

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADÖLESANLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
GELECEK BEKLENTİSİ VE RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Berkhan TOPAKTAŞ

Samsun / 2015

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADÖLESANLARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
GELECEK BEKLENTİSİ VE RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Berkhan TOPAKTAŞ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cihad DÜNDAR

Samsun / 2015

TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmalarım sırasında destek ve yardımlarını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri; tez danışmanım Prof. Dr. Cihad Dünder'a, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Yıldız PekŐen'e, Prof. Dr. Őennur Dabak'a, Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a ve Prof. Dr. Ahmet Tefvik Sünter'e; Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Seher AkbaŐ'a ve Doç. Dr. Koray Karabekiroğlu'na en içten teŐekkürlerimi sunarım.

<u>İÇİNDEKİLER</u>	<u>SAYFA NO</u>
Teşekkür	I
İçindekiler	II
Tablo Listesi	VI
Şekil Listesi	VIII
Özet	IX
Anahtar Kelimeler	X
Abstract	XI
Key Words	XII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Çağ	4
2.1.1. Adölesan Çağ Dönemleri	4
2.1.1.1. Erken Adölesan Dönem (10-14 Yaş)	5
2.1.1.2. Orta Adölesan Dönem (15-17 Yaş)	6
2.1.1.3. Geç Adölesan Dönem (18-21 Yaş)	6
2.1.2. Adölesan Dönemdeki Değişiklikler	8
2.1.2.1. Fiziksel ve Cinsel Gelişim	8
2.1.2.2. Psikososyal Gelişim	9
2.1.2.3. Bilişsel Gelişim	11
2.1.2.4. Kişilik Gelişimi	12
2.1.2.5. Ahlaki Gelişim	14
2.1.3. Ülkemizde ve Dünyada Adölesan Nüfus	16
2.1.4. Adölesanlara Verilmesi Gereken Sağlık Hizmetleri	18
2.2. Adölesan Ruh Sağlığı Sorunları	21
2.2.1. Depresyon	25
2.2.2. Anksiyete	28
2.2.3. Benlik Saygısı	30

2.2.4. Somatizasyon Bozukluğu	32
2.2.5. Öfke ve Saldırganlık	34
2.3. Toplum Sağlığı Açısından Adölesan Ruh Sağlığı	36
2.4. Aile Kurumunun Önemi	39
2.5. Sosyal Destek	42
2.5.1. Adölesanlarda Sosyal Destek	46
2.6. Gelecek Beklentisi	49
2.6.1. Adölesanlarda Gelecek Beklentisi	50
3. GEREÇ – YÖNTEM	53
3.1. Araştırma Grubu	53
3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	53
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	54
3.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	54
3.2.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	55
3.2.4. Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği (EGBÖ)	57
3.3. İstatistiksel Analiz	58
4. BULGULAR	59
4.1. Adölesanların Sosyodemografik Özellikleri	59
4.2. Adölesanların Sağlıkla İlgili Davranış ve Alışkanlıkları	61
4.2.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Sağlıkla İlgili Davranışlar	63
4.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	66
4.3.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	66
4.3.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi	68
4.3.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	70
4.4. Ruhsal Belirti Düzeyi	70

4.4.1. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	71
4.4.2. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi	74
4.4.3. Ruhsal Belirti Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	76
4.5. Gelecek Beklentisi	76
4.5.1. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	77
4.5.2. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi	80
4.5.3. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	82
4.6. Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi	82
4.6.1. Cinsiyet Gruplarında Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi	86
4.6.2. Ortaokul ve Liselerde Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi	89
5. TARTIŞMA	92
5.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	92
5.1.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	92
5.1.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi	94
5.1.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	95
5.2. Ruhsal Belirti Düzeyi	96
5.2.1. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	97
5.2.2. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi	99

5.2.3. Ruhsal Belirti Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	100
5.3. Gelecek Beklentisi	101
5.3.1. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	102
5.3.2. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi	104
5.3.3. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	104
5.4. Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi	105
5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları	108
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	110
7. KAYNAKLAR	113
8. EKLER	138
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	138
EK-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	139
EK-3 Kısa Semptom Envanteri	140
EK-4 Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği	142

<u>TABLO LİSTESİ</u>	<u>SAYFA NO</u>
Tablo I. Araştırma Grubunun Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı	59
Tablo II. Araştırma Grubundaki Adölesanların Öğrenim Gördükleri Okullara ve Sınıflara Göre Dağılımı	60
Tablo III. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	61
Tablo IV. Adölesanlarda Bazı Sağlık Davranış ve Alışkanlıklarının Dağılımı	62
Tablo V. Adölesanların Yaşa ve Okul Düzeyine Göre Sigara ve Alkol Kullanım Sıklıkları	63
Tablo VI. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıkla İlgili Davranışlarının Dağılımı	65
Tablo VII. Araştırma Grubunun ÇBASDÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	66
Tablo VIII. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	67
Tablo IX. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Dağılımı	69
Tablo X. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının Okul Düzeyine Göre Dağılımı	70
Tablo XI. Araştırma Grubunun KSE Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	71
Tablo XII. Araştırma Grubunda KSE Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	73
Tablo XIII. Araştırma Grubunda KSE Puanlarının Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Dağılımı	75
Tablo XIV. Araştırma Grubunda KSE Puanlarının Okul Düzeyine Göre Dağılımı	76
Tablo XV. Araştırma Grubunun EGBÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	77
Tablo XVI. Araştırma Grubunda EGBÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	79
Tablo XVII. Araştırma Grubunda EGBÖ Puanlarının Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Dağılımı	81

TABLO LİSTESİ (DEVAMI)**SAYFA NO**

Tablo XVIII. Araştırma Grubunda EGBÖ Puanlarının Okul Düzeyine Göre Dağılımı	82
Tablo XIX. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi	84
Tablo XX. Araştırma Grubundaki Erkeklerde ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi	87
Tablo XXI. Araştırma Grubundaki Kızlarda ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi	88
Tablo XXII. Araştırma Grubundaki Ortaokul Öğrencilerinde ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi	90
Tablo XXIII. Araştırma Grubundaki Lise Öğrencilerinde ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi	91

<u>SEKİL LİSTESİ</u>	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Nüfus Piramidi, Türkiye 2013	16
Şekil 2. Seçilmiş Ülkelere Göre Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 2012	17
Şekil 3. Genç Nüfus ve Genç Nüfusun Toplam İçindeki Oranı, Türkiye 1935-2075	18
Şekil 4. Depresyon Süreci	27
Şekil 5. Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kaybettiren İlk 20 Hastalık İçinde Psikiyatrik Hastalıkların Oranı	37
Şekil 6. Ailede Etkileşim ve Aile Sistemi	41
Şekil 7. ÇBASDÖ Toplam Puanlarının KSE RCİ Puanlarına Göre Dağılımı	85
Şekil 8. ÇBASDÖ Toplam Puanlarının EGBÖ Toplam Puanlarına Göre Dağılımı	85

ÖZET

Giriş-Amaç: Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan birçok ruhsal sorun yaşam boyu etkisini sürdürerek toplumda önemli düzeyde hastalık yükü oluşturmaktadır. Bu dönemde görülen ruhsal sorunların sıklığı ve ilişkili olduğu faktörlerin araştırılarak belirlenmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin planlaması ve sunulması yönünden önem taşımaktadır. Bu çalışma ile Samsun ilindeki adölesanların algıladıkları sosyal destek, ruhsal belirti ve gelecek beklentisi düzeylerinin saptanması ve algılanan sosyal desteğin, ruhsal belirtiler ile gelecek beklentisi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma Samsun ili İlkadım ilçesinde yapılmıştır. Çalışma grubunu, ilçedeki okullardan basit rastgele örneklem yoluyla seçilen iki ortaokul ve iki lisedeki 12-18 yaş arasındaki öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmaya 6-12. sınıf arasında öğrenim gören toplam 688 adölesan alınmıştır. Çalışmanın verileri, 01.12.2014-01.02.2015 tarihleri arasında sorumlu rehberlik öğretmenlerinin gözetiminde sınıflarda dağıtılan anket formları ile toplanmıştır. Adölesanlara sözlü onamları alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği (EGBÖ) uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde Pearson Ki-kare Testi, Fisher'in Kesin Testi, Mann-Whitney U Testi ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunda ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $61,8 \pm 17,7$; KSE toplam puan ortalaması $0,76 \pm 0,6$ ve EGBÖ toplam puan ortalaması $5,23 \pm 1,3$ bulunmuştur. Sigara ve alkol kullananlarda, düzenli olarak spor yapmayanlarda, daha önce psikiyatrik yardım almışlarda ve lise öğrencilerinde ÇBASDÖ ve EGBÖ toplam puanları daha düşük, KSE toplam puanı daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca ÇBASDÖ puanı anne eğitim düzeyi düşük olanlarda daha düşük; KSE puanı ise kızlarda ve kardeşi olanlarda daha yüksek bulunmuştur. ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE toplam puanı arasında orta derecede ve negatif yönde ($r = -0,47$; $p < 0,001$); ÇBASDÖ toplam puanı ile EGBÖ toplam puanı arasında düşük orta derecede ve pozitif yönde ($r = 0,37$; $p < 0,001$) korelasyon belirlenmiştir.

