.2-4.9 oranında alkol kullandıkları ile açıklanabilir. Ülkemizde kadınların alkol kullanması hoş görülen bir durum değildir, bu da kadınların erkeklere kıyasla daha düşük oranda alkol kullanmalarına neden olmaktadır. Bu da, kadınların çoğunlukla sosyal ortamlarda ara sıra alkol kullandıklarını ve bu alışkanlığın çocuklar üzerindeki olumsuz etkisinin daha düşük olabileceğini aklı getirmektedir. Ancak bu araştırmada, annelerin ara sıra da alkol kullanması ergenlerin aileden algıladıkları desteği düşürmüştür.

Literatürde yer alan çalışmalarda da belirtildiği (Tuğrul 1994:70; Smith ve Anderson 2000:453) gibi bu durum, alkoliklerin çocuklarının düşük düzeyde uyum gösterdikleri, büyüme ve gelişmelerinin olumsuz yönde etkilendiği ve

intihar girişimlerinin arttığı ve bu ergenlerin yüksek risk grubunda oldukları ile açıklanabilir. Ayrıca sosyal destek açısından; ergenlerdeki psikopatolojinin geçmiş öyküsünde, anne-babanın alkol-ilaç-uyuşturucu kötüye kullanımının olması, negatif sosyal desteğe (kötü işleyen ve yardım alınamayacak desteklerin varlığı veya desteğin yokluğuna) işaret etmektedir.

Negatif destekte bulunan bazı kişiler; gençlerin güvenmediği insanlar, gençleri taciz edenler ve gençlerle kötü iletişim kuran kişiler olarak sayılabilir (Beautrais ve diğerleri 1996; Hollis 1996; Kosky ve diğerleri 1990; Sarason ve diğerleri 1983; Vauz ve diğerleri 1987 Akt.: Smith ve Anderson 2000:456). Bu bilgiler ışığında; anneleri alkol kullanan ergenlerin aile içinde kötü iletişime (negatif sosyal desteğe) sahip oldukları düşünülebilir ve bu nedenle de aile desteğini düşük algıladıkları ifade edilebilir.

Bu araştırmadaki bulguyla çelişen bir bulgu olarak, Elbir (2000:50) çalışmasında annelerin alkol kullanıp kullanmamasına göre lise birinci sınıf öğrencilerinin aile, arkadaş ve öğretmen destek düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı çıkmadığını bildirmektedir.

Araştırmada, babalarının alkol kullanıp kullanmaması derecesine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği bir alt amaç olarak ele alınmıştır.

Babalarının alkol kullanıp kullanmaması derecesine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 48'de verilmiştir.

Tablo 48: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Alkol Kullanıp Kullanmaması Derecesine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Babanın Alkol Kullanıp Kullanmaması		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	Hiç kullanmamakta	62	15,12	7,86	1,999	0,141
	Ara sıra kullanmakta	32	15,32	7,07		
	Sık kullanmakta	11	20,18	9,63		
AİLE	Hiç kullanmamakta	62	18,25	6,57	3,617	0,030*
	Ara sıra kullanmakta	32	17,71	6,74		
	Sık kullanmakta	11	12,36	7,55		
ARKADAŞ	Hiç kullanmamakta	62	16,62	7,28	0,802	0,451
	Ara sıra kullanmakta	32	18,21	7,80		
	Sık kullanmakta	11	15,27	7,22		
TOPLAM	Hiç kullanmamakta	62	50,01	2,07	0,199	0,820
	Ara sıra kullanmakta	32	51,28	2,74		
	Sık kullanmakta	11	47,81	4,60		

* $p < 0,05$ için farklılık anlamlıdır.

Tablo 48'de görüldüğü gibi, babalarının alkol kullanıp kullanmaması derecesi değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin F değerlerinin (1.999; 0.802 ve 0.199) anlamlı düzeyde farklılık göstermediği, aileden algılanan destek düzeyine ilişkin F değerinin ise (3.617) anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu farkın hangi grup ortalamaları arası farktan kaynaklandığı LSD testi ile kontrol edilerek, sonuçlar Tablo 48b'de (Ek: 2'de) gösterilmiştir.

Tablo 48 ve Tablo 48b'de de görüldüğü üzere, "ara sıra alkol kullanan" babaya sahip ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 51.28, babası "hiç alkol kullanmayan" ergenlerin puan ortalamaları 50.01, "sık alkol

kullanan” babaya sahip olanların puan ortalamaları ise 47.81 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre, babası ara sıra alkol kullanan ergenlerin toplamda algıladıkları destek düzeyleri diğer ergenlere göre daha fazladır.

Arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyleri bakımından; ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerine benzer şekilde algıladıkları görülmektedir. Özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyleri bakımından da, babası “sık alkol kullanmakta” olanların, “hiç alkol kullanmayan” ve “ara sıra alkol kullananlara” göre daha fazla özel insandan destek algıladıkları ortaya çıkmıştır.

Aile destek alt ölçeğine bakıldığında ise, “hiç” alkol kullanmayan babaya sahip ergenlerin aile destek düzeyi puan ortalamaları 18.25, “ara sıra” alkol kullanan babaya sahip olanların puan ortalamaları 17.71 ve “sık” alkol kullanan babaya sahip olanların ise puan ortalamaları 12.36 olarak bulunmuştur. Babaları hiç alkol kullanmayan, ara sıra ve sık alkol kullanan ergenlerin kendi içindeki karşılaştırmalarda aile destek algılamalarında .05 düzeyinde anlamlı farklılıklar çıkmıştır. Bu gruplar arasında en olumlu destek algısı hiç alkol kullanmayan babaları olan ergenlerde olduğu görülmektedir.

Başka bir deyişle babalarının alkol kullanma sıklığı arttıkça, buna paralel olarak ergenlerin ailelerinden algıladıkları destek düzeyinde anlamlı bir düşme olmaktadır. Bundan da, babalarının alkol kullanıp kullanmaması durumuna göre, ergenlerin algıladıkları aile destek düzeyleri arasında, babası hiç alkol kullanmayan ergenler lehine anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir. Bu durum, alkoliklerin içinde yaşadığı ev ortamında sık sık sert tartışma ve kavgaların olması (Bkz. Tablo 21, Tablo 49) nedeniyle ergenlerin daha fazla stres yaşamaları ve bu nedenlerle daha düşük destek algılamalarına neden olduğu şeklinde açıklanabilir. Babaların alkol kullanım nedenleri arasında en büyük etkenin işsizlik olduğu hatırlanacak olursa, ergenlerin hem maddi hem de duygusal destekten yoksun kalmaları kaçınılmaz olarak görülmektedir. Babanın

alkol kullanımı ile birlikte aile üyelerine fiziksel ve duygusal şiddet uygulamasının arttığı bilinmektedir. Bu durum ergen için örseleyici bir durumdur. Tuğrul'a (1994:58) göre, alkoliklerin çocukları aile ortamından kaynaklanan stresle başa çıkarken, babası alkolik olmayanlara kıyasla problem çözümüne yönelme yolunu daha az, çaresizliğe sığınma yollarını ise daha fazla kullanmakta ve buna bağlı olarak daha düşük uyum düzeyi göstermektedirler. Murray (1989 Akt.: Tuğrul 1994:58)'a göre ise, alkoliklerin çocuklarının içinde yaşadığı ev ortamı, babası alkolik olmayan gençlerin ev ortamlarına göre daha stresli olmaktadır.

Araştırmada, ailelerinde sert tartışma ve kavganın olup olmaması derecesine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ailelerinde sert tartışma ve kavganın olup olmaması derecesine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 49'da verilmiştir.

Tablo 49: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Sert Tartışma ve Kavganın Olup Olmaması Durumun Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Ailede Sert Tartışma ve Kavganın Olma Derecesi		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	Hiç olmamakta	19	17,68	7,26	1,063	0,368
	Bazen olmakta	62	15,35	7,63		
	Sık sık olmakta	21	14,52	9,32		
	Her zaman olmakta/ her gün olmakta	8	19,00	6,02		
AİLE	Hiç olmamakta	19	21,52	5,01	16,099	0,001*
	Bazen olmakta	62	18,95	5,71		
	Sık sık olmakta	21	12,80	6,61		
	Her zaman olmakta/ her gün olmakta	8	8,25	4,80		
ARKADAŞ	Hiç olmamakta	19	18,21	7,24	0,546	0,652
	Bazen olmakta	62	16,33	7,16		
	Sık sık olmakta	21	16,38	7,95		
	Her zaman olmakta/ her gün olmakta	8	18,87	7,60		
TOPLAM	Hiç olmamakta	19	57,42	15,71	2,900	0,038*
	Bazen olmakta	62	50,64	15,18		
	Sık sık olmakta	21	43,71	15,15		
	Her zaman olmakta/ her gün olmakta	8	46,12	14,61		

* $p < 0,05$ için farklılık anlamlıdır.

Tablo 49'da görüleceği gibi, ailelerinde sert tartışma ve kavganın olup olmaması değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin aile ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerlerinin (16.099 ve 2.900) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, özel bir insan ve arkadaş alt ölçeklerine ait destek

düzeylerine ilişkin F değerlerinin (1.063 ve 0.546) ise istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık göstermediği anlaşılmaktadır. Söz konusu farkın hangi grup ortalamaları arası farktan kaynaklandığı LSD testi ile kontrol edilerek, sonuçlar Tablo 49b'de (Ek: 2'de) gösterilmiştir.

Tablo 49 ve Tablo 49b incelendiğinde görüleceği üzere, ailelerinde “hiç” sert tartışma ve kavga olmayan ergenlerin toplam destek puan ortalamaları 57.42, “bazen” olanların puan ortalamaları 50.64, “her zaman/ her gün” olanların puan ortalamaları 46.12 ve “sık sık” olanların puan ortalamaları ise 43.71 olarak bulunmuştur.

Ailelerinde “her zaman/ her gün” sert tartışma ve kavga olan ergenlerin özel bir insandan algıladıkları sosyal destek düzeyi puan ortalamalarının diğer durumlara göre daha yüksek, bu duruma ek olarak da ailelerinde “hiç” sert tartışma ve kavga olmayan ve “her zaman/ her gün” sert tartışma ve kavga olan ergenlerin arkadaş destek düzeyi puan ortalamalarının ise diğer durumlara göre daha yüksek olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Tablo 49).

Ailelerindeki tartışma durumu ile aileden algıladıkları sosyal destek puanlarının incelemesinde, tartışma derecelerinin ergenin sosyal destek algısını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Bütün grupların karşılaştırılması istatistiki açıdan önemli farklılık ortaya koymuştur (Tablo 50b).

Ailedeki tartışma düzeyinin yoğunluğu toplamdaki sosyal destek algısını da ters yönlü olarak etkilemektedir. Bu etki istatistiki olarak da önemli bulunmuştur (Tablo 49b).

Tablo 49b'deki durum başka bir ifadeyle, ailede sert tartışma ve kavga arttıkça, buna paralel olarak ergenlerin çok boyutlu algıladıkları destek düzeylerinde anlamlı bir düşme olmaktadır. Bundan da, ailede sert tartışma ve kavga olma derecesine göre, ergenlerin algıladıkları aile ve toplam destek düzeyleri arasında, ailesinde hiç sert tartışma ve kavga yaşanmayan ergenler lehine

anlamalı bir fark olduğu gör÷lmektedir. Bu durum; çatışma ve kavganın olmadığı, eşler arasında sağlıklı evlilik ilişkisinin ve aile içindeki ilişkilerin doyum verici olduğu ailelerde güven ve huzur ortamının olduğunu düşündürmektedir. Bu ailelerde ergenin psiko-sosyal sorunlarının diğerlerine göre daha az olduğu söylenebilir. Aile içindeki şiddet öncelikle kadını daha sonra da çocukları etkilemektedir. Aile içinde eşler arasında yaşanan şiddetli tartışma ve kavgalar çocuklarda huzursuzluk, güvensizlik yaratmaktadır. Bu aile ortamında çocukların büyümesi ve gelişmesi için gerekli olan olumlu ve yapıcı tutum ve koşullarla karşılaşması olasılığının daha az olacağı nedeniyle daha düşük düzeyde destek algıladıkları düşünülmektedir.

Aile içindeki şiddet aile üyeleri arasındaki bağların çözülmeye başlamasına, zamanla genişleyerek çocuklara da yansımaya ve bunun sonucunda da ergenlerde farklı tepkilerin gelişmesine (evden kaçma, alkol-uyuşturucu bağımlılığı, hırsızlık vb.) neden olduğu bildirilmektedir (İçli 1994; Öz 1997 Akt.: Elbir 2000:31).

Bu bulguya benzer olarak Elbir (2000:53) sağlıklı lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada, ailesinde hiç sert tartışma ve kavga olmayan öğrencilerin lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit ederek, bu durumu ailede sert tartışma ve kavga arttıkça, öğrencilerin aileden algıladıkları destek düzeyinin düştüğü şeklinde ifade etmektedir.

Araştırmada, kendilerini yalnız hissetme derecelerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Kendilerini yalnız hissetme derecelerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 50'de verilmiştir.

Tablo 50: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kendilerini Yalnız Hissetme Derecelerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Kendini Yalnız Hissetme Dereceleri		n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL	Hiç hissetmiyorum	15	17,53	9,19	0,272	0,845
	Bazen hissediyorum	43	15,76	6,93		
	Sık sık hissediyorum	29	15,55	7,80		
	Her zaman hissediyorum	23	15,34	8,87		
AİLE	Hiç hissetmiyorum	15	21,80	5,41	13,029	0,001*
	Bazen hissediyorum	43	20,00	4,59		
	Sık sık hissediyorum	29	15,86	7,06		
	Her zaman hissediyorum	23	11,82	6,75		
ARKADAŞ	Hiç hissetmiyorum	15	20,26	8,11	1,783	0,155
	Bazen hissediyorum	43	17,27	6,48		
	Sık sık hissediyorum	29	15,24	7,26		
	Her zaman hissediyorum	23	15,86	7,93		
TOPLAM	Hiç hissetmiyorum	15	59,60	18,38	4,856	0,003*
	Bazen hissediyorum	43	53,04	11,79		
	Sık sık hissediyorum	29	46,65	15,62		
	Her zaman hissediyorum	23	43,04	16,50		

* $p < 0,05$ için farklılık anlamlıdır.

Tablo 50'de görüleceği gibi, kendilerini yalnız hissetme dereceleri değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan ve arkadaş destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.272 ve 1.783) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamış, ancak aileden ve toplamda algılanan sosyal destek düzeylerine ilişkin F değerleri (13.029 ve 4.856) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır. Bu farkın hangi grupların ortalamaları arası farktan kaynaklandığı LSD testi ile kontrol edilerek, sonuçlar Tablo 50b'de (Ek: 2'de) gösterilmiştir.