Sonuç-Öneriler: Çalışma sonucunda algılanan sosyal desteğin, adölesanlarda ruhsal belirtileri azalttığı ve gelecek beklentilerini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Düzenli spor yapmamanın ve orta adölesan çağda olmanın incelenen değişkenler

açısından risk faktörü olduğu ve bu ölçeklerden olumsuz sonuç alanların daha fazla sigara ve alkol kullandığı ortaya çıkmıştır. Adölesan ruh sağlığını geliştirmek amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmeli ve bu dönemdeki bireyler kadar ebeveynleri de adölesan sağlığı konusunda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Algılanan Sosyal Destek, Ruhsal Belirti, Gelecek Beklentisi

ABSTRACT

Introduction-Aim: Various psychological problems beginning in childhood and adolescence which maintain influences during lifetime period constitute a significant level of disease burden. Searching and determining the prevalence of mental health problems and related factors during this period is important in terms of planning and providing mental health services. This study was intended to determine the perceived social support, psychological symptoms and future expectation levels and also the effect of perceived social support on psychological symptoms and future expectations in adolescents residing in Turkish province Samsun.

Materials-Methods: This cross-sectional study was conducted in Samsun İlkadım district. The study group consists of students between 12-18 ages in two secondary and two high schools chosen from the district by simple random sampling method. A total of 688 adolescents between 6th-12th grades were included in the study. The study data were collected by questionnaires distributed in the classrooms under the supervision of responsible guidance counselors between 01.12.2014-01.02.2015. Sociodemographic data form prepared by researcher, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Brief Symptom Inventory (BSI) and Future Expectations Scale for Adolescents (FESA) were applied to adolescents after obtaining verbal consent. Pearson's Chi-square Test, Fisher's Exact Test, Mann Whitney U Test and Spearman Rank Correlation were used for statistical analysis.

Results: Mean total scores were $61,8 \pm 17,7$ for MSPSS, $0,76 \pm 0,6$ for BSI and $5,23 \pm 1,3$ for FESA. Higher MSPSS and FESA total scores and lower BSI total score were determined in smokers and alcohol users, high school students, those who do not exercise regularly and got psychiatric help before. In addition MSPSS total score was lower in adolescents with lower level of maternal education; BSI total score was higher in girls and those who have at least one sibling. Moderate and negative correlation was found ($r = -0,47$; $p < 0,001$) between the total scores of MSPSS and BSI; low-moderate and positive correlation ($r = 0,37$; $p < 0,001$) was found between the total scores of MSPSS and FESA.

Conclusion-Recommendations: As a result of this study it has been determined that perceived social support reduces psychological symptoms and affects future expectations positively in adolescents. Being in middle adolescence and lack of regular

exercise have been shown to be risk factors in terms of studied variables and negative results obtained from the scales have been associated with more consumption of alcohol and smoking. Priority should be given to preventive health care services to improve adolescent mental health and as well as individuals in this period their parents should also be informed about adolescent health.

Key Words: Adolescent, Perceived Social Support, Psychological Symptom, Future Expectation

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Latince gelişerek olgunlaşma anlamına gelen “adolescere” kelimesinden türeyen ergenlik dönemi bedensel, ruhsal ve sosyal yönden ayrı ayrı incelenebilecek birçok değişimin yaşandığı, birey ve çevresi için çalkantılı ve sıkıntılı bir dönemdir (Pekcan, 2012). Bu dönem, hızlı bir gelişim gösteren fiziksel değişimle başlayarak zaman içinde yavaşlamaktadır. Bu sürecin ardından ruhsal ve sosyal değişime gözlenir. En başta fiziksel değişimin doğrudan veya dolaylı şekilde meydana getirdiği psikolojik değişimler gözlenmektedir (Tezel ve ark., 2012).

Puberte ile başlayan adölesan çağ, insan yaşamındaki en etkileyici fizyolojik ve ruhsal geçiş süreçlerinden biri olarak görülmektedir. Bu dönemde nöroendokrin sistemde ve hormonal düzeylerde değişim, bedensel büyüme ile iç ve dış genital organlarda farklılaşma gibi büyük çapta değişimler gerçekleşir. Ergenlik çağı; toplumlara, dönemlere ve kişilere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu dönemdeki değişimler belirli bir sıraya göre meydana gelir fakat başlangıcı ve seyri kişiden kişiye oldukça değişkenlik gösterir (Parlaz ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını “adölesan”, 15-24 yaşlar arasını “genç” ve 10-24 yaşlar arasını “gençlik” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2014).

Dünya nüfusu yedi milyardan üzerindedir ve dünyadaki adölesan nüfusu ise yaklaşık 1,2 milyardır (Census Bureau, 2013). Ülkemizde ise nüfusun %17,2’si 10-19 yaş grubunda yer almaktadır (HÜNEE, 2014).

Ergenlik dönemindeki birey sadece fiziksel olarak değil, ruhsal olarak da değişim göstermektedir. Bu süreçte birey; özgür olmak, istediklerine kendi başına karar vermek ve seçimini kendi yapmak istemekte, kimi zaman ailesinden uzak durmakta ve bunun sonucunda da çaresizlik, yalnızlık, güvensizlik hisleriyle karşı karşıya kalmaktadır (Ünalın ve ark., 2007). Hızlı gelişme, artan cinsel dürtüler, kişiliğin henüz tam oturmamış olması, sosyal rolün henüz kesinleşmemiş olması ve anne-babaya olan bağımlılığın devam etmesi gibi sebeplerle adölesanlar ruhsal bozukluklar ve uyum bozuklukları açısından daha fazla risk altındadırlar (Küçük ve Bayat, 2012).

Aile ilk çağlardan beri toplumların temel birimi olarak, iki yetişkinin birlikte yaşayarak oluşturduğu duygusal ve sosyal birlik alanıdır. Bu duygusal alan aile üyelerinin farklı düzeylerde katkısı ve birbirine verdiği karşılıkla oluştuğu gibi üyelerin duygusal işlevselliğini de belirler (Alyanak, 2008). Toplumun en küçük birimi olan

aileye çocuğun büyütülmesinde büyük bir sorumluluk düşmektedir. Gelecekteki sağlıklı toplumu, bugünün sağlıklı büyüyen çocukları oluşturmaktadır. Çocuk ve adölesanların sağlıklı bir şekilde yetişmelerinin temelinde görev ve sorumlulukların bilincinde olan aileler yer alır (Eser ve Üstün, 2011). Aile, çocuğun ilk sosyal ilişki kurduğu topluluk olduğundan önemli bir sosyal destek kaynağıdır. Çocukların desteklendiği ailelerde, bireyler sağlıklı ve dengeli bir kişiliğe sahip olmakta ve sosyal gelişimleri de düzgün bir şekilde ilerlemektedir. Ailelerinden gerekli ilgi ve desteği alan çocuklar akran ilişkilerinde daha başarılı olurlar (Akyol ve Salı, 2013).

Sosyal destek, sorun yaşayan ve zor durumdaki kişinin aile üyelerinden, akrabalarından, arkadaşlardan veya diğer insanlardan aldığı duygusal, araçsal veya bilgisel yardımlar olarak tanımlanmaktadır (Gürsoy, 2010). Sosyal destek, alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak iki şekilde ele alınabilir. Algılanan sosyal destek bu yardımların ihtiyaç hissedildiğinde ortaya çıkacağına dair inançtır (Özdemir, 2013).

Bireylerin ruhsal durumlarını doğrudan etkilediği vurgulanan sosyal desteğin çok hızlı değişimlerin ve duygusal dalgalanmaların yaşandığı ergenlik döneminde çok daha fazla önem taşıdığı bilinmektedir. Kişinin yaşamında önemli bir konumda olan anne, baba, eş, sevgili, arkadaş, öğretmen, akraba, komşu ve uzman gibi kişiler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturur. Sosyal destek kaynakları bireylere farklı yollarla yardımlar sağlayabilir. Sosyal desteğin en önemli kaynağı ailedir. Sosyal destek kuramı, aileden gelen desteğin kişinin hayatında stresi engelleyen etkisine ve dolayısıyla ruh sağlığının ve fiziksel sağlığın devamındaki önemine vurgu yapar (Akal, 2010). Sosyal desteğin artmasıyla depresyon, stres ve diğer psikolojik belirtilerin düzeyinde azalma meydana gelir (Doğan, 2008). Aile ve arkadaş gibi duygusal yönden etkili bir şekilde yardım edebilen sosyal destek kaynaklarının varlığı ve algısı adölesanların gelecek planlarını şekillendirmede ve gelecek beklentilerinde önemli bir rol oynar (Aidan ve Benbenishty, 2011).