Tablo 50 ve 50b'de de görüleceği üzere, kendilerini yalnız “hissetmeyen” ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 59.60, “bazen” yalnız hissedenlerin puan ortalamaları 53.04, “sık sık” yalnız hissedenlerin puan ortalamaları 46.65 ve “her zaman” yalnız hissedenlerin puan ortalamaları 43.04 olarak bulunmuştur. Ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark, aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarında olduğu gibi .05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Aile alt ölçeğinde de, paralel bir durum görülmekte, kendilerini hiç yalnız hissetmeyenlerin aile destek algısı, en yüksek ortalama puan ile her zaman yalnız hissedenlerden de anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu yükseklik diğer gruplarda da önemli bir destek algısı yaratmıştır (Tablo 50b).

Bu bulgulardan da, kendilerini yalnız hissetme dereceleri değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin algıladıkları aile ve toplam destek düzeyleri bakımından kendini “hiç” yalnız hissetmeyen lehine bir sonuç çıktığını söylemek mümkündür. Başka bir ifadeyle, psikiyatrik yardım alan ergenlerin yalnızlık dereceleri düştükçe, buna paralel olarak Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Desteğin de (özel bir insandan, aileden, arkadaştan ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyleri) yükseldiği ifade edilebilir.

Sonuç olarak, kendilerini yalnız hissetmeyen ve bazen yalnız hisseden ergenlerin, sık sık ve her zaman yalnız hissedenlere göre özel bir insandan, aileden, arkadaştan ve toplamda algıladıkları destek düzeyi daha fazladır. Bu sonuçlar, Elbir'in (2000:54-94) çalışmasında elde ettiği bulgularla da paralellik göstermektedir: Sağlıklı lise öğrencilerinin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri bakımından, kendilerini yalnız hissedenlerin daha düşük destek algıladıkları bulunmuş ve bu durum, öğrencilerin ailelerinden maddi destek aldıkları ancak aile içinde kendilerini dinleyen, anlayan, duygu ve düşüncelerini paylaşan ve onları duygusal olarak destekleyen kaynaklardan yoksun oldukları için destek algılarının düşmüş olabileceği şeklinde açıklanmıştır.

Başka bir çalışmada ise, sahip olunan sosyal ağ ve yalnızlık arasında bir ilişki olduğu ve sosyal desteğin bireyi yalnızlık duygusundan koruduğu belirtilmektedir (Rook 1987:1132). Demir (1990) yaptığı araştırmasında, ana-babalarıyla yaşadıkları ilişkilerinden memnun olmayanların memnun olanlardan daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıklarını vurgulamaktadır.

Bilindiği gibi yaşadığı ilişkilerden doyum ve başarı sağlayan çocuklar, daha ilerideki yaşantılarında da çevreleriyle anlamlı ve doyurucu ilişkiler kurabilir. Bu ilişkilerinin olumlu bir etkisi olarak da sosyal destek algılarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bizim çalışmamızda da yalnızlık duygusu azaldıkça, sosyal destek algısının yükseldiği görülmektedir.

Araştırmada, karşı cinsten yakın arkadaşlarının olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Karşı cinsten yakın arkadaşlarının olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri Tablo 51'de verilmiştir.

Tablo 51: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Karşı Cinsten Yakın Arkadaşlarının Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Karşı Cinsten Yakın Arkadaşının Olup Olmaması	n	$\bar{x}$	SS	t	p	
ÖZEL	Evet	63	19,06	6,70	5,609	0,001*
	Hayır	47	11,57	7,22		
AİLE	Evet	63	17,71	7,04	0,477	0,634
	Hayır	47	17,08	6,55		
ARKADAŞ	Evet	63	18,26	6,74	2,400	0,018*
	Hayır	47	14,95	7,68		
TOPLAM	Evet	63	55,04	14,67	4,055	0,001*
	Hayır	47	43,61	14,55		

* $p < 0,05$ için farklılık anlamlıdır.

Tablo 51'de görüleceği gibi, karşı cinsten yakın arkadaşlarının olup olmaması değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insandan algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin t değeri (5.609) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamış, ancak aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin t değerleri (0.477; 2.400 ve 4,055) ise istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır.

Karşı cinsten yakın arkadaşları olan ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 55.04, karşı cinsten yakın arkadaşı olmayan ergenlerin ortalamaları ise 43.61'dir ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t:4.055$,

$p<0.05$). Özel bir insan ve arkadaş alt ölçekleri açısından da toplamda algılanan sosyal destek puan ortalamalarına benzer sonuç elde edilmiştir. Başka bir ifadeyle karşı cinsten yakın arkadaşı olan ergenlerin, karşı cinsten yakın arkadaşı olmayan ergenlere göre özel bir insandan, arkadaştan ve toplamda algıladıkları sosyal destek daha yüksektir.

Karşı cinsten yakın arkadaşının olup olmamasına göre sağlıklı lise birinci sınıf öğrencilerinin arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyi açısından Elbir (2000:73) çalışmasında, bu araştırmada elde edilen bulguya benzer sonuç elde etmiş, ancak Elbir'in (2000:90) aynı çalışmasında öğretmenlerden (özel bir insandan) algılanan sosyal destek düzeyi bakımından ise istatistiksel açıdan anlamlılık bulamamıştır. Bu durum sağlıklı ergenlerin psikiyatrik bozukluğu olan ergenlere göre daha az özel bir insana (öğretmen, doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı v.b) sosyal destek açısından ihtiyaç duyduğu şeklinde yorumlanabilir. Çünkü yaşamlarında stresli bir olay yaşamayan sağlıklı ergenler karşılaştıkları güçlüklerle başetme, yeni durumlara uyum sağlama açısından dikkatlerini başka yöne çevirme stratejileri ve aktif uyma stratejileri geliştirmeleri, psikiyatrik bozukluğu olan ergenlere göre daha kolay olabilir.

Bal ve diğerlerinin (2003:1386) kliniğe başvurmayan öğrenci adolesanların stresli olaylar sonrası kendilerini değerlendirmeleri ile stresli olaya uyumları ve kendilerini iyi hissetmelerinde sosyal desteğin rolünü araştırdıkları çalışmalarında, stresli yaşam olayına sahip ergenlerin, yaşamlarında stresli bir yaşam olayı bulunmayanlara göre daha düşük oranda sosyal destek arama stratejileri ve dikkatlerini başka yöne çevirme stratejileri geliştirdiklerini bulmuşlardır. Bal ve diğerlerinin çalışmasından ve Tablo 51'den de anlaşılabacağı üzere, psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyi karşı cinsten yakın arkadaşı olanlar lehine yüksek çıkmıştır. Bilindiği gibi sağlıklı ergenlerin aile, arkadaş ve diğer sosyal destek kaynaklarının sayısının çok olması (sosyal ağın büyük olması) ve bu kişilerden ihtiyaç duyduğu zaman destek alabileceğini bilmesi ve destek alması da algılanan sosyal destek düzeyini yükselten faktörlerdendir. Bazı

araştırmacılar, psikiyatrik hastaların sosyal ağlarının normallere kıyasla daha küçük olduğunu bildirmişlerdir (Cohen, Clark ve Sherrod 1980 Akt.: Çakır 1993:6). Diğer yandan, psikiyatrik yardım alan ergenlerin psikiyatrik bozukluklarını daha çok ailesi ve profesyonel meslek elemanlarının bilmesi de (yani ergenlerin ve ailelerinin psikiyatri kliniğine başvurdıklarını diğer kişilerden gizleme davranışları da) ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerini düşüren faktörlerden olabilir.

Araştırmada elde edilen bulgulardan, psikiyatrik yardım alan ergenlerin alt ve orta sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyde olmalarından kaynaklanabilecek özelliklerinden de kaynaklanabilecek durumlar (kız-erkek arkadaşlığına ailelerin hoş bakmaması, daha çok hemcinsleri ile yakın arkadaşlığa onay vermesi vb.) nedeniyle de özel bir insan, arkadaş ve toplumda algıladıkları sosyal desteğin düşük çıkmasında etkili olabilir.

Tablo 51'de aile alt ölçeği açısından ise algılanan destek düzeylerinin puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da karşı cinsten yakın arkadaş olan ve olmayan ergenlerin puan ortalamalarının birbirine oldukça yakın çıktığı görülmektedir. Bu durum, psikiyatrik yardım alan ergenlerin yakın arkadaşlarının varlığını ailelerinden gizleme eğilimleri ile açıklanabilir. Daha önce de belirtildiği gibi aile yapısının kız-erkek arkadaşlığını onaylayıp desteklememesi ergenlerin gizleme davranışında etkili olabilmektedir.

Araştırmada, okula devam edip etmemesine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Okula devam edip etmemesine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri Tablo 52’de verilmiştir.

Tablo 52: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okula Devam Edip Etmemesine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Okula Devam Edip Etmemeleri	n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL	Evet	67	16,19	0,550	0,583
	Hayır	43	15,34		
AİLE	Evet	67	18,22	1,504	0,136
	Hayır	43	16,23		
ARKADAŞ	Evet	67	18,01	2,109	0,037*
	Hayır	43	15,04		
TOPLAM	Evet	67	52,43	1,925	0,057
	Hayır	43	46,62		

* $p < 0,05$ için farklılık anlamlıdır.

Tablo 52’de görüleceği gibi, okula devam edip etmedikleriyle ilgili değişkene göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin t değeri (2.109) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmış, ancak özel bir insan, aile ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerine ilişkin t değerleri (0.550; 1.504 ve 1.925) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiksel açıdan anlamlı olmasa da okula devam eden psikiyatrik yardım alan ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 52.43 ve okula devam etmeyen ergenlerin puan ortalamaları 46.62 olarak bulunmuştur. Başka bir deyişle okula devam eden ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek okula devam etmeyen ergenlere göre daha yüksektir. Özel bir insan ve aile alt

ölçekleri açısından da, bulguların toplam destek puan ortalamalarına benzer çıktığı görülmektedir. Ancak arkadaş alt ölçeği açısından okula devam eden ergenler ile okula devam etmeyen ergenler arasındaki algılanan arkadaş destek düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark .05 düzeyinde anlamlıdır. Bundan çıkarılabilecek sonuç ise, okula devam eden ergenlerin arkadaş destek algıları, okula devam etmeyenlere göre daha fazladır.

Bu durum; ergenlerin okula devam etmeleri ile bağlantılı olarak okul arkadaşları ile iletişimlerinin devam ettiği, okula devam etmeyenlerin ise hiç arkadaşları olmaması veya daha sınırlı sayıda arkadaşına sahip olmaları (sosyal ağlarının küçük olması) nedeniyle arkadaşlık ilişkilerinin daha düşük düzeyde olması ile açıklanabilir. Pratik uygulamalarda gözlenildiği kadarıyla psikiyatri gençlik ünitesine başvuran ergenlerin arkadaş sayısının normal ergenlere göre daha az olduğu bilinmektedir. Burada önemli olan arkadaş sayısı kadar ergenlerin arkadaşları ile ilişkilerinin yoğunluğudur. Diğer bir deyişle arkadaşları ile ilişkilerinde yakın bağları olanlar daha güçlü ve etkili destek alabilirler. Daha önce de belirtildiği gibi psikiyatrik yardım alan ergenlerin yakın aile üyeleri dışındaki kişilerden psikiyatri kliniğinden yardım aldıklarını gizlemeleri de arkadaştan algıladıkları desteği düşüren bir faktör olabilir.

Palabıyıkoglu'na göre (1993 Akt.: Çakır 1993:20) ergenlik dönemi, diğer gelişim dönemlerinden farklı olarak anne-babadan duygusal kopmanın gerçekleşmesi ve bağımsız yetişkin olunabilmesi için bağımlılığın azalması gereken bir dönemdir. Bu dönemde ergen yaşıt grupları ile bağımsızlık denemeleri yapmakta ve yaşıt grubunun değerlerine (grup kararları, giyimi, davranış biçimlerine) uyum sağlamak için çaba sarf etmektedir. Oysa psikiyatrik yardım alan ergenlerin hem okuldan kopmaları hem de psikiyatrik hastalıkları nedeniyle anne-babalarına bağımlı (hem maddi hem de duygusal açıdan) hale gelmeleri bu dönemi normal ergenlere göre daha uzun sürede ve güç atlatmalarına neden olabilir. Ergenlerle ilgili olarak yapılan çalışmalarda, ergenlerin psikolojik sağlıkları ile arkadaş desteği arasında anlamlı ilişki olduğu, stresli yaşam olayları ile başa çıkabilmede arkadaşlarını direnç kaynağı olarak

kullandıkları ve akranları ile birlikte vakit geçirmekten hoşlandıkları bildirilmektedir (Procidona ve Heller 1983; Kılbaş 1989; Winstead ve diğerleri 1992 Akt.: Elbir 2000:105).

Ergenlik döneminde ebeveynler ise gençlerin topluma kazandırılması ve toplumda sorumluluk sahibi olmaları için gerekli eğitimi vermekte güçlük çekmektedirler. Eğitimin sağlanmasında da en çok rolü olan kurumlar okullardır. Literatür ve pratik uygulamalardan okula devam eden ergenlerin karşılaştıkları sorunları çözme kapasitelerini güçlendirme ve yeni durumlara uyum sağlamalarında okulların yeterince destekleyici olamadığı bilinmektedir. Yani ergenlerin ergenlik dönemi ile ilgili olarak karşılaştıkları yeni durumlara uyum sağlamalarında okulların psikolojik rehberlik bölümleri yeterince danışmanlık ve destek sağlayamamaktadırlar. Daha önce de belirtildiği üzere özellikle psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerin (örn. davranım bozukluğu, hafif derece mental retardasyon, şizofreni vb.) okul yöneticileri ve öğretmenler tarafından sorunlu öğrenci olarak görülmeleri, psikiyatrik bozuklukları nedeniyle yapmış olabilecekleri davranışları nedeniyle disiplin cezası ile cezalandırılmaları ve okuldakilerin bu ergenlerin iyileşeceklerine yönelik inançlarının olmaması gibi nedenler okuldan kopmalarında etken olabilir (Bkz. Tablo 24).