Bireyin geleceği ile ilgili planlama yapması en önemli gerekliliklerinden biri olarak görülmektedir. Gelecek tasarımı olarak da isimlendirilen bu planlama, bireyin kendisine görev tayin etmesi anlamına gelir. Tayin edilen bu görevler bireyin gelecekte beklenmesini meydana getirir (Uluçay ve ark., 2014). Adölesanların geleceğe

dair sahip oldukları beklentiler onların erişkin yaşantılarını belirler, geleceklerini algılama şekilleri kimlik ve benlik gelişimlerini etkiler (Artar, 2003).

Günümüzde psikiyatrik hastalıklar, yüksek oranda görülmeleri ve tedavideki zorluklar sebebiyle önemli toplum sağlığı sorunları arasında yer almaktadır (Tokuç ve ark., 2009). Dünyada her dört kişiden biri yaşam boyu bir ya da daha fazla ruhsal sorun yaşamaktadır. Çocuk ve adölesanlarda ise ruhsal sorun görülme sıklığı %20 olarak belirlenmiştir (Gültekin, 2010). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre; Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability-Adjusted Life Year - DALY) sıralamasında nöropsikiyatrik hastalık grubu %13'lük oran ile ikinci sırada yer alırken, DALY alt bileşenlerinden Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları (Years Lost with Disability - YLD)'nda %27 ile ilk sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006). Başlangıcı çocukluk ve ergenlik döneminde olan birçok ruhsal sorun yaşam boyu etkisini devam ettirerek, yaş ilerledikçe çocuk ve adölesanda daha fazla işlev kaybına sebep olmakta ve yetişkin yaşlarda yıkımlara yol açabilmektedir (Aktepe ve ark., 2010). Adölesanlarda görülen ruhsal sorunların sıklığı ve ilişkili olduğu faktörlerin araştırılarak belirlenmesi, bu dönemdeki gençlere verilebilecek ruh sağlığı hizmetlerinin hem planlaması hem de sunulması için önem taşımaktadır (Eskin ve ark., 2008).

Bu çalışma ile Samsun ili İlkadım ilçesindeki devlet okullarında öğrenim gören adölesanların algıladıkları sosyal destek, ruhsal belirti ve gelecek beklentisi düzeylerinin saptanması ve algılanan sosyal desteğin, ruhsal belirtiler ile gelecek beklentisi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Çağ

Adölesan çağ, çocukluk döneminin sonundan yetişkinliğe kadar süren bütün fiziksel, cinsel ve psikolojik gelişim ile bilişsel ve sosyal önemli bir değişimi kapsamaktadır (Okyay ve Ergin, 2012). Adölesan, genç, gençlik, puberte terimleri birbirlerinin yerine kullanılabilmeyle birlikte her bir terim belli yaş aralıklarını temsil etmektedir. DSÖ; 10-19 yaş grubunu “adölesan”, 15-24 yaş grubunu “genç”, 10-24 yaş grubunu da “gençlik” olarak tanımlamıştır (WHO, 2014). Erinlik yani puberte ise, ortalama 12-15 yaşları arasında başlayan; bedensel, cinsel ve ruhsal olarak belirgin değişikliklerin olduğu dönemdir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bu dönemde üreme yeteneğini oluşturan biyolojik değişiklikler ön plandadır. Puberte dönemindeki değişimler belli bir sıraya göre meydana gelir, ancak başlama yaşı ve seyri kişiden kişiye değişmektedir. Bu dönemdeki değişikliklerin kişisel imaj içine özümsemesi normal adölesan dönemi için çok önemlidir (Kreipe ve McAnarney, 2001). Puberte döneminde meydana gelen ana fiziksel değişiklikler; birincil seks karakterlerinin değişimi (iç ve dış cinsel organların gelişimi), ikincil seks karakterlerinin ortaya çıkması (pubik kıllanma, kızlarda meme gelişimi, erkeklerde ses kalınlaşması), vücut yağ oranının değişmesi, iskelet-kas gelişimi ve boyda uzama ile kızlarda menstrüasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlaması şeklinde sıralanabilir (Ercan, 2005).

Günümüzde çocukların sağlık durumlarındaki iyileşme sonucu büyüme ve gelişme sürecinin hızlandığı, pubertenin daha erken yaşlara kaydığı bilinmektedir. Özellikle gelişmiş toplumlarda 20. yüzyılın başlarında görülen refah düzeyindeki yükselme, düzgün beslenme ve hastalıklarla etkin mücadele ile çocukların sağlık durumları da belirgin şekilde iyileşmiş, sonuç olarak da ergenliğin daha erken başladığı görülmüştür. Ülkemizde kızlarda ergenliğin başlama zamanı ortalama 10,1 yaş, alt ve üst sınırlar 7,8 ve 12,9 yaş olarak belirlenmiştir. Erkeklerde ise ilk belirtilerin başlama zamanı ortalama 11,6 yaş iken, alt ve üst sınırlar 9,7-13,0 yaşdır (Darendeliler ve ark., 2010). Amerika’da ise ortalama ergenlik başlama yaşı beyaz ırktaki kızlarda 9,7; erkeklerde 11,4 olarak hesaplanmıştır (Irwin Jr. ve ark., 2013).

2.1.1. Adölesan Çağ Dönemleri

Erken, orta ve geç olmak üzere 3 döneme ayrılan adölesan çağ ve özellikleri şu şekilde özetlenmiştir:

2.1.1.1. Erken Adölesan Dönem (10 - 14 yaş)

Bu dönemin en önemli karakteristik özelliği, fiziksel görünümde ve davranışlardaki hızlı değişimlerdir (Blake ve Davis, 2008). Erken ergenlikte, gençler gelişmekte olan bedenlerine odaklanırlar, özellikle kabullenilme ve uyum açısından arkadaş grupları gittikçe artarak önemli hale gelir ve adölesan bireyler yeni davranış denemeleri yapmaya başlarlar. Erken adölesan dönem, bilişsel özellikler açısından da önemli değişimlerin olduğu bir süreçtir. Gençler somut düşünmeden soyut düşünmeye geçiş yaparlar ancak benliği düzenleyen sosyal ve duygusal yetkinliği henüz geliştirmemişlerdir (Irwin Jr. ve ark., 2013). Bireyler felsefe, din, siyaset, ölüm gibi kavramlar üzerine daha fazla kafa yormaya ve fikir paylaşımı yapmaya yönelirler. Adölesanlarda soyut düşünebilme birden bire olmaz, bu süreç somut tecrübelerin ötesinde mantığa dayalı sonuçlar çıkarabilme ve günlük yaşantısında varsayıma dayanan düşünme yetisi kazanma ile devam eden bir zaman dilimidir. Zaman kavramını fark etmeye, geleceğe dair endişeler hissetmeye, zamanın geçtiğini fark edip kendilerinin de ölebileceklerini idrak etmeye başlarlar. Erken adölesan dönem bireyin yabancılaşmasına sebep olacak biçimde yakın çevresini ve yaşam şeklini reddediş süreci olarak bilinmektedir (Derman, 2008).

Dış görüntüdeki değişimin yanı sıra, ergenlikteki önemli fiziksel değişimlerden biri de üreme yeteneğinin başladığını gösteren ikincil seks karakterlerinin gelişimidir ve bu durum adölesanın kendisini toplumsal açıdan, çocukluktan çıkmış birey kimliğinde görmesini sağlar. Fiziksel görünümdeki değişme, farklılaşan dürtüler, daha fazla algılanmaya başlanan cinsel kimlik, bireyin sosyal olarak da bazı cinsiyet rollerini benimsemesini zorunlu kılar. Adölesan dönemde, gence cinsiyetiyle uyumlu şekilde davranmaya teşvik edici çevresel yönlendirmelerin sonucunda, sosyal cinsiyet rollerinin benimsenmesiyle cinsel kimlik gelişimi tamamlanır. Sosyal aktivite ve etkinlikler çoğunlukla aynı cinsiyetten arkadaşlar ile gerçekleştirilir ve çevresi adölesanın davranış ve kıyafet seçiminde etkilidir (Derman, 2008). Bu özelliklerin birleşimi riskli davranış ve tutumlara yönlendirebilir (Irwin Jr. ve ark., 2013).

2.1.1.2. Orta Adölesan Dönem (15 - 17 yaş)

Bu dönemin en önemli karakteristik özelliği, özerklik ve kimlik gelişimidir (Blake ve Davis, 2008). Orta ergenlik; bilgi işleme, bakış açısı alma becerisi ve yansıtma gibi soyut operasyonel düşünme döneminin yeni bilişsel yetkinliklerinin ortaya çıkışı ile tanımlanır. Adölesanlar artık karmaşık kavramları anlayabilirler, bu durum da sıklıkla yetişkin davranış ve düşünce biçimini sorgulamalarına neden olur. Bu dönem, özellikle bağımsızlık konusunda ebeveynlerle en büyük tartışmaların yaşandığı dönemdir. Erken ergenliğin benmerkezci dünyasından orta ve geç ergenliğin daha sosyal merkezci dünyasına bir kayma başlar. Adölesanlar hukuk, adalet gibi daha soyut kavramlar üzerine kafa yorabilirler. Soyut düşünme becerisi duygusal alana da yansımaya yapar ve ilgi odağı aynı cins arkadaşlıktan flört etmeye doğru kayar. Daha olgun düşünme süreci dürtüsel davranışları kısıtlamaya başlasa da, arkadaşlık normları bazı riskli davranışlarla meşgul olmayı arttırdığı ve bireyler daha bağımsız kararlar verdiği için, sağlık açısından riskli davranışlar orta ergenliğin başlıca ilgilenilen alanıdır (Irwin Jr. ve ark., 2013).

Bu dönemde ebeveynlerden ayrışma, bağımsız bir birey olma ve bu durumu aileye de onaylatma çabaları çok sık görülür. Anne-babadan ayrışma ve bağımsızlaşma periyodu içinde adölesanların duygusal olarak kendilerini ebeveynlerinden ayırma uğraşları, duygusal açıdan özellikle karşı cins olmak üzere arkadaş ilişkilerine yönelmeleri, var olan riskleri önemsememeleri, kendilerini her şeyi yapabilir olarak görmeleri ve özerklik peşinde olmaları anne ve babalarıyla anlaşmazlık yaşamalarına sebep olmaktadır. Duygusal açıdan bağımsızlaşma, hem bireyselleşmenin hem de duygusal yakınlığın desteklendiği şartlarda en düzgün biçimde oluşmaktadır. Ergenler çoğunlukla kendilerini arkadaşlarının bakış açısıyla değerlendirirler. Bunun sonucunda görünüm, kıyafet seçimi ve davranışlarının arkadaşları tarafından kabul görmemesi, benlik saygılarında azalma sebebi olabilmektedir. Bununla birlikte yakın ilişkiler bağımsızlık duygusunu olumsuz etkileyebileceğinden, ilişkilerdeki sınır bu dönemdeki adölesanlar açısından ciddi bir endişe sebebidir (Derman, 2008).

2.1.1.3. Geç Adölesan Dönem (18-21 Yaş)

Birey olma ve gelecek planı yapma bu dönemin en belirgin karakteristik özellikleridir (Blake ve Davis, 2008). Geç ergenlik/genç yetişkinlik gelişiminde, daha

yeni bir kavram “beliren yetişkinlik (emerging adulthood)” teorisidir. Bu teori 18 yaşından 25 yaşına kadar olan yıllara odaklanarak, bu dönemi öncesinde gelen ergenlik ve izleyecek olan yetişkinlik yıllarından ayrı kabul eder. Geç adölesan dönem yaşamın iş ve aşk dâhil olmak üzere birçok alanındaki imkânlarını araştırmayı içeren kimlik keşfi ile tanımlanır. Bu görevle tutarlı olarak, kendini ifade etme, yansıtma ve içgörü için artmış bir bilişsel yetenek vardır. Bu dönem aynı zamanda bireylerin toplumda işlevsel bir rol tanımlamaya başladıkları dönemdir. Yeni beliren başkalarını düşünme duygusu ile birlikte sosyo-merkezci dünya görüşü, erken ergenlikte olduğu gibi benmerkezci konular yerine, ahlaki ve etik konularla ilgili aile ve toplumla çatışmalar yaşanmasına yol açabilir. Bireyler daha az bencil olmaya devam ederken, geç ergenlik dönemi diğerlerine karşı yükümlülüklerin daha az hissedildiği ve kendi hayatları açısından değerli bir özerkliğin olduğu, benliğe odaklanılan bir yaşam dönemidir (Irwin Jr. ve ark., 2013).

Bu süreçte sakinleşme eğilimi ve tekrar aileye bağlılık görülür. Anne-babayla olan ilişkiler değişmiş, ailenin önemi ve değeri daha çok anlaşılmıştır. Ebeveynlerin tavsiyeleri tekrar önemsenmeye başlamıştır. Fakat bu dönemde kimi adölesanlar yetişkin sorumluluklarını üstlenmeye yanaşmayıp, aile ya da arkadaşlara bağımlı kalmayı tercih edebilirler. Arkadaşlarla ilişkilerin önemi daha azdır, kendi değer yargıları ön plana çıkmıştır. Karşı cinsten biriyle daha fazla zaman geçirilir. Tek kişi ile yaşanan bu ilişkide daha fazla paylaşım ve tecrübe kazanılır. Çoğunlukla duygusal bir ilişki arkadaşlarla olan birliktelikten daha önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Adölesan bu dönemde akademik ve sanatsal arayışlara yönelebilir, sosyal bağlar bireyin kendisini daha iyi tanımlamasını ve bir topluluğa aidiyet hissetmesini sağlar. Adölesan dönemde bundan önceki gelişim süreçlerinde kazanılması beklenen temel güven duygusu, bağımsızlık, girişkenlik, çalışma ve üretkenlik gibi özellikler olmadan dengeli bir karakter oluşturmak kolay değildir. Bu dönemde, kimlik duygusu oluşurken çocuklukta yaşanmış olan çatışmalar tekrar yaşanabilir. Elde edilen özdeşimler bireyin şimdiki anlayış ve rolüne uygun özellikler kazandırıp benimsenerek ergenliğin başlangıcından itibaren tecrübe edilen duygular, kazanılan yetenekler, kurulan özdeşimler harmanlanıp sentezlenir ve bunun sonucunda kimlik duygusu ortaya çıkar. Kimlik duygusunun düzgün geliştiğinin önemli bir işareti ergenin duyduğu aynılık ve süreklilik hissini, başka kişiler tarafından algılanan

aynılık ve süreklilik durumuyla uyuşmasıdır. Kimlik duygusu; cinsel, sosyal ve mesleki açıdan ele alınabilir. Ergenlik sürecini tamamladığı halde; cinsel, sosyal ve mesleki yönden kimlik gelişimini sağlıklı bir biçimde oluşturamayan bireylerde kimlik kargaşası görülebilir. Bu dönem sona erdiğinde kimlik duygusunu kazanabilmiş kişilerde yakın ilişkiler kurabilme ve sürdürülebilir, işini ve eşini seçebilme becerileri ve toplum içinde yetişkin rollerini yüklenilecek sorumluluk bilinci gelişir. Belirli bir topluluğa bağlanma, aidiyet duygusu ile içgörü yeteneği elde edilir; başka insanlara ve geleceğe ilgi artışı gözlenir, sosyal kurum ve gelenekler benimsenir. Bilişsel gelişimde olduğu gibi ahlak gelişiminde de adölesan dönem süresince gelişme devam etmektedir. Birçok kişide ahlak gelişimi geç adölesan ve erken yetişkin dönemde tamamlanmaktadır (Derman, 2008).

2.1.2. Adölesan Dönemdeki Değişiklikler

2.1.2.1. Fiziksel ve Cinsel Gelişim

Puberte boyunca, genç bireylerin vücudu yetişkin ölçülerine ulaşır ve üreme kapasitesi kazanırlar. Vücuttaki hızlı büyümeye seksüel fonksiyonlarla ilgili fiziksel özelliklerdeki değişiklikler eşlik eder. Bunlardan “birincil seks karakterleri” denilen özellikler direkt olarak üreme organlarıyla (kızlarda overler, uterus ve vajina; erkeklerde penis, skrotum ve testis) ilgili gelişimleri kapsar. İkincil seks karakterleri denilen diğer özellikler ise bedenin gözle görülen bölümünde yer alan ve seksüel olgunlaşmanın diğer belirtilerini (örneğin kızlarda meme gelişimi, her iki cinsiyette koltukaltı ve pubik kıllanma) içerir. Çoğunlukla pubertal gelişme yaklaşık 4 yıl sürerken, bazı adölesanlar bu süreci 2 yılda, bazıları ise 5 ile 6 yıl arasında tamamlayabilmektedir (Berk, 2009).

Areola altında meme gelişimi (telarş) ve mons pubis çevresinde pubertal ince düz pubik kıllanma (adrenarş veya pubarş), 11 yaş civarı (8-13 yaş) kızlarda ortaya çıkan erken pubertal değişikliklerdir. Bu değişiklikler seksüel maturasyon oranını veya Tanner evresinin 2. aşamasını belirtir. Tanner evrelerinin tamamlanması yaklaşık 4-5 yıl sürer. Maksimum büyüme hızı genellikle, evre 3-4 meme gelişimi olan telarştan yaklaşık 1 yıl sonra ve menstruasyon (menarş) başlamadan önce görülür. Menarş pubertenin nispeten daha geç döneminde gelişen bir olaydır. Menarş sonrası kızların boyunda en fazla 2-5 cm’lik bir artış görülür (Blake ve Davis, 2008).