Bunun dışında yine daha önce ifade edildiği üzere, DİE'nin 1999 verilerinde çalışan ve yoksul çocukların okulu terk edişlerinde en önemli etkenlerden birinin okul öğretmenleri ve arkadaşları tarafından hor görülmeleri olduğu belirtilmişti (Tablo 24). Bu araştırmada ergenlerin okuldan ve öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri artıkça sosyal destek algılarının da arttığı görülmektedir (Bkz. Tablo 53 ve Tablo 54). Literatür bilgilerinin ve bu araştırmanın diğer bulgularının, Tablo 52'e yönelik bulguları desteklediği yani ergenlerin okula devam etmeleri ile paralel olarak özellikle arkadaş destek algılarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yükseldiği görülmektedir.

Okullarda sosyal hizmet ağıının gelişmesi ergenlerin sorunlarının daha erken tespit edilip, ergenlerin okul sisteminden kopmalarının önüne geçecektir (Duman 2001:94,99).

Araştırmada, okula devam eden psikiyatrik yardım alan ergenlerin okuldan memnuniyet derecelerine göre özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Okuldan memnuniyet derecelerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri Tablo 53'de verilmiştir.

Tablo 53: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Okuldan Memnuniyet Derecelerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Okuldan Memnuniyet Dereceleri	n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL Çok memnunum	22	18,04	7,04	0,855	0,430
Kısmen memnunum	34	15,23	8,77		
Hiç memnun değilim	11	15,45	7,95		
AİLE Çok memnunum	22	20,18	6,30	1,446	0,243
Kısmen memnunum	34	17,32	6,62		
Hiç memnun değilim	11	17,09	7,11		
ARKADAŞ Çok memnunum	22	19,40	7,16	1,680	0,195
Kısmen memnunum	34	18,17	6,56		
Hiç memnun değilim	11	14,72	7,72		
TOPLAM Çok memnunum	22	57,63	15,62	2,139	0,216
Kısmen memnunum	34	50,73	14,78		
Hiç memnun değilim	11	47,27	15,55		

Tablo 53 incelendiğinde görüleceği gibi, okuldan memnuniyet dereceleri değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş

ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.855; 1.446; 1.680 ve 2.139) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da okula devam eden ergenlerin okuldan memnuniyet dereceleri açısından; “çok” memnun olduğunu bildirenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 57.63, “kısmen” memnun olanların toplam destek puan ortalamaları 50.73 ve “hiç” memnun olmayanların toplam destek puan ortalamaları 47.27 olarak bulunmuştur. Özel bir insan, aile ve arkadaş alt ölçek puan ortalamalarının da toplam destek puan ortalamalarına benzer şekilde çıktığı görülmekte olup, bu üç alt ölçeğin sosyal destek algısı toplamı bakımından arkadaştan ($\bar{x}$:18.01) ve aileden ($\bar{x}$:18.22) algılanan sosyal destek düzeyi toplamının birbirine oldukça yakın olduğu ve özel bir insandan algılanan sosyal destek toplam puan ortalamasından ($\bar{x}$:16.19) daha yüksek bildirildiği görülmektedir. Bundan da, okullarından memnuniyet dereceleri arttıkça, buna paralel olarak da ergenlerin öncelikle arkadaş, ikinci sırada aile ve son olarak da özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin arttığı sonucuna varılabilir. Bu durum, okula devam eden psikiyatrik yardım alan ergenlerin akranları ile arkadaşlık ilişkisine ne kadar önem verdiklerini ve ilişkilerinin gelişiminde okulda geçirilen zamanın etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu araştırmada, öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri arttıkça sosyal destek algılarının da arttığının bulunması (Bkz. Tablo 54), öğretmenlerden memnun olan ve destek alanların okuldan da memnun olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar, Yıldırım'ın (1998a Akt.: Elbir 101) akademik başarıları farklı olan lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında elde ettiği, okullarından memnun olan öğrencilerin algıladıkları toplam sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu sonucuyla paralellik göstermektedir. Yıldırım'ın aynı çalışmasında öğrencilerin en çok destek aldıkları kaynakların başında aile, ikinci sırada arkadaş ve en son sırada ise öğretmenlerin geldiği bildirilmektedir.

Bunun yanında literatürde sağlıklı lise birinci sınıfa devam eden öğrencilerin okuldan memnuniyet dereceleri arttıkça aileden algıladıkları sosyal desteğin arttığına yönelik istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlara rastlanmıştır ve bu durumun öğrencilerin okuyacağı okulları ailelerin titizlikle seçmesi nedeniyle ergenlerin okuldan memnuniyetlerinin arttığı ile açıklandığı görülmüştür (Elbir 2000: 56,101).

Araştırmada, öğretmenlerinden memnuniyet derecelerine göre okula devam eden psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Öğretmenlerinden memnuniyet derecelerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları; standart sapmaları ve F değerleri Tablo 54'de verilmiştir.

Tablo 54: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Öğretmenlerinden Memnuniyet Derecelerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Öğretmenlerinden Memnuniyet Dereceleri	n	$\bar{x}$	SS	F	p
ÖZEL					
Çok memnunum	22	17,59	7,12	0,618	0,542
Kısmen memnunum	36	15,19	8,37		
Hiç memnun değilim	9	16,77	9,52		
AİLE					
Çok memnunum	22	18,81	6,09	0,295	0,746
Kısmen memnunum	36	18,22	7,05		
Hiç memnun değilim	9	16,77	6,79		
ARKADAŞ					
Çok memnunum	22	19,36	5,95	0,884	0,418
Kısmen memnunum	36	17,75	6,93		
Hiç memnun değilim	9	15,77	9,64		
TOPLAM					
Çok memnunum	22	55,77	14,14	0,812	0,449
Kısmen memnunum	36	51,16	15,81		
Hiç memnun değilim	9	49,33	17,31		

Tablo 54’de görüleceği üzere, öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin F değerleri (0.618; 0.295; 0.884 ve 0.812) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da okula devam eden ergenlerin öğretmenlerinden “çok” memnun olduklarını bildirenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları 55.77, “kısmen” memnun olduklarını bildirenlerin puan ortalamaları 51.16 ve “hiç” memnun olmadıklarını bildirenlerin puan ortalamaları ise 49.33 olarak bulunmuştur. Özel bir insan, aile ve arkadaş alt ölçekleri puan ortalamalarının da toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarına benzer şekilde çıktığı görülmektedir. Bundan da, öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri arttıkça, ergenlerin öncelikle arkadaş, ikinci sırada aile ve son olarak da özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin arttığı sonucuna varılabilir. Bu durum, ergenlerin öğretmenlerinden elde ettiği desteğin, okul içerisinde ve okul dışında yaşadıkları diğer ilişki ve yaşantıları etkilediğiyle açıklanabilir.

Ülkemizde anne-babaların öğretmenlere verdiği değer oldukça yüksektir. Ergenlik döneminde, anne-babaların çocukların sorumluluğunu (özellikle eğitim alanında) öğretmenlere yıktığı bilinmektedir. Bu nedenle öğretmeninden memnun olan bir ergenin aile içindeki ve dışındaki ilişkileri olumlu yönde etkilenmektedir. İlişkileri olumlu yönde olan ergen bu ilişkilerden doyum sağlayabildiği ve kendilik algısının olumlu gelişmesi nedeniyle de destek aldığını hissedebilir. Ayrıca bilgi ihtiyacı veya diğer alanlarda da ihtiyacı olduğunda öğretmenlerinin bilgi ve deneyiminden yararlanabilir. Ailesi dışında güven duyabilecekleri kişiler arasında öğretmenlerin ilk sırada olabileceği düşünülebilir. Çünkü bu dönemde öğretmenlerle geçirilen zaman ve deneyim daha fazladır. Burada önemli olan öğretmenlerle iyi ilişkilerin geliştirilmesi ve öğretmene yakın hissedilmesidir.

Sandler (1981 Akt.: Elbir 2000:109) farklı tipteki insanların farklı destekleyici fonksiyonları olduğundan bahsederek, öğretmenlerin daha doyurucu okul yaşantısı sağlamada rol oynadıklarını vurgulamıştır. Bunun dışında yapılan bazı araştırmalarda da, öğretmenin öğrencisine sevgi ve ilgi göstermesinin, olumlu sözel ve davranışsal iletilerinin, ödüllendirici ve destekleyici tutumlarının, öğrencilerin kendilerini olumlu algılamalarına, başarılı olmalarına ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmelerine yardımcı oldukları belirtilmektedir (Akboy 1991:24; Altan 1999:18).

Bu bulgulara paralel olarak, literatürde lise birinci sınıfa devam eden sağlıklı öğrencilerin öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri arttıkça sosyal destek algı düzeylerinin arttığına yönelik bulgulara rastlanmaktadır (Elbir 2000:57). Elbir'in (2000:110) çalışmasında, öğretmenlerinden oldukça memnun olan lise öğrencileri ile kısmen memnun olanların, hiç memnun olmayanlara göre öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırmada, ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olup olmamasına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek puan ortalamaları, standart sapmaları, t değerleri Tablo 55’de verilmiştir.

Tablo 55: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Başka Kimsenin Olup Olmamasına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

Sosyal Destek / Ailede Psk. Yardım Alanın Olup Olmaması	n	$\bar{x}$	SS	t	p
ÖZEL	Evet	37	14,72	-1,081	0,282
	Hayır	73	16,43		
AİLE	Evet	37	17,16	-,309	0,758
	Hayır	73	17,58		
ARKADAŞ	Evet	37	15,78	-1,094	0,276
	Hayır	73	17,39		
TOPLAM	Evet	37	47,67	-1,191	0,236
	Hayır	73	51,42		

Tablo 55 incelendiğinde görüleceği üzere, ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olup olmaması değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin t değerleri (-1,081; -,309; -1,094 ve -1,191) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olmadığı ergenlerin toplam destek puan ortalamaları 51.42, ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olduğu ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları ise 47.67 olarak bulunmuştur. Özel

bir insan ve arkadaş alt ölçekleri açısından algılanan sosyal destek puan ortalamaları da toplamda algılanan sosyal destek puan ortalamalarında olduğu gibi ailelerinde psikiyatrik yardım alan kimsenin olmadığı ergenler lehine yüksek çıkmış, ancak aile alt ölçeğinde algılanan sosyal destek düzeyi ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olduğu ergenlerle, ailesinde başka psikiyatrik yardım almayan ergenlerin destek algıları birbirine yakın çıkmıştır.

Başka bir ifadeyle, ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsenin olması ergenlerin özel bir insandan ve arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyini düşürmektedir, ancak ailelerinde psikiyatrik yardım alan başka kimsesi olan ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek düzeyini ise fazla etkilememektedir.

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar; ailede ruhsal hastalığın varlığı ile hastalığa yanıt olarak aile içinde farklı etkileşim biçimlerinin ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir. Çünkü günümüzde psikiyatrik ilaçların tedavide daha etkili sonuçları olması nedeniyle hasta bireylerin hastanede yatış süreleri kısalmış ve daha çok toplum içinde sağaltım sağlanmaya başlanmıştır. Bu nedenle aile, psikiyatrik hastalığı olan bireye toplum içinde bakım veren birincil kurumdur. Ailenin bu sorumluluğu yüklenmesi ile aile üyelerinin hastalıkla baş çıkarken yük duygusu yaşamaları kaçınılmazdır. Örneğin şizofrenisi veya psikotik bozukluğu olan bir üyeye sahip olmak, hastalığın başlangıcında ailede şaşkınlık ve endişe yaratırken, daha sonraki dönemlerde aile içindeki iletişimin bozulmaya başlamasıyla tartışmalar ve hayal kırıklığı hatta bıkkınlık yaşatabilir.

Aile içinde yaşanan bu olumsuzlukların yanı sıra aile, toplumun psikiyatrik hastalığa olumsuz bakışı nedeniyle toplumsal alanda da sınırlılık yaşamaya başlayabilir. Bu durum da ailenin daha çok yük yaşamasına neden olabilir. Bütün bu nedenlerle özellikle annelerin psikiyatrik hastalığa yakalanması (Bkz. Tablo 56) veya kalıtsal geçiş nedeniyle zaten önceden hasta olmaları mümkün olarak görülebilir. Burada Genelci Sosyal Hizmet Yaklaşımı ile psikiyatrik yardım alan ergenlerle ailelerini ele almakta fayda vardır: Bireyin gelişimi yakın çevresi

yani mikro sistemle başlar, giderek geniş sosyo-kültürel ortamlar yani mezzo ve makro sistemler devreye girer. Burada hem ekolojik hem de sistem yaklaşımına göre bireyi ele alırsak; sistemin süreğenliği ve değişme durumu için çevre ile karşılıklı alışverişin devamlılığının önemli olduğu görülür. Psikiyatrik yardım alan ergenler için karşılıklı ilişkilerin devamlılığı açısından; hem aile üyeleriyle hem de toplumsal yapıdaki ilişkiler açısından sorun yaşanmaktadır.

Bazı yazarlarca yük kavramı; nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili emosyonel sıkıntı ya da hastayla ilgili yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Bloch ve diğerleri 1994; Provencher ve Mueser 1997 Akt.: Gülseren 2002:144). Gülseren (2002:114) tarafından böyle bir sınıflamanın yanı sıra, damga (stigma) ve damgalamanın aile ve ilişkiler üzerindeki etkisi, hastalığı aktarmış ya da yeterince önlem almamış olmanın suçluluğu, psikiyatri servisleriyle yaşanan çatışmalar gibi hasta yakını için sıkıntı doğuran bazı konuların da gözden kaçırılmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Lanzara ve diğerleri (1999 Akt.: Gülseren 2002:145) ailelerin en fazla sosyal ilişkiler alanında yük hissettiklerini, hastadaki yeti yitiminin yük için esas öngörücü olduğunu, manik ve pozitif belirtilerin, hastayla geçirilen zamanın, aile üyelerinin sosyal desteğinin yükü öngörmede daha az öneme sahip olduğunu saptamışlardır. İyi bir sosyal desteğin (Magliona ve diğerleri 1998b, Dyck ve diğerleri 1999, Magliano ve diğerleri; Magliona ve diğerleri 1998a 2000 Akt.: Gülseren 2002:145) ailenin yükünü azalttığı, hastayla geçirilen zamanın fazla olmasının yükü arttırdığı, aynı zamanda hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelmenin de ailenin yükünü azalttığı yönünde bulguların olduğu bildirilmektedir.