Erkeklerde testiküler büyüme (>2,5 cm) Tanner evrelendirilmesinde 1. aşamadan 2. aşamaya geçişin işaretidir. Testiküler büyümeden sonra penis tabanında pubik kıllanma (adrenarş) ortaya çıkar. Daha sonra 1 sene içinde aksiller kıllanma görülür. Büyüme atağı kızlara göre biraz daha geçtir; 10,5 yaş ile 16 yaş arasında herhangi bir sürede ortaya çıkabilir. Ses kalınlaşması, yüzde kıllanmanın başlaması ve akne; pubertenin erken evrelerini gösterir (Blake ve Davis, 2008).

2.1.2.2. Psikososyal Gelişim

Adölesan çağ, çocukluk ile yetişkinliği birbirine bağlayan fiziksel, cinsel ve psikososyal bir geçiş sürecidir. Bu dönem içinde adölesanın edindiği nitelikler, ilerde nasıl bir yetişkin olacağını belirler. Meydana gelen birçok gelişme sırasında fizyolojik ve psikolojik gerginliklerin yanında, oluşan yeni kimliğin beraberinde getirdiği problemler de görülmektedir. Bu sebeple fiziksel ve duygusal süreçlerin neden olduğu, cinsel ve psikososyal gelişim ile başlayan ve kişinin bağımsızlığını ve sosyal yönden üretkenliğini kazandığı adölesan dönemin genel olarak fiziksel, cinsel, kognitif ve psikososyal açıdan çocukluktan yetişkinliğe adım atılan dinamik bir süreç olduğunu unutmamak gerekir. Tüm bunların düzenli bir şekilde ilerlemesi ve yetişkin rolü kazanmak kolay olmadığından, tam anlamda başarılı olunamayabilir ve bu sürecin sınırları çok da belirgin değildir (Hatipoğlu, 2013).

Erikson, insanın başkalarıyla ilişki içinde geliştiğini ifade etmiş ve sosyal çevresinde bulunan aile, öğretmenler ve arkadaşlarının çocuğun psikososyal gelişimi için önemli ve gerekli bir etken olduğunu öne sürmüştür (Özdemir ve ark., 2012). Anne-baba ve çocuk ilişkisinin kalitesi, çocukların psikososyal gelişimlerinin ortaya çıkışını ve çocukların çevrelerine uyum sağlama ve yanıt vermeyi öğreniş şekillerini desteklemektedir. Çocukluğun tamamı boyunca etkisi devam eden erken çocukluk dönemi sosyal ve duygusal kazanımları arasında; özerklik ve yeterlik, ayrılma-bireyselleşme ve kendini düzenleme bulunmaktadır. Özerklik, davranışsal bağımsızlığın kazanımını; yeterlik ise çocuğun sürekli artan beceri arayışını ifade etmektedir. Bu süreçlerin bebekler ve çocuklar üzerinde etkili olduğu görülebilmektedir. Çocuklar yeni beceriler kazandıkça ve başarılı oldukça, kendilerine bir sonraki keşif ve zorlukla başa çıkma gücünü veren içsel bir memnuniyet yaşarlar. Özerklik ve yeterliğin cesaretlendirilmesi, çocukların kendilerini faydalı ve yetenekli hissetmelerine olanak

tanır ve günlük yaşamlarında karşılaşacakları zorluklar ile baş edebilecekleri ve dünyaları üzerinde belirli ölçüde denetim kurabildikleri duygusunu aşılır. Çocuklar olgunlaşırken, onların özerk ve yeterli olma yönündeki güçlü dürtüleri, anne-babalarının belirlediği sınırlarla ve güvenli çevrenin korunması ile çatışabilir. Özerk ve yeterli olma dürtüsünün içsel bir motivasyon gücü olduğuna inanılmakla birlikte, bu dürtü bakım verenlerden gelen girdilere bağlıdır. Bakım verenler;

- 1) Çocukların çabalarını fark etmeli ve desteklemeli,
- 2) Yeterlilik ve problem çözmesini engelleyecek boyuta varmamak kaydıyla, çocuğun bunaltıcı düzeylere ulaşan hayal kırıklığını yeterli derecede azaltmalı,
- 3) Çocuklara seçenekler ve bağımsızlık için olanaklar sunmalı,
- 4) Açık, net ve tutarlı sınırlar belirlemek yoluyla bu dürtüyü desteklemelidir (Colson, 2013).

Çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci devamlı ve tek bir yol halinde olmamakta; biyolojik, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişmenin her biri farklı hızlarda ilerlemektedir. Herkes için benzer bir adölesan psikososyal gelişimi belirlemek mümkün gözükmemektedir. Adölesan çağıdaki bireyler homojen bir kitle olmayıp, fizyolojik ve ruhsal açıdan oldukça farklıdırlar (Sağlık Bakanlığı, 2007). Adölesan dönem içindeki birey, artan özgür olma çabası ve farklılaşan iletişim şeklinin etkisiyle birçok konuda ebeveynlerinden daha önceleri görmediği ikazları görmekte, ailesi kendisine bazı konularda sınırlar koymaya başlamaktadır. Bir başka ifadeyle 8-9 yaşlarındayken yakın çevresinden gördüğü tutum ve davranışlar artık değişmiştir. Karakteri ve çevresiyle arasındaki ilişkilerin özelliği değişime uğramaktadır çünkü adölesanın vücudu ve hisleri, bir bütün halinde değişip gelişmekte; çevreyi, diğer insanları ve kendisini anlamak için kullandığı bilişsel yetenekleri hızlanmaktadır. Fakat bu hızlanma kısa bir sürede, erişkin gibi düşünmek ve davranmak boyutuna erişemez. Ergenin vücudunda meydana gelen değişimlere uyum sağlamakta zorlanması, kendisine ve ailesine yönelik yabancılaşmasına sebep olabilmektedir. Bazı çocukların daha erken ya da geç ergenliğe girmesi, yaşlılarından farklı görünmesi, onu arkadaşlarına karşı yabancılaştırmakta, utangaçlık ve yalnızlık duygularına neden olmaktadır. Bu süreçte dengeli ve uyumlu çocuğun yerini endişeli, zor memnun olan ve çabuk öfkelenen bir ergen almaktadır (Ünal ve ark., 2007).

Sonuç olarak, adölesan dönem başlama ve bitiş zamanları kesin olmayan, normal ve anormalliğin saptanmasında da zorluk çekilen bir süreçtir. Bu dönemde bireyler, anne-babaları ve diğer yetişkinlerden duygu, düşünce ve davranışta bağımsızlık kazanmış olmalıdırlar. Toplum ile bütünleşirken öz benliğinin bilincine varan gençler; bilişsel becerilerini geliştirmiş, sosyal yaşam için gerekli bilgi, görgü ve psikolojik yeterliliğe ulaşmış olmalıdırlar (Hatipoğlu, 2013).

2.1.2.3. Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişim, çocuğun çevreyi algılaması, anlayıp öğrenmesi, öğrendiklerini hatırlaması, hatırlamada etkili olan faktörler, problem çözebilme gibi işlevlerin ne şekilde geliştiğini açıklamaya çalışır. Bilişsel gelişimle ilgili dört temel kuram vardır. Bunlar bilgiyi işleme kuramı, Piaget'nin bilişsel gelişim kuramı, Bruner'in bilişsel gelişim kuramı ve Vygotsky'nin bilişsel gelişim kuramıdır (Deniz, 2012).

Adölesan dönemin başlamasıyla beraber, çocuk artık somut işlemler döneminde kazandıklarının üzerine yeni kazanımlar edinmeye başlayarak daha yukarı seviyede dengelere ulaşabilmesi olanaklı hale gelmektedir. Adölesanın ve çocuğun düşünme şekilleri arasındaki en önemli fark, çocuk somut gerçekliğe daha bağlı kalacak şekilde düşünmektedir (Ahioglu, 2011). Düşünce yapısındaki farklılaşma özellikle 11 yaş civarında görülür. Bu yaşa gelene kadar çocuk için düşünme ve konuşma birbirine eş kabul edilir. Çocuk açısından düşünme kelimeleri kullanmak gibidir. Konuşmayı sözcükler vasıtasıyla eşyalara etki yapmak gibi algılarlar. Zihinsel olan bir nesne ile onun işaret ettiği varlığı birbirine karıştırabilirler. Benzer biçimde çocukluk döneminde rüya ve gerçek de birbirinden ayırt edilemeyebilir. Ancak 11 yaşlarına doğru rüyanın maddi olmayıp düşünceden oluştuğunu anlaması mümkün olur. Düşünce ve dış dünya arasında çocukta doğuştan gelen bir ayrım bulunmamakta, bu yavaş yavaş meydana gelmektedir. Çocuk kendine göre düşünür, başka insanların kendisinden farklı düşünebileceğini algılayamaz. Geleceğe dair soyut bir şekilde düşünebilir, varsayımlar öne sürerek çeşitli olasılıklar üstüne fikir üretebilir. Bir konuya değişik açılardan yaklaşarak onları ayrı ayrı sınıyabilir. Yaptığı gözlemlerden ilkeler çıkarmak, varsayımlar öne sürerek onları denemek adölesan düşüncesinin başlıca nitelikleridir. Birey bu dönemde soyut kelimeleri kullanmaya başlamış, algılama yeteneği gelişmiş, felsefe, din, politika, ahlak gibi soyut konular üstüne akıl yürütmeye başlamıştır. Her

ergen aynı yaşlarda soyut düşünme yeteneğini kazanamaz hatta bazı yetişkinlerin bile soyut düşüncenin gerektirdiği zihinsel nitelikleri edinemedikleri bildirilmektedir. Soyut düşünmeye başlama ile adölesanın içinde bulunduğu kültürel ve sosyal çevresi, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve zekâ seviyesi arasında ilişkiler vardır (Kulaksızoğlu, 2000).

2.1.2.4. Kişilik Gelişimi

Kişilik; insanı başkalarından farkı kılan, doğuştan gelen, sonradan edinilen, tutarlı bir şekilde gösterilen niteliklerin tümüdür. Kişilik, insanın bilişsel, duygusal, sosyal ve fiziksel özelliklerinin devamlılık gösteren yönlerini kapsar. Bu tanımıyla kişiliğin, insanın kalıcı eğilim, davranış ve ilişki şekilleri ile tepkilerini belirleyen en önemli faktör olduğu söylenebilir. Diğer bir tanımlamada ise kişiliğin; insanın kendine özgü düşüncelerinin ve gösterdiği davranışlarının tümü olduğu ifade edilmiştir (Özdemir ve ark., 2012).

İnsanda kişiliğin gelişmesi, evrimsel gelişmeye bağlı olan olgunlaşma ve öğrenmeye bağlı olan bireyleşme-toplumsallaşma süreçlerinin birbirlerini etkilemesi ile oluşur. Kuşkusuz, kişilik gelişmesinin nörobiyolojik, bilişsel, duygusal yönlerini, nesne ilişkileri özelliklerini, yaşam sorunları, engellemeler ve çatışmalarla baş etmek için geliştirdiği uyum ve savunma düzeneklerini biyopsikososyal bir bütün olarak değerlendirmek gerekir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Kişilik gelişimi açısından sosyal çevreye yüklediği önemin dışında, biyolojik olarak doğumdan itibaren gelişen bazı niteliklerin de önemini belirten Erikson, kişilik gelişimine epigenetik bir yaklaşım ile bakmaktadır. Gelişme gösteren her şeyin bir plan dâhilinde ilerlediğini öne süren epigenetik kavramına göre, kişilik gelişimi anne rahmindeki bebeğin gelişimine benzerlik göstermektedir. Anne karnındayken bebeğin organlarının belli aşamalarda meydana gelmesi gibi, kişiliğin gelişimi de belli süreçlerde sıralı bir şekilde oluşur. Bu yaklaşıma göre kişilik gelişim aşamaları; biyolojik temelli hiyerarşik bir düzene göre sıralanmaktadır (Özdemir ve ark., 2012).

Kişilik gelişimi sürecinde çevre, kişiliğin gelecekte alacağı hali etkileyen çok önemli bir faktördür çünkü insanın karakteri esnek olup içinde bulunduğu çevre tarafından şekillendirilebilir. Bunun yanında özellikle kişilik gelişiminin büyük oranda şekillendiği çocukluk çağında anne ve babaların çocuklarına yönelik davranışları çok önemlidir. Çocuğun yaşı ilerledikçe çevresel etkenler değişmeye ve çeşitlenmeye

başlayarak, anne-babanın etkisi azalır; akran çevresi, okul, öğretmen, kültür ve sosyal yapı gibi diğer psikososyal faktörler ön plana çıkmaya başlar. Kişilik, yaşam boyu gelişme gösterir. Bu sürecin hedefi olgun ve dengeli bir benlik oluşturmaktır (Özdemir ve ark., 2012).

Ergenlik dönemi kimlik gelişimi açısından en önemli evrelerden biridir. Bu dönemdeki hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliğin henüz tam olgunlaşmaması ve toplumsal statünün henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenlerle, bu çağ sorunlarla yüklü fırtınalı bir dönem olabilir. Başlangıçta, yani erinlik döneminde öncelikle hızlı büyüme ve cinsel dürtülerin taşması ile ilgili duygusal coşkular, düşünsel bocalamalar ortaya çıkar. Bu çağda eskiden yaşanılmış cinsel yönelişler, çatışmalar yeni baştan yaşanır, ödipal duygular alevlenir. Bu yüzden anne-babadan, kardeşlerden uzaklaşma eğilimi ortaya çıkabilir. Bir yandan bağımsız olmaya, anne-babadan kopmaya çalışan birey, bir yandan da onlara bağımlılığın etkisi altındadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Ergenliğin başlangıcında, bireyin kendisine yönelik benlik değerlendirmesi nispeten yüzeyseldir. Bu durum gencin başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğini önemsemesi şeklinde görülmektedir. Ergenin kendi benlik anlayışı çevreye duyarlıdır. Başkalarının yüklemelerinden etkilenir durumdadır. Bu çağlarda ergenin belirli aşamalar gerçekleştirmesi (ehliyet almak, başarılı olmak gibi) gelişmekte olan benlik değerlendirmesi için önemli ve kritik olaylardır (Aydın, 2013).

Kişinin kendisiyle ilgili farkındalık kazanması ve kendi özelliklerini tanıması, kişilik gelişiminde önemli bir husustur. Bireylerin kendisi ile ilgili özellikler hakkında fikir sahibi olması ve bu özelliklerin düşünceler, değerler ve davranışlar boyutunda tutarlılık ve devamlılık göstermesi durumu ergenlikte artmaktadır (Aydın, 2013). Benlik farkındalığı adı verilen yaklaşıma göre, kendilikle ilgili üç değişik zihinsel temsil vardır. Birinci olarak herkesin bir “gerçek kendilik” temsili vardır. Olunan ya da olduğuna inanılan kişiyle ilgileri bilgileri içerir. İkinci olarak her bireyde “olmak istenen kendilik” temsili vardır ve bu da olmak istenen insanın zihinsel imgesini içerir. Hiçbir insanın gerçek kendiliği ile olmak istediği kendiliği bir başkasınıninkine benzemez. Üçüncü olarak “olunması gereken kendilik” temsili vardır. Bu kendilik, çeşitli kaynakların (anne, baba, din vb.) birey için belirlediği görevleri ve yükümlülükleri yerine getiren kişidir (Deniz, 2012).

Ergen içinde bulunduğu dönemde; gelişmiş veya gelişmekte olan beden yapısı, sorumlulukları ve erişkin bir insan olma yolunda ilerlemesi gibi psikolojik ve sosyal içerikli sorunları değerlendirmeye başlamıştır. Bu sorunlar içerisinde kimlik kargaşası yaşar. Kimlik krizi her gencin yaşadığı doğal bir süreçtir. Bu sürecin tamamlanmadığı durumlarda ergen rol karışıklığı içine girer. Ergen için asıl önemli problem olan konu rol karışıklığıdır. Rol karışıklığı içinde olan ergen, psikososyal gelişimin doğal yaşantısı olan çatışmaları ve arayışları çözümleyememiştir. Çözümlememiş olan kimlik krizi sonucunda ergenlerde olası durumlar;

- Ben ile kimlik arasında karmaşa
- Aşırı gelişmiş benlik imajı
- Belirtilerde aşırı kayma ve değişiklik
- Geçmiş ile şimdi arasındaki devamlılığın zayıflaması
- Yüksek düzeyde kaygı
- Kendi özelliklerinden yeterince emin olmama
- Kendisine yönelik değişken duygular şeklindedir (Aydın, 2013).

Bu dönemde kimlik krizi, atlatılması gereken önemli bir aşamadır. Aşılamadığı durumlarda, ergenlere psikolojik yönden destekleyici yardım yapılması gerekir. Bu yardım, ailenin ve aileye yakın olan diğer kişilerin bilgilendirilmesi ve ergen ile ilişkilerinin yeniden yapılandırılması şeklinde olabilir. Bu yaşlarda gençler her ne kadar bağımsız ve kendi kendine yeter kişiler olduklarını ispatlamaya çalışsalar da, temelde güveneceği kişiyi bulup bağlı olma ve kişiden destek alma özlemi vardır. Anne-babalar veya onların yerini almış olan kişiler, bu konularda bilinçlendirilmeli ve ergenle sağlıklı ilişkiler geliştirmelidirler (Aydın, 2013).

2.1.2.5. Ahlaki Gelişim

Ahlaki gelişim, doğru ve yanlışın standartlarına ilişkin düşünceler, duygular ve davranışları içermektedir. Ahlaki gelişim, kişisel (bir insanın temel değerleri ve kendilik duygusu) ve kişilerarası (insanların diğerleriyle ilişkisinde ne yapması gerektiği) bir boyuta sahiptir. Kişisel boyut, sosyal etkileşim içinde değilken bireyin etkinliklerini düzenler. Kişilerarası boyut ise insanların sosyal etkileşimlerini düzenler ve çatışmalara arabuluculuk yapar (Santrock, 2012).