Bunun dışında, Türkiye’de yapılan kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik bazı çalışmalarda; hasta yakınlarının hastalığa yönelik nedensel atıfları, yükleri ve sağlık personelinin beklentileri,

sosyal destek programları ve hasta yakınlarıyla işbirliğinin önemi üzerinde durulmaktadır (Karancı 1995; Demirel ve diğerleri 1997; Mete 1998 Akt.: Gülseren 2002:148). Karancı (1995) ailelerin hem hastalarıyla hem de kendi duygularıyla başetmeye çalıştıklarını ve bu nedenle de ailelerin sosyal desteğe gereksinimleri olduğunu vurgulamaktadır.

Bu araştırmanın bulgularında ve literatürde de görüldüğü üzere aile kronik psikiyatrik bir hastalığın olması, aileye yük getirmekte ve bu da aile üyelerinin duygusal alanda rahatsızlanmalarına yol açabilmektedir. Bu durumda, psikiyatrik yardım alan ergenlerin hem kendileri hem de ailelerinin sosyal destek gereksinimleri artmaktadır. Sosyal destek ihtiyacının toplumsal sınırlılıklar nedeniyle çevreden sağlanamaması, psikiyatrik yardım alan ergenlerin hem arkadaşlarından hem de özel bir insandan algıladıkları sosyal desteği düşürmektedir. Aile üyelerinin hastalanmasıyla ailede hasta sayısının iki ya da daha fazla olmasıyla birlikte sosyal destek ihtiyacının daha fazla olması kaçınılmaz olarak görülmelidir. Kendi ihtiyacı karşılanmayan bir aile üyesinin (örneğin annenin) diğer üyenin (örneğin hasta çocuğun) ihtiyacını karşılamakta güçlük çekmesi ya da karşılayamaması beklenen bir durumdur.

Araştırmada, ailelerinde psikiyatrik yardım alan kişilere göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Ailelerinde psikiyatrik yardım alan kişilere göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek sıra ortalamaları, standart sapmaları ve ki-kare değerleri Tablo 56'da verilmiştir.

Tablo 56: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Psikiyatrik Yardım Alan Kişilere Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu

Sosyal Destek / Ailede Psikiyatrik Yardım Alan Kişiler		n	Sıra Ort.	χ^2	p
ÖZEL	Sadece annem	13	18.35	2.63	0.62
	Sadece babam	5	13.70		
	Kardeşim / kardeşlerim	10	20.45		
	Anne-babamın her ikisi	5	18.40		
	Diğer	4	24.88		
AİLE	Sadece annem	13	20.88	1.09	0.89
	Sadece babam	5	17.70		
	Kardeşim / kardeşlerim	10	18.65		
	Anne-babamın her ikisi	5	15.30		
	Diğer	4	20.00		
ARKADAŞ	Sadece annem	13	20.65	1.40	0.84
	Sadece babam	5	14.40		
	Kardeşim / kardeşlerim	10	19.05		
	Anne-babamın her ikisi	5	17.70		
	Diğer	4	20.88		
TOPLAM	Sadece annem	13	20.38	2.26	0.68
	Sadece babam	5	14.10		
	Kardeşim / kardeşlerim	10	18.60		
	Anne-babamın her ikisi	5	17.10		
	Diğer	4	24.00		

Tablo 56 incelendiğinde görüleceği gibi, ailelerinde psikiyatrik yardım alan kişiler değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin ki-kare değerleri (2.63, 1.09, 1.40 ve 2.26) istatistiki açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da aileden algılanan toplam destek puan ortalaması (17.16), arkadaş ve özel bir insandan algılanan toplam destek puan ortalamalarından (sırasıyla $\bar{x}$:15.78 ve $\bar{x}$:14.72) daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 30). Bu durum, daha öncede belirtildiği gibi (Bkz. Tablo 55) genelci sosyal hizmet yaklaşımıyla açıklanabilir: Aile sisteminde, üyelerinden birinin hastalanmasıyla birlikte sistemde yer alan diğer üyelerde etkilenmekte ve hastalanmaktadır.

Tablo 28 ve Tablo 56'da görüldüğü üzere "sadece annesi" ve "kardeş/kardeşleri" psikiyatrik hastalığa sahip olanların oranı diğerlerine göre daha fazladır. Burada en çok annelerin hastalanmaları Türk Aile Yapısının annelere verdiği rol ve sorumluluklarla açıklanabilir; annelerin daha çok hasta bireyin sorumluluğunu ve bakımını yüklenmesi onların daha çok hastalanmalarında etkilidir. Daha öncede belirtildiği üzere hastayla geçirilen zaman yükü arttırmakta ve ailenin diğer üyelerinde de emosyonel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmekte veya bu kişilerin mesleki verimlerini düşülebilmektedir (Lanzara ve diğerleri 1999; Karancı 1995; Magliano ve diğerleri 1998b; Gibbons ve diğerleri 1984; Provencher 1996 Akt.: Gülseren 2002:144-145).

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da, ailelerinde psikiyatrik yardım alan kişilerin "diğer kişiler" olduğunu bildiren ergenlerin toplamda algıladıkları sosyal destek sıra ortalamaları 20.00, "sadece annem" yanıtı verenlerin sıra ortalamaları 20.38, "kardeşim/kardeşlerim" yanıtı verenlerin sıra ortalamaları 18.60, "anne-babamın her ikisi" yanıtı verenlerin sıra ortalamaları 17.10 ve "sadece babam" yanıtı verenlerin sıra ortalamaları ise 14.40 olarak bulunmuştur (Tablo 56). Bundan da "sadece" babası psikiyatrik yardım alan ergenlerin diğerlerine göre toplamda algıladıkları sosyal desteklerinin düşük olduğu yani diğer ergenlere göre daha dezavantajlı konumda oldukları söylenebilir. Bu durum, babaların zamanını daha çok ev dışında geçirmesi ve çocuklarına daha az zaman ayırması, daha az sevgi ve ilgi göstermesi ile açıklanabilir.

Araştırmada, psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozukluklarına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplumda algıladıkları destek düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediği araştırma sorusu olarak ele alınmıştır.

Psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozukluklarına göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek sıra ortalamaları, standart sapmaları ve ki-kare değerleri Tablo 57’de verilmiştir. Söz konusu tabloda psikiyatrist tarafından “kişilik bozuklukları, trikotillomani, cinsel işlev bozukluğu ve tik bozukluğu” tanısı alan ergenler “diğer” başlığı içerisinde ele alınmıştır.



Tablo 57: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Psikiyatrist Tarafından Tespit Edilen Psikiyatrik Belirti veya Bozukluklarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Kruskal-Wallis Testi Sonucu

Sosyal Destek / Psikiyatrist tarafından tespit edilen bzk.	n	Sıra Ort	χ^2	p
ÖZEL				
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	13	71.73	15.41	0.118
Bipolar bozukluk-iki uçlu bozukluk	3	65.50		
Dışa atım bozuklukları	3	41.33		
Ergenlik sorunları ve davranım bozukluğu	11	45.27		
Hafif düzeyde MR	11	42.59		
Anksiyete bozuklukları	20	70.68		
Tanı konmamış	7	54.43		
Dikkat eksikliği/Hiperaktivite bozukluğu	7	37.93		
Somatoform bozukluklar	3	70.33		
Depresif bozukluklar	28	49.91		
Diğer	4	54.25		
AİLE				
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	13	78.92	11.54	0.317
Bipolar bozukluk-iki uçlu bozukluk	3	69.00		
Dışa atım bozuklukları	3	65.50		
Ergenlik sorunları ve davranım bozukluğu	11	47.77		
Hafif düzeyde MR	11	54.32		
Anksiyete bozuklukları	20	48.67		
Tanı konmamış	7	61.36		
Dikkat eksikliği/Hiperaktivite bozukluğu	7	44.29		
Somatoform bozukluklar	3	67.17		
Depresif bozukluklar	28	51.29		
Diğer	4	50.50		
ARKADAŞ				
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	13	75.46	14.55	0.149
Bipolar bozukluk-iki uçlu bozukluk	3	36.00		
Dışa atım bozuklukları	3	81.67		
Ergenlik sorunları ve davranım bozukluğu	11	62.27		
Hafif düzeyde MR	11	35.27		
Anksiyete bozuklukları	20	53.63		
Tanı konmamış	7	50.00		
Dikkat eksikliği/Hiperaktivite bozukluğu	7	61.29		
Somatoform bozukluklar	3	37.67		
Depresif bozukluklar	28	53.16		
Diğer	4	59.38		
TOPLAM				
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	13	82.50	16.38	0.089
Bipolar bozukluk-iki uçlu bozukluk	3	57.83		
Dışa atım bozuklukları	3	67.00		
Ergenlik sorunları ve davranım bozukluğu	11	47.27		
Hafif düzeyde MR	11	35.68		
Anksiyete bozuklukları	20	60.33		
Tanı konmamış	7	55.36		
Dikkat eksikliği/Hiperaktivite bozukluğu	7	45.79		
Somatoform bozukluklar	3	60.33		
Depresif bozukluklar	28	51.41		
Diğer	4	52.50		

Tablo 57’de de görüleceği gibi, psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozuklukları değişkenine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin özel bir insan, aile, arkadaş ve toplam destek düzeylerine ilişkin ki-kare değerleri (15.41, 11.54, 14.55 ve 16.38) istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.

İstatistiki açıdan anlamlı olmasa da, aileden algılanan toplam destek puan ortalaması (17.44) arkadaş ve özel bir insandan algılanan toplam destek puan ortalamalarından ($\bar{x}$:16.85 ve $\bar{x}$:15.86) daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 30). Bu durum, sosyal destek kaynaklarının bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlamasının sosyal desteğin doğrudan ve tampon etkisi sayesinde kişilerarası ilişkiler yoluyla sağlığın korunmasındaki rolü ile açıklanabilir.

Sosyal destek kaynakları sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma, paylaşım gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fizik ve ruh sağlığını doğrudan olumlu şekilde etkilemektedir. Yalnız sosyal destek kaynaklarından biri olan ailenin psikiyatrik yardım alan bir üyeye sahip olmaları ile birlikte yük duygusu artmakta ve hastalığa verdikleri duygusal tepkiler farklı olabilmektedir.

Ergenlerin en çok ailelerinden destek algılamalarında önemli etkenler arasında ailenin hastalığa verdiği duygusal tepkiler etkili olabilir. Aileler çocukları ilk kez hastalanarak hastaneye başvurduğunda şaşkınlık, hayal kırıklığı ve üzüntü duymaktalar, daha sonra ise suçluluk duygusu yaşabilmektedir. Yine aileler çocukları ile ilgili beklentilerini yitirmeleri nedeniyle “bitmeyen yas” süreci yaşatabilirler. Ailelerin yaşadıkları bu duygular, psikiyatrik bozukluğu olan bireyle daha çok ilgilenilmesine yol açabilir. Bu da, psikiyatrik yardım alan ergenlerin aile destek algılarını arttırabilir.

Psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozukluklara göre toplumda algılanan sosyal destek puan ortalamaları açısından ise; “şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları” olan ergenlerin en yüksek ortalamaoya sahip oldukları bulunmuştur (χ^2 :82.50).

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan ergenleri sırasıyla; “dışa atım bozuklukları” ($X^2:67.00$), “somatoform bozuklukları” ($X^2:60.33$), “anksiyete bozuklukları” ($X^2:60.35$), “iki uçlu bozukluk” ($X^2:57.83$), “tanı konmamış” ($X^2:55.36$), “diğer” bozukluklar ($X^2:52.50$), “depresif bozukluklar” ($X^2:51.41$), “ergenlik sorunları ve davranım bozukluğu” ($X^2:47.27$), “dikkat eksikliği/hiperaktivite” ($X^2:45.79$) ve “hafif düzeyde mental retardasyonu” ($X^2:35.68$) olan ergenler izlemektedir.

Bu durum, ailenin üyesi olan psikiyatrik yardım alan ergenin, psikiyatrik bir bozukluğa yakalanmasından sonra aile içi dayanışmanın arttığı düşünülebilir. Bunun yanında hastalık yaşantısında, hastalığın her evresinde belirsizlik yaşanabilir. Bu belirsizlik de, hastaların ve yakınlarının duygularını etkileyerek stres, psiko-sosyal uyum sorunları ve negatif duygu-durum yaşamalarına neden olabilir. Belirsizlik sırasındaki ailesel ve kurumsal destekler, bireyin algılarını ve yaşama ilişkin yorumlarını etkileyebilir.

Aile üyelerine hastalık hakkında yeterli bilgi verilmesi ve hastalıkla ilgili karşılaştıkları güçlüklerle başetme becerileri kazandırılması, onların hastalarına destek olma rollerini etkileyebilir. Yani psikiyatrik yardım alan ergenlerin ailelerinin psikiyatrik sosyal hizmet uzmanından ve diğer psikiyatri ekibinden yeterince destek alması, onların çocuklarına destek olma davranışını olumlu etkileyen faktörler arasındadır.

Willick (1994 Akt.: Gülseren 2002:144) şizofren çocuğa sahip ana-babaların, çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tuttuğunu ve bunun adeta “bitmeyen yas” süreci olduğunu vurgulamıştır. Bütün bu olumsuzluklara rağmen aile üyelerinin dikkatlerini psikiyatrik bozukluğu olan kişiye yönelttiğini vurgulayan çalışmalar vardır (Perlmutter 1996; Tuna 1999 Akt.: Gülseren 2002:144). Örneğin şiddetli düzeydeki psikotik davranışlarla baş edebilmek için gereken yoğun çabayı, aileyi bir arada tutan bir “tutkal”a benzetmişlerdir.

Banaz (1992:39,159) sağlıklı lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırmış ve bu çalışmasının sonunda aile desteği ve toplamda algılanan sosyal destek ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin ters orantılı olarak istatistiki açıdan anlamlı çıktığını bulmuştur. Yani aileden ve toplamda algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça ruh sağlığının düzeldiğini veya olumlu yönde etkilendiğini, algılanan aile ve toplam sosyal destek düzeyi azaldıkça, ruh sağlığının bozulduğunu belirtmektedir. Tablo 57'deki bulgulara da ergenlerin aileden algıladıkları sosyal destek diğerlerine göre daha yüksektir.

Breir ve Struss (1986 Akt.: Bayram 1999:160), psikotik hastalığın iyileşmesinde sosyal desteği incelemek için çalışma yapmışlardır. Bir grup psikotik hastayı izlemişlerdir. Hastalıkların iyileşme dönemlerinde, sosyal desteğin 12 işlevinin çok yararlı olduğunu bulmuşlardır. Bunlardan hastaların en fazla söz ettikleri şunlardır: "Başkaları ile konuşma ve duygularını paylaşma", "günlük işler için yardım görme", "sosyal onay ve kabul görme", "eski tanıdıkları ile ilişkiyi sürdürme", "sorunlarını başkaları ile tartışarak geri iletim alma", "karşılıklı ilişki içinde başkalarına yardım edebilmedir".

Sorias (1988:26), nevrotik türden bir ruhsal bozukluğu olan üniversite öğrencilerinin sosyal destek kaynaklarının hem yapısal özelliklerinin, hem de verdikleri doyum açısından yetersiz olduğunu, yine Sorias (1992:33) hasta ve kontrol grupları üzerinde yürüttüğü bir başka çalışmada, hasta grubunda algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu, bu grubun aile ve arkadaşlarını, normal deneklere kıyasla daha az destekleyici bulduklarını belirlemiştir.

Öz (2001:61) tarafından belirsizlikle birlikte oluşan duygular; kaygı, korku, öfke, çaresizlik, aşırı duyarlılık ve depresyon olarak saptanmıştır. Öz (2001:61) belirsizliği ise, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu olarak tanımlanmış ve bu yetersizlik duygusuyla bireyin pozitif düşünce, sosyal destek ve ekonomik yeterlilikle baş edebileceği

vurgulanmıştır. Öz'ün aynı çalışmasında aile beraberliği, arkadaşlar ve sağlık çalışanlarının, ümidi azalmış bireylerin desteklenmesi ve bilgi verilmesinde etkili oldukları, yani hastaya ve ailesine pozitif bakış açısı kazandırılabilirdikleri belirtilmektedir.

Ergenlik dönemi; bireyin yaşamında çocukluktan yetişkinliğe geçme, bir kimlik kazanma, bağımsız ve otonom bir kişi yaratma süreci olarak görülen ve buna bağlı olarak da, bir çok sorunu yapısında taşıyan kritik bir dönemdir.

Bu dönemde her iki cinsten yaşlılarla olumlu ilişkiler kurmak, anne-baba ve yetişkinlerden duygusal olarak bağımsızlaşmak, toplumsal sorumluluk kazanmaya yönelik olarak ekonomik bağımsızlığı seçmek ve buna hazırlanmak, gelecekteki aile yaşamı için hazır hale gelmek ergenden beklenen temel görevlerdendir. Tüm bu görevlerin başarılabilmesi için, aile, arkadaş ve diğer önemli kişilerden destek almak önemlidir. Özellikle aile ve arkadaştan destek algılayan normal ergenlerin ruhsal sağlıklarının destek algılanmayanlara oranla daha iyi olduğu, literatürde yer alan bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur: Ailesinden destek algılayan gençlerin evlerinin sıcak, güvenli ve etkinliklerin paylaşıldığı, çatışmaların az olduğu (Varnhart 1955; Peck 1958 Akt.: Bayram 1999:161), arkadaştan destek algılayan gençlerin ise kendi özgürlüklerini koruyarak, olumlu yaşıt ilişkilerine sahip olduğu belirtilmektedir (Bühler ve diğerleri 1987:90).

Bayram'ın (1999:160) bir grup gençte ruhsal belirti ile sosyal destek ilişkisini araştırdığı çalışmasında, algılanan sosyal desteğin alt ölçek alanlarının her birinin ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediği, yani algılanan sosyal destek arttıkça ruhsal sağlık düzeyinin iyi olduğu, algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça ruhsal sağlığın bozulduğu ortaya konmuştur. Bayram (1999:161) bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da, benzer sonuçların elde edildiğini; Lin ve Dean (1984)'nin yaptıkları çalışmada sosyal destek yoksunluğunun depresyonda etkili olduğunu; Compas ve diğerlerinin (1986) yaptığı çalışmada ise, sosyal destek açısından doyumun azalmasına bağlı olarak depresyon,

anksiyete, somatik yakınmalar ve kişilerarası duyarlılığın arttığını belirlediklerini bildirmektedir.

Literatürde yer alan bilgiler ve bu araştırmanın bulgularından da psikiyatrik yardım alan ergenlerin ve diğer ergenlerin zorlu yaşam olaylarında öncelikle ailelerinden yardım aldıkları, daha sonra sırasıyla arkadaşları ve özel bir insan/diğer önemli kişiden yardım aldıkları kanıtlanmıştır. Algılanan sosyal destekle ile ruhsal sağlığın birbirini doğrudan veya tampon olarak etkilediği ortaya konmuştur.



BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR

Bu çalışmada psikiyatrik yardım alan ergenlerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek algılarının (aile, arkadaş ve özel bir insan/diğer önemli kişiden ve toplumda algılanan desteğin) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar iki başlık altında verilmiştir. Bunlar: Psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sonuçlar ve psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyo-demografik özellikleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlardır.

4.1.1. Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyo- Demografik Özellikleri İle İlgili Sonuçlar

Bu bölümde psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyo-demografik özellikleriyle ilgili araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda ele alınmaktadır:

- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden kızlar, erkeklerden fazladır.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerde yaş önemli bir faktördür. *Orta* ve *geç* ergenlik dönemindeki ergenler daha fazla psikiyatrik yardım almaktadırlar.
- Psikiyatrik yardım alan ergenler ortaokul ve dengi mezunudur.
- Psikiyatrik yardım alan ergenler alt ve orta ekonomik düzeye sahiptir.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin anne-babalarının çoğu birlikte yani çekirdek aile yapısında yaşamaktadır. Anne-babaları ayrı yani parçalanmış aile içinde yaşayan ergenler ise azımsanmayacak düzeydedir.

- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğu ikiden çok kardeşe sahiptir.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin annelerinin eğitim düzeyi düşüktür ve bir işte çalışmamaktadır.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin babalarının eğitim düzeyi annelere göre yüksektir ve babalar daha çok işçi, memur ve kendi hesabına çalışan serbest meslekle uğraşmaktadır.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin anne-babalarının alkol kullanım oranı düşüktür. Ancak azımsanmayacak düzeyde babalarda alkol kullanan vardır.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğunun karşı cinsten yakın arkadaşı vardır.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin çoğu okula gitmektedir. Bunlardan önemli bir bölümü okulundan ve öğretmeninden kısmen memnundur .
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin önemli bir bölümünün ailesinde psikiyatrik yardım alan başka bir kişi vardır ve bu kişilerden en fazla hasta olanlar ise annelerdir.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin önemli bir bölümü depresyon ve anksiyete bozuklukları nedeniyle tedavi görmektedir.

4.1.2. Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesi ve A. Ü. Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Polikliniği'nden psikiyatrik yardım alan ergenlerle yapılan bu çalışma sonucunda; yaş grupları, babaların öğrenim düzeyi, annelerinin ve babalarının alkol kullanma derecesi, ailede sert tartışma ve kavganın olma derecesi, ergenlerin kendilerini yalnız hissetme dereceleri, karşı cinsten yakın arkadaşın olup olmaması, okula devam edip etmemeleri değişkenlerinin algılanan sosyal desteği etkilediği saptanmıştır. Buna karşın; cinsiyet, yerleşim yeri, Ankara'da yaşama süreleri, ailelerinin aylık geliri, anne- babalarının sağ olup olmaması, üvey anne ve üvey babaya sahip

olup olmamaları, anne-babalarının birlikte yaşayıp yaşamaması, aile aile yapısı, kardeşe sahip olup olmaması ve sahip olduğu kardeş sayısı, annelerinin eğitim durumu, anne ve babalarının çalışıp çalışmaması, okullarından ve öğretmenlerinden memnuniyet dereceleri, ailelerinde başka bir psikiyatrik hasta bulunup bulunmaması, psikiyatrist tarafından tespit edilen psikiyatrik belirti veya bozuklukları değişkenlerine göre psikiyatrik yardım alan ergenlerin çok boyutlu algıladıkları sosyal desteği etkilemediği saptanmıştır.

Elde edilen bulgulardan; istatistiki açıdan anlamlı çıkan değişkenlerin, sosyal desteğin toplamında veya hangi alt ölçeklerinde farklılık yarattığına yönelik sonuçlar ise aşağıda verilmektedir:

- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin yaşları sosyal destek algılarını etkilemektedir. 18-19 yaş ve 20-21 yaşındakilerin arkadaştan algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, babaları yüksekokul/fakülte mezunu olanların arkadaştan algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, anneleri ara sıra alkol kullananların aileden algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, babaları sık alkol kullananların aileden algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, ailelerinde sık sık sert tartışma ve kavga olanların aileden ve toplamda algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, kendilerini her zaman yalnız hissedenlerin aileden ve toplamda algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, karşı cinsten yakın arkadaşı olmayanların arkadaştan, özel bir insandan ve toplamda algıladıkları destek düşüktür.
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden, okula devam etmeyenlerin arkadaştan algıladıkları destek düşüktür.

4.2. ÖNERİLER

Sonuçlar incelendiğinde, psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal destek algıları ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi, sosyal destek algılarının yükseltilmesi, bu kişilere ve ailelerine kaliteli ve verimli bir hizmet geliştirilmesi ve verilebilmesi amacıyla yapılması gerekenler aşağıda verilmiştir:

- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin ailelerinin özellikleri iyi veya kötü de olsa en fazla aileden, sonra arkadaş ve en son da özel bir insandan (diğer önemli kişi) destek almaktadırlar. Bu nedenle ergenlere sosyal destek veren kaynaklar ile psikiyatri tedavi ekibinin iletişim içinde olması ve işbirliği yapması,
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin yaş grupları, babaların öğrenim düzeyi, annelerinin ve babalarının alkol kullanma derecesi, ailede sert tartışma ve kavganın olma derecesi, ergenlerin kendilerini yalnız hissetme dereceleri, karşı cinsten yakın arkadaşının olup olmaması, okula devam edip etmemeleri değişkenleri algılanan sosyal desteği etkilediğinden; bireylerin, ailelerin ve toplumun ruh sağlığı açısından bu faktörlerin etkisi ve önemi hakkında bilgilendirilmesi ve tedavi ekibinin (sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolog, hemşire, diyetisyen) de ergenlere yaklaşımlarında bu faktörleri göz önüne alarak değerlendirme yapmaları,
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden okula devam etmeyenlerin okula devam edenlere göre arkadaştan algıladıkları destek düşük olduğundan, ergenlerin okuldan kopmalarını önleyici çalışmalarda sosyal hizmet uzmanları ve psikolojik-danışma uzmanlarından okullarda yararlanılması ve bunların sayılarının okullarda artırılması (okullarda okul sosyal hizmet uygulamalarının Milli Eğitim Sistemi içinde başlatılarak, okullarda “sosyal servislerin” kurulması veya okullarda mevcut olan rehberlik-danışma birimlerinde SHU’ların görevlendirilmesi),
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin sahip olduğu desteğin (duygusal, bilişsel ve araçsal) sürekliliğini sağlayacak düzenlemelerin yapılması,

- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal desteği informal kaynaklardan (ailesi ve yakın çevresi) sağladığından; ergenin annesi, babası, kardeşleri ve yakın akrabalarının ergenin gereksinimleri doğrultusunda destek verebilmesi için onlara yeterli bilgi verilmesi ve onların etkileşimini arttırmak amacıyla da düzenlemelerin yapılması,
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin kaybettikleri ya da sahip olmadıkları sosyal becerileri yeniden kazanmalarına yönelik, "Sosyal Beceri Kazandırma ve Sosyal Destek Eğitim Programları"nın (örneğin Şizofreni Dostları Derneğinin son yıllarda uygulamaya başladığı "Şizofrenide Sosyal Beceri Eğitimi") veya ailelerin çocuklarının sahip olduğu psikiyatrik bozukluk hakkında bilgilenmeleri ve sağlıklı iletişim becerileri kazanmalarına yönelik eğitim ve beceri programlarının (örneğin mental retardasyonu olan bir ergene sahip aileye bilgi verilerek, sürekli destek sağlanması vb.) geliştirilip uygulanması,
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerden; yaşları 18-19 ve 20-21 olanların, babaları yüksekokul/fakülte mezunu olanların, karşı cinsten yakın arkadaşı olmayanların ve okula devam etmeyenlerin arkadaş destek algıları düşük olduğundan; bu ergenlere "iletişim, atılganlık ve farklı sosyal beceriler" konularında psikiyatri ekibinin daha fazla destekleyici olması ve toplumda varolan gerekli programlara yönlendirilmelerinin yapılması, okuldan ayrılanlara yönelik olarak "mesleki rehabilitasyon hizmetlerinden" yararlanmalarının sağlanması ve bir işe yerleştirilmelerinde SHU'larınca desteklenmesi,
- Psikiyatrik yardım alan ergenlerin, ihtiyacı olduğunda başvurabileceği ve yardım alabileceği psikiyatri ekibinde yer alan, psikiyatrik sosyal hizmet mesleği hakkında bilgilendirilmesi amacıyla etkinlikler düzenlenmesi ve el broşürü, el kitabı gibi basın yayın araçlarının kullanılması,
- Sosyal destek algısını etkileyen bireysel ve çevresel faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle hem koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı bakımından tedavi ekibine rehber olması açısından hem de psikiyatrik yardım alan hastaların sosyal destek algılarının yükseltilmesi için bu tür çalışmaların hem hasta hem de

sağlıklı ergenlerin karşılaştırmalı olarak ele alındığı daha geniş bir örneklem grubunda ve daha farklı değişkenler kullanılarak yapılması önerilmektedir.

- Toplumsal hizmetlerin yerel düzeyde de yaygınlaştırılması ve bunun yanında ekolojik ve kültürel unsurları dikkate alan sistemik genelci sosyal hizmet yaklaşımının aileyi ve genci güçlendirme yoluyla kendilerinde var olan potansiyeli (destek, anlama, değişim vb.) ve kendi sistemlerini (aile ve genç) kullanmaları sağlanabilir. Bu çerçevede yerel düzeyde örgütlü aile üyeleri (toplum merkezleri vb. sosyal hizmet kuruluşlarında) sorumlu ebeveynliğini geliştirirken, ergenin değişim dönemine duyarlı ve anlayan ebeveynler olarak gelişebilirler. Ancak bu çalışmaların uzun erimli ve süreklilik içinde yürütülmesinde, organize sağlık merkezlerinde çalışan psikiyatrist, psikolog, halk sağlığı uzmanları ve sosyal hizmet uzmanlarının toplumsal gelişim ve eğitim programlarında yerel düzeyde de sorumluluklar üstlenmelerine ihtiyaç duyulmaktadır.
- Gencin yaşamında sosyal destek algısının bütün bireyler gibi önemli olduğu göz önüne alındığında kendi çevresinde var olan bu desteğin ona sunulmasında (ihtiyacı olduğu zaman ve ihtiyacı olduğu kadar, ihtiyacı olduğu alanlarda) özen gösterilmelidir. Bu da yeni öğrenmeler, yeni eğitimler ve yeni yönelimler gerektirir.