Ahlak gelişimi, ergenlikte değer özerkliğinin en geniş biçimde çalışılan yönüdür. Ahlak gelişim çalışmaları, hem akıl yürütmeyi (bireyler ahlaki ikilemlere ilişkin ne düşünürler) hem de davranışı (ahlaki yargı gerektiren durumlarda nasıl davranırlar) içerir. Bireylerin başkalarına yardım etmeye uğraştıkları olumlu toplumsal davranış çalışmaları bununla ilgilidir (Steinberg, 2007).

Ahlak gelişiminde ilk kuramsal yaklaşım olarak Piaget, “dışa bağımlı evre” ve “özerk evre” olmak üzere iki aşamalı bir süreçten bahsetmiş ve özellikle çocukluk çağında sonuç odaklı bir ahlak anlayışından, niyet odaklı bir ahlak anlayışına doğru gelişimsel geçişe vurgu yapmıştır. Geç çocukluk yıllarının bu süreçte önemli olduğu ifade edilmektedir. Piaget çocukların ahlak gelişimini anlamak adına, oyunlarını izleyerek, oyunlara katılarak ve sorular sorarak, hırsızlık, yalancılık, adalet, ceza ve eşitlik kavramlarıyla ilgili hayattan örnek öyküler anlatarak çocukların fikirlerini öğrenmeye çalışmıştır. Piaget, duygu ve düşüncenin paralel bir şekilde gelişim gösterdiğini ifade ederek ahlak gelişiminin de zihinsel gelişim ile uyumlu olduğunu öne sürmektedir. Piaget’e göre ahlaki gelişim, iki kavramla yakından ilgilidir: Karşılıklılık ve özerklik. Bu iki olgu birbirini tamamlayıcı niteliktedir, çünkü diğer insanlarla ilişki olmadan ahlaktan bahsedilemez, ahlak da özerkliği gerekli kılar. Özerklik kendini tanımayı gerektirir, bu da başkalarıyla iletişim yoluyla mümkün olur (Çam ve ark., 2012).

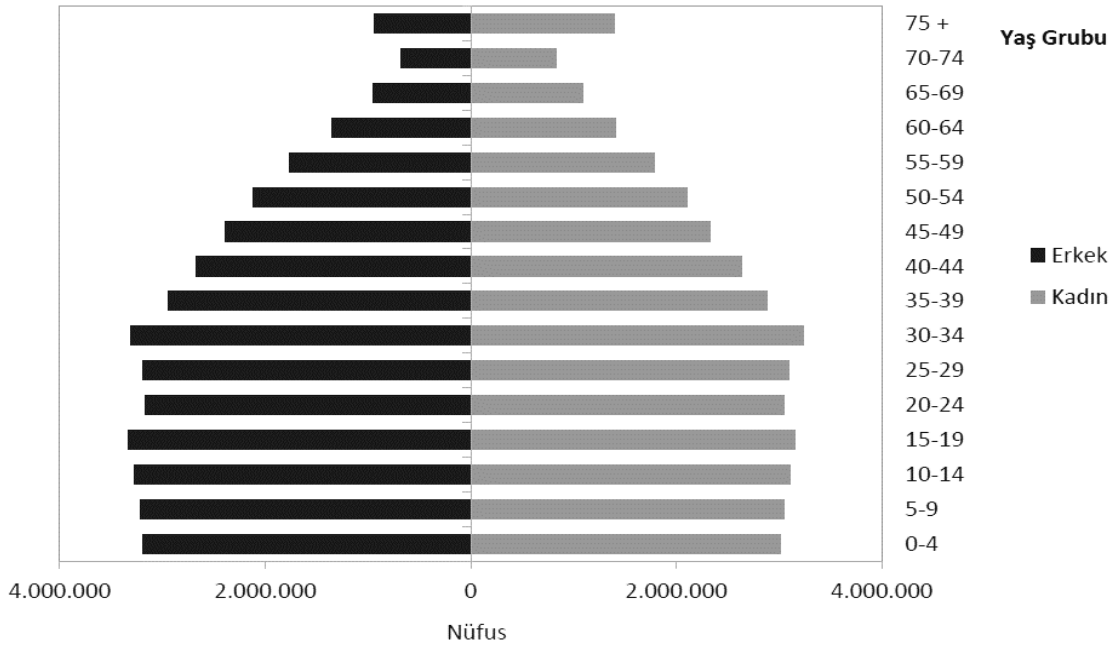
Lawrence Kohlberg ergenlerin doğru ve yanlışla ilişkin nasıl düşündüklerini açıklayan önemli bir kuram ortaya koymuştur. Kohlberg, ahlaki gelişimin öncelikli olarak ahlaki akıl yürütmeye dayalı olduğunu ve birbirini izleyen bir dizi evreden oluştuğunu öne sürmüştür. Kohlberg’in ahlaki gelişimindeki en alt düzey gelenek öncesi akıl yürütmedir. Bu düzeyde ahlak çoğunlukla ödül ve ceza üzerine odaklanır. Gelenek öncesi akıl yürütmedeki iki aşama, ceza ve itaat yönelimi (birinci evre) ve bireysellik, araçsal amaç ve karşılıklılıktır (ikinci evre). Kohlberg’in ahlaki gelişim kuramının ikinci düzeyi geleneksel akıl yürütmedir. Bireyler belli standartlara (içsel) göre davranırlar ancak bunlar ebeveynler ya da toplumun kanunları gibi diğerlerinin (dışsal) standartlarıdır. Geleneksel düzeyde iki aşamayı içerir: Karşılıklı kişilerarası beklentiler, ilişkiler ve kişilerarası uyum (üçüncü evre) ve sosyal sistem ahlakı (dördüncü evre). Kohlberg’in ahlaki gelişim kuramındaki üçüncü ve en üst düzey ise gelenek sonrası akıl yürütmedir. Bu düzeyde ahlak daha içseldir. Gelenek sonrası düzey iki aşamadan

oluşmaktadır: Toplumsal sözleşme/toplumsal yararlılık ile bireysel haklar (beşinci evre) ve evrensel etik ilkeler (altıncı evre). Kohlberg, bu düzey ve evrelerin sırayla ve yaşa bağlı olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Dokuz yaştan önce çoğu çocuk, ahlaki ikilemler için gelenek öncesi tarzda akıl yürütürken; erken ergenlikte daha geleneksel tarzda akıl yürütürler. Ergenlerin çoğunluğu üçüncü evrede, bazıları ise ikinci ve dördüncü evrede akıl yürütebilmektedirler (Santrock, 2012).

2.1.3. Ülkemizde ve Dünyada Adölesan Nüfus

2013 yılı dünya nüfusu 7 milyarı geçmiştir ve yaklaşık %17'si 10-19 yaş arasında, %25'i 10-24 yaş arasında yer almaktadır (Census Bureau, 2013).

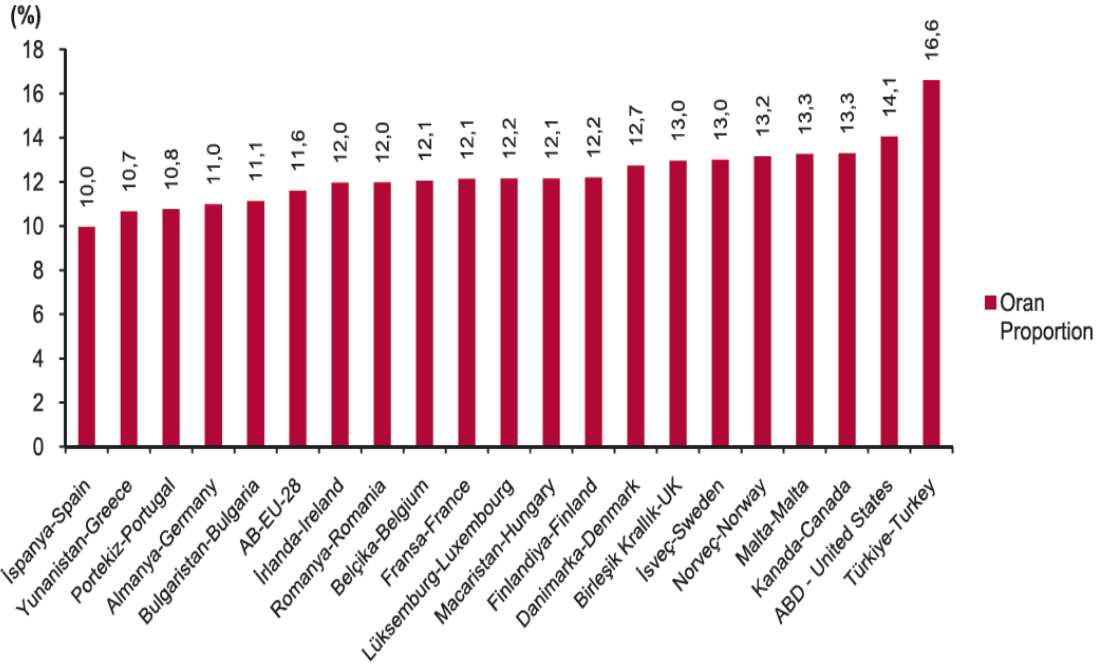
Ülkelerin nüfus sıralamasına göre Türkiye 18. sırada yer almaktadır. 2013 yılında hesaplanan 76.667.864 kişi ile Türkiye dünya nüfusu içerisinde %1,1'lik paya sahiptir (TÜİK, 2014). Türkiye nüfusu içerisinde adölesan nüfus oranı ise %17,2'dir (HÜNEE, 2014). 2013 yılı Türkiye nüfus piramidi Şekil 1'de verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).