KAYNAKLAR

- AKBOY, Regin. "Öğretmen-Öğrenci Etkileşimi ve Önemi." *Çağdaş Eğitim*, 117, 1991:22-25.
- AKTAŞ MAVİLİ, Aliye. "Genelci Yaklaşımda Sosyal Hizmet Uzmanı." K. KARATAŞ ve S. İL (Ed.), *Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeniden Yapılanma I*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No: 012, 2002:138-153.
- AKYUNAK-ÖZDEMİR, Burcu. "Koroner Kalp Hastalarının Yaşam Kalitelerini Etkileyen Faktörler." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2005.
- ALTAN, Zülküf. "İyi Bir Öğretmeni Nasıl Fark Edersiniz." *Çağdaş Eğitim*, 250, 1999:17-19.
- ANNE-Marie ve ROCHEBLAVE-Spenle. *Ergenlik Psikolojisi*. (Çev. Bekir Onur), Ankara:Maya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. Yayınları, 1980.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı*. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü basım (2000) (Çev. Ertuğrul Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
- ARO, H., V. HANNINEN ve O. PRONEN." Social Support, Life Events and Psychosomatic Symptoms Among 14-16- Year-Old Adolescents." *Social Science & Medicine*, 29, 9, 1989:1051-1056.
- AYDEMİR, İshak. "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2003.
- BAL, S., G. CROMBEZ, P.V. OOST ve I. DEBOURDEAUDHUIJ. "The Role of Social Support in Well-Being and Coping with Self-Reported, Stressful Events in Adolescent". *Child Abuse ve Neglect*, 27, 2003:1377-1395.
- BANAZ, Mürvet. "Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Arasındaki İlişki." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 1992.
- BARKER, L. Robert. *The Social Work Dictionary*. 4th Edition. USA: NAWA Press, 1999.
- BARNES, H.L. ve D. OLSON. "Parent-Adolescent Communication and Circumplex Model", *Child Development*, 56,1985:437-447.

- BARRERA, M. ve S.L. AINLEY. "The Structure of Social Support: A Conceptual and Empirical Analysis." *Journal of Community Psychology*, 11, 1983:133-143.
- BAYRAM, Derya. "Bir Grup Gençte Ruhsal Belirti ile Sosyal Destek İlişkisi." (Yayınlanmamış Doktora tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 1999.
- BULUT, Işıl. *Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı, 1993:12.
- BULUT, Işıl. "Psikiyatrik Sosyal Hizmet." V. DUYAN ve A. MAVİLİ AKTAŞ (Ed.), *Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları (Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan)*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No:008, 2001:130-138.
- BULUT, A., M. ÇOKAR, B. EYLEN, A. AKALIN, I. GÜRŞİMŞEK, H. HAMURCU, H. NALBANT, A. OKSAL ve N. ORTAYLI. "Ergenlik Dönemindeki Ruhsal Değişiklikler." *Öğretmen ve Öğretmen Adayları için Cinsel Sağlık Eğitimi*, 2. basım. İstanbul: Ceren Yayın-Dağıtım Ltd. Şti. (Milli Eğitim Bakanlığı ve İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın işbirliği ile Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu – UNFPA'nın mali desteği ile hazırlanmıştır), 2003:84-88.
- BÜHLER, C., P.K. SPIEGEL ve K. THOMAS. "Ergenlik Dönemine Toplu Bakış." *Ergenlik Psikolojisi*. (Çev. Sezen Zeytinoğlu), Bekir Onur (Der.), 1987:87-104.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Şener. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. 2. basım. Ankara: Pegem A Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., 2002.
- CANAT, Saynur. "Ergenlik Dönemi Ruhsal Bozuklukları ve Nozolojik Sorunlar." *3P Dergisi*, 5, 4, 1997:9-11.
- CAPLAN, G. ve M. KILLIKA. *Support Systems and Mutual Help*. New York, 1974.
- CÜCELOĞLU, Doğan. *İnsan ve Davranışı*. 4. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş., 1993.
- COHEN, S. ve T.A. WILLS. "Stress, Social Support and Buffering Hypothesis." *Psychological Bulletin*, 92, 1985:257-310.
- COLAROSSİ, Lisa G. "Adolescent Gender Differences in Social Support: Structure, Function and Provide Type." *Social Work Research*, 25, 2001:233-241.

- COLAROSSİ, Lisa G. ve S. J. ECCLES. "Differential Effects of Support Providers on Adolescents' Mental Health." *Social Work Research*, 27, 2003:19-30.
- COWLES, Lois A. *Social Work in the Health Field*. Second Edition. USA: Haworth Pres. 2000.
- ÇAKIR, H. Yelda. "12-22 Yaş Grubundaki Gençlerde Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Araştırması." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 1993.
- ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI ve ILO. "Çocuk İşçiliğinin Önlenmesi için Zamana Bağlı ve Politika ve Program Çerçevesi" (Taslak Rapor), Ankara: 2003:20-21.
- ÇİTÇİ, Oya. "Son Söz Yerine: 20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek." O. ÇİTÇİ (Ed.), *20.Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek*, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayın No:285, İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi Yayın No:16. Ankara:1998.
- DAY, A. Robert. *Bilimsel Makale Nasıl Yazılır ve Yayınlanır*. (Çev. Gülay Aşkar Altay). Ankara: TÜBİTAK Yayınları, 2001.
- DAVIS, C., C. TANG ve J. KO. "Assessing the Impact of Social Factors on the Mental Health of Chinese at Risk Adolescents in Hong Kong." *British Journal of Social Work*, 32, 2002:609-619.
- DAVİSON, C. G. ve J.M. NEALE. *Anormal Psikolojisi*, (1998) (Çev. Ed. İhsan DAĞ), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayını, Yayın No:29, 2004.
- DİE. *Yaşam Memnuniyeti Araştırması*. 2004.
http://www.die.gov.tr/yma/yma2004_bolum3.pdf
- DİE. *Türkiye'de Çalışan Çocuklar*. 1999.
- DEMARAY, Michelle Kilpatrick. "Importance Ratings of Socially Supportive Behaviors by Children and Adolescents." *The School Psychology Review*, 32, 2003:108-131.
- DEMİR, Ayhan."Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmenler." (Yayınlanmamış Doktora tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1990.
- DEMİREL, Süleyman. "Türkiye'de Rehabilitasyon Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılmasında Sosyal Rehabilitasyonun Önemi ve İşlevi." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2001.

- DEMİREL, Ülkü. "Örgütlenme Açısından Ruh Hastalarına Dönük Sosyal Hizmetler." K. KARATAŞ (Ed.), *Değişen Türkiye'de İnsan Hakları Açısından Sosyal Hizmetler*, 5. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı. Ankara: 21,22, 23 Mayıs 1999, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını, Yayın No: 006, 2002:303-308.
- DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI. *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*. DPT 2671. 2003:55-60.
- DUMAN, Nurdan. "Türkiye'de Yeni Bir Sosyal Hizmet Alanı Olan Okul Sosyal Hizmetinin Kapsamı ve Sosyal Hizmet Mesleği İçindeki Yeri." V. DUYAN ve A. MAVİLİ AKTAŞ (Ed.), *Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları (Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan)*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No:008, 2001:91-102.
- DUYAN, Veli. *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*, Ankara: 72TDFO Ltd.Şti., 1996:52-57.
- DUYAN, Veli. "Sosyal Desteğin Tanımı; Kaynakları, İşlevsel Boyutları, Yararları." *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 1, 2001:8-11.
- EKER, D. ve H. ARKAR. "Perceived Social Support: Psychometric Properties of the MSPSS in Normal and Pathological Group in a Developing Country." *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 128, 1995a:280-289.
- EKER, D. ve H. ARKAR. "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği." *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 1995b: 45-55.
- EKER, D., H. ARKAR ve H. YALDIZ "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği," *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 1, 2001:17-25.
- ELBİR, Nilgün. "Lise I. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı, 2000.
- ELMACI, Figen. "Parçalanmış ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Desteğin Rolü". (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2001.
- FRIEDLANDER, Walter A. *Sosyal Refah Hizmetine Başlangıç*, (1961) (Çev. Resan TAŞÇIOĞLU), Ankara Şenyuva Matbaası, 1966.
- GANDER, M.J., H.W. GANDİNER. *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. B. ONUR (Ed.). Ankara: İmge Kitabevi, 1995.

GEÇTAN, Engin. *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. 10. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş., 1994.

GÜLSEREN, Leyla. "Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 2, 2002:143-151.

HAYS, R.B. ve D. OXLEY. "Social Network Development and Functioning During a Life Transition." *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 1986:305-313.

HELSEN, M., W. VOLLEBERGH ve W. MEEUS. "Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescents." *Journal of Youth and Adolescence*, 29,3, 2000:319-335.

HÜRRİYETİM. "Dar gelirle kıvranıyoruz yine de 'mutlu' görünüyoruz". 10.02.2005.

www.hurriyetim.com.tr/haber/0,,sid~4@nvid~535139,00.asp - 56k

HÜRRİYETİM. "Asgari ücret". 18.02.2005

www.hurriyetim.com.tr/haber/0,,sid~237@nvid~526062,00.asp-10k

HÜRRİYETİM. "Asgari ücret".18.02.2005

dosya.hurriyetim.com.tr/vergi2003/8.asp-41k

HUDSON, B.H., S.M. ELEK ve C. CAMPBELL-GROSSMAN. "Depression, Self-esteem, Loneliness, and Social Support Among Adolescent Mothers Participating in the New Parents Project," *Adolescence*, 35, 139, 2000:445-453.

IFSW DOCUMENT: "DEFINATION OF SOCIAL WORK"

www.ifsw.org/Publications/4.6e.pub.html - 9k - 24 August 2000.

JEPSON, L., L. JUSZCZAK ve M. FISHER. "Mental Health Care In A High School Based Health Service." *Adolescence*, 33, 129, 1998:1-15.

JOHNSON, J. H. ve I. G. SARASON. "Moderator Variable in Stress Research." C.D. SPIELBERGER ve I.G. SARASON (Ed.), *Stress and Anxiety*, 6, 1979:151-167.

KAHRAMANOĞLU, Ertan. "Sosyal Hizmet Kuramları ve Uygulamasına Genel Bir Bakış." *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 9, 4, 1999:32-34.

KAHRAMANOĞLU, Ertan. "Psikiyatrik Ortamlarda Sosyal Hizmet." *Sağlık ve Toplum Dergisi*,1, 2000:50-55.

KAĞITÇIBAŞI, Çiğdem. *İnsan ve İnsanlar*. Gözden Geçirilmiş 8. basım. İstanbul: Evrim Basım-Yayın Dağıtım, 1992.

- KAPLAN, B.H., S.C. COSSEL ve S. GORE. " Socail Support And Health." *Medical Care*, 15, 5, 1977:47-58.
- KAPLAN, Harold I. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. 7th edition. Baltimore:Williams & Wilkins, 1994:51-56.
- KAPLAN, Harold I. *Comprehensive Texbook of Psychiatry*. Sixth Edition. 1995:3213.
- KARASAR, Niyazi. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 7. basım. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 1995a.
- KARASAR, Niyazi. *Araştırmalarda Rapor Hazırlama*. 8. basım. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 1995b.
- KARATAŞ, Kasım. "Gençlik ve Sorunları Üzerine." V. DUYAN ve A. MAVİLİ AKTAŞ (Ed.), *Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları (Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan)*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No:008, 2001:152-161.
- KAYA, Muammer. "Türkiye'de Kadına Bakış." 19/07/2003. www.isguc.org/news_view.php?excall=16.
- KUT, Sema. *Sosyal Hizmet Mesleğinin Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara:1988:12
- KUT, Sema. "İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet." K.KARATAŞ ve Ç. ARIKAN (Ed.), *İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet (Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan)*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No:009, 2001:9-14.
- KOŞAR, Nesrin. *Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı*. İkinci baskı. Ankara:1992.
- KOZACIOĞLU, G. Ve H. GÖRDÜRÜR. *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı*. İstanbul: 1995:32.
- LIU, Yih-Lan. "The Role of Perceived Social Support and Dysfunctional Attitudes in Predicting Taiwanese Adolescent Depressive Tendency." *Adolescence*, 37, 2002:823-834.
- MARTIN, D. ve M. MARTIN. "Understanding Dysfunctional And Functional Family Behaviors For The At-Risk Adolescent." *Adolescence*, 35, 140, 2000:785-792.

- MITCHELL, R.E., A.G. BILLINGS VE R.H. MOOS." Social Support and Well-Being: Implications for Prevention Programs." *Journal of Primary Prevention*, 3, 2, 1982:77-98.
- MULLER, R.T., A.E. GOEBEL-FABBRI, T. DIAMOND ve D. DINKLAGE. "Social Support and The Relationship Between Family and Community Violence Exposure and Psychopathology Among High Risk Adolescents", *Child Abuse & Neglect*. 24, 4, 2000:449-464.
- OZANKAYA, Özer. *Toplumbilim*. Genişletilmiş 8. basım. İstanbul: Cem Yayınevi.1994:368.
- ÖKTEM, Ferhunde. "Genç ve Spor." *3P Dergisi*, 5, 4, 1997:18-20.
- ÖNGEL, Erkan. *Araştırmacılar için Kimi İstatistiksel Teknikler*. Ankara, 1970.
- ÖNTAŞ-CANKURTARAN, Özlem. "Sosyal Hizmet Mesleğinde Sosyal Destek Kavramı." N. G. KOŞAR ve V. DUYAN (Ed.), *Yaşam Boyu Sosyal Hizmet: Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan*. Ankara: H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını, Yayın No: 004, 1999:146-150.
- ÖZ, Fatma."Hastalık Yaşantısında Belirsizlik" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 1, 2001:61-68.
- ÖZBAY, M. Haluk ve Emine, ÖZTÜRK. *Gençlik*. Cep Üniversitesi, Yeni Yüzyıl Kitaplığı, İletişim Yayınları, 1994.
- ÖZBAY, M.H., E. ÖZTÜRK KILIÇ, E. GÖKA, A. M. AKTAŞ ve S. GÜNGÖR. "Ergenlerin Sosyal Destek Çevreleri: İşçi ve Öğrenciler Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5, 2, 1994:119-125.
- ÖZBAY, M.H., S. ÖRSEL, A. AKDEMİR ve B. CİNEMRE. "Ergenlerde Kendilik Algısı ile Psikopatoloji Arasında Bağlantı var mı ?" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 3, 2002:179-186.
- ÖZBAY, M.H., S. ÖRSEL, A. AKDEMİR, B. CİNEMRE ve A.M. AKTAŞ. "Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Kendilik Algısı ile Demografik Değişkenlerin Etkileşimi: Kontrolü Bir Çalışma." *3P Dergisi*, 14, 1, 2002:23-32.
- ÖZBESLER, Cengiz. "Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi." (Yayınlanmamış Doktora tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2001.
- ÖZDAMAR, Kazım. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1: SPSS-MINITAB*. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2002:389.

- ÖZDEMİR, Uğur. *Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Aydınlar Matbaası, 2000.
- ÖZTÜRK-KILIÇ, Emine. “Ergenlik Döneminde Aile ve Arkadaş İlişkileri.” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5, 2, 1994:113-118.
- ÖZTÜRK, M. Orhan. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Yenilenmiş 8. basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., 2001.
- ÖZTÜRK, M. Orhan. *Psikanaliz ve Psikoterapi*. 3. basım. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1998.
- PARMAN, Talat. “Ergenlik: Bir Giriş Yazısı.” *3P Dergisi*, 5, 4, 1997:7-8.
- POTTICK, K.J., S. HANSEL ve C. C. BARBER. “An Patient Measure of Adolescent and Child Psychosocial Services and Treatment.” *Social Work Research*, 22, 4, 1998:217-231.
- RED, W.J. ve A.D. SMITH. *Research in Social Work*. New York: 1989:64-93.
- ROOK, Karen. “Social Support Versus Companionship: Effects on Life Stress, Loneliness and Evaluations by Other.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1987:1132-1147.
- RUBIN, A. ve E. BABBIE. *Research Methods for Social Work*. Third Edition. Pasific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company, 1997:92-154.
- SAATÇIOĞLU, Ö., E.C. EVREN ve D. ÇAKMAK. “1998-2002 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Gören Alkol ve Madde Kullanımı Olan Olguların Değerlendirilmesi” *Bağımlılık Dergisi*, 4, 2003:109-117.
- SARASON, I.G., H. LEVIN, R.B. BASHAM ve B. SARASON. “Asssesing Social Support: The Social Support Questionare.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 1983:127-139.
- SARASON, I.G., B.R. SARASON, E.H. POTTER ve M. ANTONİ. “Life Events, Social Support and Illness.” *Psychosomatic Medicine*, 47, 4, 1985:156-169.
- SMITH, D. Ve R. ANDERSON.” Social Support, Risk-Level and Safety Actions Fallowing Acute Assesment of Suicidal Youth.” *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 4, 2000:451-465.
- SOSYAL HİZMET UZMANLARI DERNEĞİ: “Sağlık Çatı Meslek Kanunu”.
<http://www.shudernegi.org/eylul2002.htm> - 40k.
- SORİAS, Oya. “Sosyal Desteklerin Ruhsal Sağlığı Koruyucu Etkisinin Depresyonlu ve Sağlıklı Kontrollerde Araştırılması.” 23. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*. İstanbul, 1987.

- SORİAS, Oya. "Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örneklemde Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ve Algılanan Sosyal Destek." *Ege Üniversitesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 6, 1988:26-39.
- SORİAS, Oya. "Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde Yaşam Stresi, Sosyal Destek ve Ruhsal Hastalık İlişkisinin İncelenmesi." *Ege Üniversitesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 9, 1992:33-49.
- SÜMER, Neslihan. "Kültür, Yasa ve Aile İçi Şiddet." O ÇİTÇİ (Ed.), *20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek*, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını, Yayın No:285, İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi Yayın No:16. Ankara:1998.
- ŞAHİN, Deniz. "Sosyal Destek ve Sağlık", Ü.H. OKYAYUZ (Ed.), *Sağlık Psikolojisi*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19, 1999:79-106.
- ŞAHİN, F. ve N. KÜÇÜKKARACA. "Genelci Sosyal Hizmetin Temel Özellikleri." K. KARATAŞ ve S. İL (Ed.), *Sosyal Hizmet Eğitiminde Yeniden Yapılanma I*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No:012, 2002:170-175.
- ŞİMŞEK, Zeynep. "Çocuk Hakları Açısından Temel Sağlık Hizmetlerine Yaklaşım ve Sosyal Hizmet." V. DUYAN ve A. MAVİLİ AKTAŞ (Ed.), *Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları (Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan)*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Yayın No:008, 2001:69-80.
- THOITS, Peggy A. "Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 23,2, 1982:145-159.
- THOITS, Peggy A. "Social Support as Coping Assistance." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 1986:416-423.
- TUFAN, Beril. "Aile İçi İlişkilerin Ruh Sağlığına Etkisi Üzerine Bir İnceleme." *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, 1, 1983:22-33.
- TUFAN, Beril. *Göçmen İşçilerde İş Kazaları*. Ankara: Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayınları, 1994:48-52.
- TUFAN, B., Ü. ONAT ve V. DUYAN. "Sakarya İlinde Prefabrik Konutlarda Yaşayan Gençlerin Sorunları." G. ERKAN, F. DEMİRÖZ ve S. Ö. ÇETİN (Ed.) *Sosyal Hizmetler Sempozyumu Bildiri Kitabı: Deprem ve Sosyal Hizmetler 5-7 Aralık 2001*. H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, T.C. SHÇEK Genel Müdürlüğü ve UNICEF Türkiye Temsilîği Ortak Yayını, Ankara, 2002:104-108.

- TUĞRUL, Ceylan. "Alkoliklerin Çocuklarının Aile Ortamındaki Stres Kaynakları, Etkileri ve Stresle Başa Çıkma Yolları." *Türk Psikoloji Dergisi*, IX, 31, 1994:57-73.
- TUNCER, O., E. MAVİ ve E. KAPKIN. "Tanımlama." Oya TUNCER (Ed.) *Biyo-Psiko-Sosyal Açısından Ergenlik*. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 1976.
- TURNER, Sherri. "Career Self-Efficacy and Perception of Parent Support in Adolescent Career Development." *The Career Development Quarterly*, 51, 1, 2002:44-55.
- UNICEF. *Dünya Çocuklarının Durumu*. 2004:7
www.gap.gov.tr / Sosyal Projeler
- WANG, L., P.P. HEPPNER ve T.R. BERRY. "Role of Gender-Related Personality Traits, Problem Solving Aprasial and Perceived Social Support in Developing a Mediational Model of Psychological Adjusment." *Journal of Counseling Psychology*, 44, 1997:245-255.
- YAVUZER, Haluk. *Çocuk Psikolojisi*. 10. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş., 1994a.
- YAVUZER, Haluk. *Ana-Baba ve Çocuk*. 7. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş., 1994b.
- YAVUZER, Haluk. *Çocuk ve Suç*. 7. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş., 1994c.
- YÖRÜKOĞLU, Atalay. *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. 6. basım. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım, 1989.
- ZAİMOĞLU, S. ve Ç. BÜYÜKBERKER. "Adolesanlarda Toplumsal Destek Algısı," 1992 *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı*. İzmir: Saray Tıp Kitabevleri, 1992:232-240.

EKLER

EK 1 SORU KAĞIDI

AÇIKLAMA

Sevgili Gençler;

Psikiyatrik yardım alan ergenlerin sosyal destek algıları ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla bir araştırma yapılmaktadır. Bu nedenle geliştirilen anketin birinci bölümünde 28 soru bulunmaktadır. Size ilişkin bilgiler sadece belirtilen amaç doğrultusunda kullanılacaktır. Anket sorularına içinizden geldiği gibi ve doğru cevap vermeniz bu araştırma için çok önemlidir ve araştırma sonucunu etkileyecektir. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup size en uygun olan cevabın başındaki parantez içine belirgin olarak bir çarpı (x) işareti koyunuz.

Dikkatiniz ve ilginiz için teşekkür ederim.

Hatice GÜZEL

ADRES

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Beytepe / Ankara TEL: 2976861

SORULAR

I. BÖLÜM

Genel Bilgiler

1. Cinsiyetiniz ?

- ☐ 1. Kız
☐ 2. Erkek

2. Yaşınız? (İçinde bulunduğunuz yaşı belirtiniz)

- ☐ 1. 14 yaşımdayım
☐ 2. 15 yaşımdayım
☐ 3. 16 yaşımdayım
☐ 4. 17 yaşımdayım
☐ 5. Diğer (...) yaşımdayım

3. Öğrenim düzeyiniz nedir? (En son bitirdiğiniz okulu işaretleyiniz)

- ☐ 1. İlkokul mezunu
☐ 2. Ortaokul ve dengi mezunu
☐ 3. Lise ve dengi mezunu

4. Bugüne kadar yaşamınızın en uzun dönemini aşağıdaki yerleşim yerlerinden hangisinde geçirdiniz?

- ☐ 1. Köyde
☐ 2. Kasabada (nüfusu 10.000'e kadar)
☐ 3. İde (nüfusu 100.000'e kadar)
☐ 4. Büyükşehir'de

5. Kaç yıldan beri Ankara'da yaşıyorsunuz?

(Ankara'da yaşamıyorsanız 5. soruya geçiniz.)

- ☐ 1. Bir yıldan az
- ☐ 2. 2-5 yıl
- ☐ 3. 6-10 yıl
- ☐ 4. 11 yıldan fazla

6. Kira ve diğer gelirler ile ailenizde çalışanların gelirleri dahil olmak üzere hanenize giren toplam aylık gelir yaklaşık kaç liradır? (Kesin olarak bilemezseniz bile en doğru gelen tahmini yapınız.)

- ☐ 1. 300.000.000TL – 500.000.000TL arası
- ☐ 2. 501.000.000TL – 700.000.000TL arası
- ☐ 3. 701.000.000TL – 900.000.000TL arası
- ☐ 4. 901.000.000TL – 1.500.000.000TL arası
- ☐ 5. 1.501.000.000TL – 2.500.000.000TL arası
- ☐ 6. 5.000.000.000TL ve üstü
- ☐ 7. Diğer (.....)

7. Anneniz sağ mı ?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

8. Aşağıdaki durumlardan hangisi size daha uygundur?

(Soruyu yanıtlarken annenizi göz önüne alınız).

- ☐ 1. Annem öldü üvey annem yok
- ☐ 2. Annem öldü üvey annem var
- ☐ 3. Annem sağ üvey annem var

9. Babanız sağ mı?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

10. Aşağıdaki durumlardan hangisi size daha uygundur?

(Soruyu yanıtlarken babanızı göz önüne alınız).

- ☐ 1. Babam öldü üvey babam yok
- ☐ 2. Babam öldü üvey babam var
- ☐ 3. Babam sağ üvey babam var

11. Anneniz babanız sağ ise birlikte mi yaşıyorlar?

(Görev nedeniyle ayrı yaşama dışında)

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

12. Halen sizinle beraber evinizde sürekli oturan aile bireyleri açısından aileniz aşağıdaki gruplardan hangisine girmektedir?

- ☐ 1. Çekirdek aile (anne-baba ve çocuk/çocuklardan oluşan)
- ☐ 2. Geniş aile (anne-baba, çocuk/çocuklar ve aile büyüklerinden oluşan)
- ☐ 3. Parçalanmış aile (anne-çocuk/çocuklar, baba-çocuk/çocuklardan)

13. Kardeşiniz var mı?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

14. Kardeşiniz varsa kaç kardeşsiniz?
☐ 1. Kardeşim yok
☐ 2. Bir
☐ 3. İki
☐ 4. Üç
☐ 5. Dört ve daha fazla
15. Annenizin öğrenim düzeyi nedir?
☐ 1. Okuryazar
☐ 2. İlkokul mezunu
☐ 3. Orta okul mezunu
☐ 4. Lise ve dengi mezunu
☐ 5. Yüksekokul veya fakülte mezunu
16. Babanızın öğrenim düzeyi nedir?
☐ 1. Okuryazar
☐ 2. İlkokul mezunu
☐ 3. Orta okul mezunu
☐ 4. Lise ve dengi mezunu
☐ 5. Yüksekokul veya fakülte mezunu
17. Annenizin şu sırada her günlük işi veya uğraşı nedir?
☐ 1. Memur
☐ 2. İşçi
☐ 3. Esnaf-tüccar
☐ 4. Diğer serbest meslekler (kendi hesabına çalışan)
☐ 5. Emekli
☐ 6. Çalışmıyor
☐ 7. Başka
18. Babanızın şu sırada her günlük işi veya uğraşı nedir?
☐ 1. Memur
☐ 2. İşçi
☐ 3. Esnaf-tüccar
☐ 4. Diğer serbest meslekler (kendi hesabına çalışan)
☐ 5. Emekli
☐ 6. Çalışmıyor
☐ 7. Başka
19. Anneniz alkol kullanıyor mu?
☐ 1. Hiç kullanmamakta
☐ 2. Ara sıra kullanmakta
☐ 3. Sık kullanmakta
20. Babanız alkol kullanıyor mu?
☐ 1. Hiç kullanmamakta
☐ 2. Ara sıra kullanmakta
☐ 3. Sık kullanmakta
21. Ailenizde ne derece sert tartışma ve kavga olmaktadır?
☐ 1. Hiç olmamakta
☐ 2. Bazen olmakta
☐ 3. Sık sık olmakta
☐ 4. Her zaman/her gün olmakta

22. Kendinizi ne derecede yalnız hissediyorsunuz?

- ☐ 1. Hiç hissetmiyorum
- ☐ 2. Bazen hissediyorum
- ☐ 3. Sık sık hissediyorum
- ☐ 4. Her zaman hissediyorum

23. Karşı cinsten yakın arkadaşınız var mı?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

24. Okula devam ediyor musunuz?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır (Cevabınız "hayır" ise 28. soruya geçiniz)

25. Okula devam ediyorsanız okulunuzdan ne derecede memnunsunuz?

- ☐ 1. Çok memnunum
- ☐ 2. Kısmen memnunum
- ☐ 3. Hiç memnun değilim

26. Okula devam ediyorsanız öğretmenlerinizden ne derecede memnunsunuz?

- ☐ 1. Çok memnunum
- ☐ 2. Kısmen memnunum
- ☐ 3. Hiç memnun değilim

27. Ailenizde sizden başka psikiyatrik yardım alan başka kimse var mı?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

28. Ailenizde psikiyatrik yardım alan kişiler kimler?

- ☐ 1. Sadece annem
- ☐ 2. Sadece babam
- ☐ 3. Kardeşim ya da kardeşlerim
- ☐ 4. Anne-babamın her ikisi de
- ☐ 5. Aile büyüklerimizden herhangi birisi
- ☐ 6. Diğer (belirtiniz.....)

II. BÖLÜM

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu (MSPSS)

Aşağıdaki 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir ("1" kesinlikle hayır, "2" çoğunlukla hayır, "3" kısmen hayır, "4" nötr, "5" kısmen evet, "6" çoğunlukla evet ve "7" kesinlikle evet anlamlarında kullanılmaktadır. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret (örnekte olduğu gibi) koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamları işaretleyiniz.

Örnek:1. Sorunlarımı arkadaşlarımla paylaşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

3. Ailem (örneğin, annemi babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

III. BÖLÜM

Hasta Dosyası İnceleme

29. Psikiyatrik yardım alan ergenlerin psikiyatrist tarafından tespit edilen belirtileri veya bozukluğu nedir? (Bu soruyu doldurmayınız. Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

[illegible]

EK 2

LSD TABLOLARI

Tablo 32b: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Arkadaştan Algıladıkları Sosyal Destek Puanları Açısından Yaşlar Arasındaki Farklılığa Ait Ortalamalar

	(I) Yaş grupları	(J) yaşgrupları	Farklılığı Yaratan Grup Ortalamaları (I-J)	Standart Hata	p
ARKADAŞ	14-15 yaş	16-17 yaş	-0,84	2,38	0,723
		18-19 yaş	3,79	2,50	0,133
		20-21 yaş	2,81	2,62	0,286
	16-17 yaş	14-15 yaş	0,84	2,38	0,723
		18-19 yaş	4,63**	1,66	0,006
		20-21 yaş	3,66**	1,83	0,049
	18-19 yaş	14-15 yaş	-3,79	2,50	0,133
		16-17 yaş	-4,63**	1,66	0,006
		20-21 yaş	-0,97	1,99	0,627
	20-21 yaş	14-15 yaş	-28	2,62	0,286
		16-17 yaş	-3,66**	1,83	0,049
		18-19 yaş	0,97	1,99	0,627

**p<0.05 için farklılık anlamlıdır.

Tablo 44b: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılığı Yaratan Grupların Ortalamaları

	(I) Babanın Öğrenim Düzeyi	(J) Babanın Öğrenim Düzeyi	Farklılığı Yaratan Grup Ortalamaları (I-J)	Standart Hata	p
ARKADAŞ	ilkokul mezunu	ortaokul ve dengi mez.	-,85	1,8869	0,653
		lise ve dengi mezunu	-2,30	1,7459	0,189
		yüksekokul veya fakülte	3,90	1,9722	0,050
	ortaokul ve dengi mezunu	ilkokul mezunu	0,85	1,8869	0,653
		lise ve dengi mezunu	-1,45	1,9695	0,461
		yüksekokul veya fakülte	4,75**	2,1726	0,031
	lise ve dengi mezunu	ilkokul mezunu	2,30	1,7459	0,189
		ortaokul ve dengi mez.	1,45	1,9695	0,461
		yüksekokul veya fakülte	6,21**	2,0514	0,003
	yüksekokul veya fakülte mezunu	ilkokul mezunu	-3,90	1,97	0,050
		ortaokul ve dengi mez.	-4,75**	,1726	0,031
		lise ve dengi	-6,21**	2,0514	0,003

** p<0,05 için farklılık anlamlıdır.

Tablo 47b: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Babalarının Alkol Kullanıp Kullanmaması Derecesine Göre Farklılığı Yaratan Grupların Ortalamaları

	(I) babanın alkol kullanıp kullanmaması	(J) babanın alkol kullanıp kullanmaması	Farklılığı Yaratan Grup Ortalamaları (I-J)	Standart Hata	p
AİLE	hiç kullanmamakta	ara sıra kullanmakta	0,53	1,46	0,713
		sık kullanmakta	5,89**	2,20	0,009
	ara sıra kullanmakta	hiç kullanmamakta	-,53	1,46	0,713
		sık kullanmakta	5,35**	2,35	0,025
	sık kullanmakta	hiç kullanmamakta	-5,89**	2,20	0,009
		ara sıra kullanmakta	-5,35**	2,35	0,025

** p<0,05 için farklılık anlamlıdır.

Tablo 49b: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Ailelerinde Sert Tartışma ve Kavganın Olma Derecesine Göre Farklılığı Yaratan Grupların Ortalamaları

	(I) ailede sert tartışma ve kavganın derecesi	(J) ailede sert tartışma ve kavganın derecesi	Farklılığı Yaratan Grup Ort. (I-J)	Standart Hata	p
AİLE	hiç olmamakta	bazen olmakta	2,57	1,50	0,089
		sık sık olmakta	8,71**	1,81	0,000
		her zaman olmakta / her gün olmakta	13,27**	2,41	0,000
	bazen olmakta	hiç olmamakta	-2,57	1,50	0,089
		sık sık olmakta	6,14**	1,44	0,000
		her zaman olmakta / her gün olmakta	10,70**	2,15	0,000
	sık sık olmakta	hiç olmamakta	-8,71**	1,81	0,000
		bazen olmakta	-6,14**	1,44	0,000
		her zaman olmakta / her gün olmakta	4,55	2,38	0,058
	her zaman olmakta / her gün olmakta	hiç olmamakta	-13,27**	2,41	0,000
		bazen olmakta	-10,70**	2,15	0,000
		sık sık olmakta	-4,55	2,38	0,058
TOPLAM	hiç olmamakta	bazen olmakta	6,77	3,99	0,093
		sık sık olmakta	13,70**	4,82	0,005
		her zaman olmakta / her gün olmakta	11,29	6,42	0,081
	bazen olmakta	hiç olmamakta	-6,77	3,99	0,093
		sık sık olmakta	6,93	3,84	0,074
		her zaman olmakta / her gün olmakta	4,52	5,72	0,431
	sık sık olmakta	hiç olmamakta	-13,70**	4,82	0,005
		bazen olmakta	-6,93	3,84	0,074
		her zaman olmakta / her gün olmakta	-2,41	6,32	0,704
	her zaman olmakta / her gün olmakta	hiç olmamakta	-11,29	6,42	0,081
		bazen olmakta	-4,52	5,72	0,431
		sık sık olmakta	2,41	6,32	0,704

** p<0,05 için farklılık anlamlıdır.

Tablo 50b: Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Kendilerini Yalnız Hissetme Derecelerine Göre Farklılığı Yaratan Grupların Ortalamaları

	(I) kendini yalnız hissetme derecesi	(J) kendini yalnız hissetme derecesi	Farklılığı Yaratan Grup Ort. (I-J)	Standart Hata	p
AILE	hiç hissetmiyorum	bazen hissediyorum	1,80	1,77	0,312
		sık sık hissediyorum	5,93**	1,87	0,002
		her zaman hissediyorum	9,97**	1,96	0,000
	bazen hissediyorum	hiç hissetmiyorum	-1,80	1,77	0,312
		sık sık hissediyorum	4,13**	1,41	0,004
		her zaman hissediyorum	8,17**	1,52	0,000
	sık sık hissediyorum	hiç hissetmiyorum	-5,93**	1,87	0,002
		bazen hissediyorum	-4,13**	1,41	0,004
		her zaman hissediyorum	4,03**	1,64	0,016
	her zaman hissediyorum	hiç hissetmiyorum	-9,97**	1,96	0,000
		bazen hissediyorum	-8,17**	1,52	0,000
		sık sık hissediyorum	-4,03**	1,64	0,016
TOPLAM	hiç hissetmiyorum	bazen hissediyorum	6,55	4,45	0,144
		sık sık hissediyorum	12,94**	4,72	0,007
		her zaman hissediyorum	16,55**	4,93	0,001
	bazen hissediyorum	hiç hissetmiyorum	-6,55	4,45	0,144
		sık sık hissediyorum	6,39	3,57	0,076
		her zaman hissediyorum	10,00**	3,83	0,010
	sık sık hissediyorum	hiç hissetmiyorum	-12,94**	4,72	0,007
		bazen hissediyorum	-6,39	3,57	0,076
		her zaman hissediyorum	3,61	4,14	0,386
	her zaman hissediyorum	hiç hissetmiyorum	-16,55**	4,93	0,001
		bazen hissediyorum	-10,00**	3,83	0,010
		sık sık hissediyorum	-3,61	4,14	0,386

** p<0,05 için farklılık anlamlıdır.

EK 3

ÇALIŞMA İÇİN İZİN BELGESİ



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CEBECİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 6.../...5.467....
Konu:

Ankara
30/10/2003

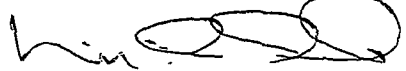
Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Müdürlüğü'ne,

İLGİ: 15.10.2003 tarih ve B.302.HAC.0.85.00.00 / III-4/1102 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen Yüksekokulunuz Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice Güzel'in öğretim üyelerinizden Doç. Dr. Aliye Mavili Aktaş'ın eğitsel danışmanlığında "Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyal Destek Algıları ve Bunu Etkileyen Etmenler" konulu tez çalışmasını sürdürmek amacıyla Psikiyatri Anabilim Dalında uygulama yapmasının uygun görüldüğü hakkındaki 22.10.2003 tarih ve 1739 yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

EKİ: 1


Prof. Dr. Uğur GÖNÜLLÜ
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi
Başhekim

T. C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ
.....**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**.....

Sıra :

22/10/2003

Sıra No. : Sayı : **1739**

Cebeci Hastanesi Başhekimliğine
Cebeci / ANKARA

İlgi: 20/10/2003 tarih ve 6/5470 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Müdürlüğünden Yüksek Lisans öğrencisi **Hatice GÜZEL** öğretim üyelerinden Doç.Dr.Aliye Mavili AKTAŞ'ın eğitsel danışmanlığında "**Psikiyatrik Yardım Alan Ergen'lerin Sosyal Destek Algıları ve Bunu Etkileyen Etmenler**" konulu tez çalışmasını sürdürmek amacıyla Anabilim Dalımızda uygulama yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.


Psikiyatri Anabilim Dalı Öğr.Üyesi
Prof.Dr.Saynur CANAT


Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.Işık SAYIL

SU/Mİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı

: Hatice GÜZEL

Doğum Yeri ve Tarihi

: Antalya, 22/09/1976

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi

: H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 1993-1998
(1993 yılında kayıt dondurulmuştur).

Yüksek Lisans Öğrenimi

: 2001-2005

Bildiği Yabancı Diller

: İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri

: Mezuniyet Sonrası Acil Servis Eğitim Semineri, 1997.

Şizofrenide Sosyal Beceri Eğitimi, 2000.

Yeni Milenyum için Türkiye'de Gönüllülerin Eğitimi Semineri, 2001.

I. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu, 2001.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık Tesisleri İşletmesi Daire Başkanlığınca, 29.10.2001-02.11.2001 tarihleri arasında Antalya- Side SSK Eğitim ve Dinlenme Tesislerinde yürütülen hizmet içi eğitim programı kapsamında "**İnsan İlişkileri ve Halkla İlişkiler Eğitimi**" konusunda **eğitici** olarak görev alındı.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık Tesisleri İşletmesi Daire Başkanlığı'nca, 19-21 Aralık 2001 tarihleri arasında SSK Eskişehir Bölge Hastanesi'nde düzenlenen "**Mavi Melek Uygulaması**" uyum toplantısında **eğitici** olarak görev alındı.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık Tesisleri İşletmesi Daire Başkanlığı'nca, 05.12.2001 tarihinde SSKB Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Toplantı Salonunda düzenlenen "**Mavi Melek Uygulaması ile ilgili Birleşmiş Milletler Dünya Gönüllüler Günü Semineri**"ne **Mavi Melek Uygulama Komitesi**'nde görevli olarak katılındı.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Sağlık Tesisleri İşletmesi Daire Başkanlığı'nca, 20 Mayıs 2002'de Mavi Melek Uygulamasına başlayan SSK Hastane'lerinin uygulamaya yönelik sorunları, uygulamayı değerlendirme yöntemleri ve deneyimlerin paylaşılması toplantısının Ankara'da gerçekleştirilmesi **organizasyonunda** görev alındı.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Personel ve Eğitim Dairesi Başkanlığı'nca 01-03 Mayıs 2002, 26-28 Mayıs 2002 ve 05-07 Haziran 2002 tarihlerinde Balıkesir-Güre

SSK Dinlenme ve Eğitim Tesislerinde Sigorta İl Müdür'lerine düzenlenen hizmet içi eğitim programı kapsamında "İletişim ve İnsan İlişkileri" konularında eğitici olarak görev alındı.

İş Deneyimi
Stajlar

- : S.B. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, 1997
(Lisans, Bahar Dönemi)
- : İş ve İşçi Bulma Kurumu Mesleki Rehabilitasyon Merk.,
1998 (Lisans, Bahar Dönemi)
- : SSK Ankara Eğitim Hast. Psikiyatri Kliniği Gençlik Ün.
2003-2004 (Yüksek Lisans, Güz ve Bahar Dönemi)

Projeler

- : SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün organize ettiği
"Sağlık Kurumlarında Mavi Melek Gönüllülük
Uygulaması"nda, projenin planlanması, uygulanması ve
izleme çalışmaları için Genel Müdürlük bünyesinde
oluşturulan **komitede sorumluluk** alındı, 2001-2003.

Çalıştığı Kurumlar

- : SSK Erzurum Bölge Hast. Ameliyathane Hemşireliği
1993-1994.

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Acil Servis Hemşireliği,
1994-1998.

SSK Ankara Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Kliniği
Hemşireliği 1998-2002.

SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Tesisleri İşletmesi Daire Başkanlığında "hemşire" kadrosunda "sosyal hizmet uzmanı" görevlendirmesi ile Mart 2002'de çalışılmaya başlandı. Ancak Sağlık Tesisleri İşletmesi Daire Başkanlığı'nın Temmuz 2003 yılında çıkan yeni SSK Yasası ile kapatılması ve bu Başkanlıkta çalışan personelin Malzeme Satınalma ve İdari İşler Başkanlığı'na devredilmesi nedeniyle adı geçen Başkanlıkta yeni kurulan Sosyal Hizmetler ve Lojmanlar Servisinde çalışılmaya devam edilmiştir. Ağustos 2004'te tayin talebim üzerine yeniden SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde görevime devam ettim.

Ağustos 2004'ten itibaren, S.B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesinde "hemşire" kadrosunda, görevlendirme ile "sosyal hizmet uzmanı" olarak çalışılmaktadır.

İletişim
E-Posta Adresi
Tarih

- : haticeguzel@hotmail.com
- : 02/06/2005