Şekil 1. Nüfus Piramidi, Türkiye 2013

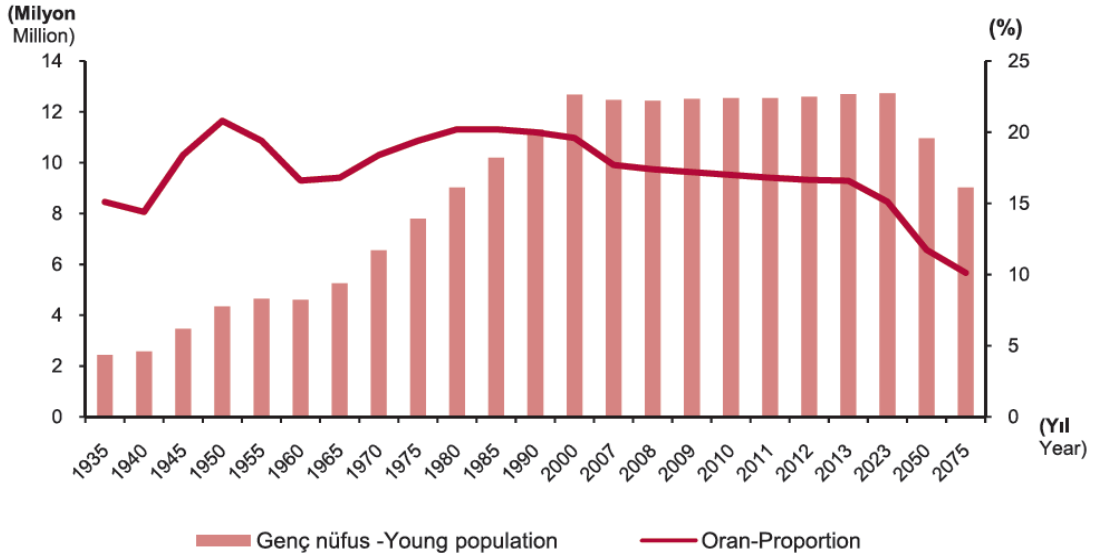
Seçilmiş ülkelerde genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranına bakıldığında, 15-24 yaş grubunun ülkelerde benzer oranda dağıldığı fakat Türkiye'de bu oranın nispeten

yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Genç nüfus oranının en düşük olduğu ülke ise İspanya'dır (Şekil 2) (TÜİK, 2014).



Şekil 2. Seçilmiş Ülkelere Göre Genç Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 2012

Ülkemizdeki genç nüfus ve genç nüfusun toplam içindeki oranı yıllar itibariyle incelendiğinde, 1935 yılından 2000 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir artış olduğu ve 2007-2013 yılları arasında ise doğrusal bir artış olduğu gözlenmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre bakıldığında 2023-2075 yılları için genç nüfusta hızlı bir azalma olacağı tahmin edilmektedir. Genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, 2013 yılında %16,6'dır. Nüfus projeksiyon sonuçlarına göre genç nüfus oranının 2023 yılında %15,1, 2050 yılında %11,7 ve 2075 yılında %10,1'e düşeceği tahmin edilmektedir (Şekil 3) (TÜİK, 2014).



Şekil 3. Genç Nüfus ve Genç Nüfusun Toplam İçindeki Oranı, Türkiye 1935-2075

2.1.4. Adölesanlara Verilmesi Gereken Sağlık Hizmetleri

Adölesan çağ, sağlık sorunlarının nispeten az yaşandığı bir dönem olduğu için düzenli sağlık kontrollerine gereken önem verilmemektedir. Bunun sonucunda da, bu dönemde başlayan birçok hastalığın tanısı atlanarak, bu sorunlar yetişkin dönemde daha yüksek mortalite veya morbiditeyle sonuçlanabilmektedir. Adölesanlardaki sağlık sorunlarının birçoğu önlenabilir özelliktedir. Sağlık sistemimizde ilk başvuru yeri aile sağlığı merkezleri olduğundan, aile hekimlerinin bu konuda bilinçli olması önemlidir. Adölesanlara verilen koruyucu sağlık hizmetleri erişimi kolay, yaşa ve gelişim düzeyine uygun ve maddi yük getirmeyecek şekilde sunulmalıdır. Uzun zaman önce aile hekimliği sistemine geçmiş olan ve ergenlere koruyucu sağlık hizmeti sunan merkezlerde, yıllık koruyucu ziyaretler 11-21 yaşları arasında yapılmaktadır (Parlaz ve ark., 2013).

Aile hekimliği hizmetlerinde hastalara biyopsikososyal temelli bir yaklaşım ön plandadır. Başvuran hastalara medikal tedavinin yanı sıra ruhsal ve sosyal destek sağlamak da aile hekimlerinin görevlerinden biridir. Adölesanlarda görülen psikolojik problemlerin sıklığının ve buna sebep olduğu düşünülen risk faktörlerinin araştırılarak tanımlanması bu yaş grubuna sunulabilecek ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve uygulanması açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde sadece adölesan sağlığına yönelik hizmet sunan merkezler sayıca yetersiz olduğu için, başta birinci basamak olmak üzere bütün kademelerdeki sağlık çalışanları, adölesan sağlığı üzerinde özenle

durmalıdır (Parlaz ve ark., 2013). Depresyon %2,6'lık oranla ulusal hastalık yükü sıralamasında 9. sırada bulunmaktadır. Depresyon ile yakından ilgisi olan intihara ilişkin veriler incelendiğinde, 15-24 yaş aralığının en yüksek sıklığa sahip olduğu görülmektedir. 2011 yılındaki intihar olgularının %23'ü bu yaş grubunda gerçekleşmiştir. Kızlarda bu oran daha yüksektir ve sebepler içinde istenmeyen evlilik ilk sırada yer almaktadır. Bunu ailede yaşanan sorunlar, hastalık ve derslerdeki başarısızlık izlemektedir. Bu veriler ergenlik dönemindeki depresif bozukluk taramasının önemine işaret etmektedir. Görüşme sırasında ailedeki benzer durumlar, sevilen bir kişiden ayrılma, kriz dönemleri gibi faktörler araştırılmalı ve risk grupları belirlenmelidir (Dişçigil, 2013).

Adölesanların sağlıklı bir gelişim gösterip ve sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmaları birincil ve ikincil koruma yöntemleriyle sağlanabilir (Özçakar, 2010). Adölesanlarda koruyucu sağlık hizmetler fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirerek; sağlıklı fiziksel, ruhsal, sosyal büyüme ve gelişimin sağlanmasını amaçlamaktadır. Günümüzde bu çağdaki birçok önemli hastalığın ve ölüm sebeplerinin önlenabilir olması; davranışla, çevreyle ve sosyal etkenlerle büyük ölçüde ilişkili olması nedeniyle adölesanlara yönelik koruyucu hizmetler büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple adölesana verilecek hizmetlerde koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olmalıdır. Amerikan Tıp Birliği "Adölesan Koruyucu Hizmet Rehberi"nde yapılmasını tavsiye ettiği izlemleri şu şekilde sıralamıştır (Özcebe, 2002):

- 1) 11-21 yaş arasındaki adölesanlar yılda bir defa koruyucu sağlık hizmeti almalıdırlar.
- 2) Koruyucu hizmetler bireye, yaş grubuna ve gelişimsel düzeye uygun olacak şekilde sunulmalıdır.
- 3) Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen görüşmelerde gizliliğe dikkat edilmeli, ailenin de yer aldığı görüşmelerde uyulması gerekli kurallar olmalıdır.
- 4) Ebeveynlere de erken, orta ve geç ergenlik dönemlerinde en az bir kez danışma hizmeti sunulmalıdır.
- 5) Adölesanlar fiziksel büyüme, psikososyal ve psikoseksüel gelişim ve sağlıklarını koruma hakkında bilinçlendirilmelidir.

- 6) Adölesanlara her yıl fiziksel travmalardan korunma, alkol kullanmama, güvenli trafik davranışları, şiddet olaylarından uzak durma ve egzersiz konularında danışmalık hizmeti verilmelidir.
- 7) Adölesanlara dengeli beslenmenin faydaları, yolları ve kilo yönetimi konularında rehberlik edilmelidir.
- 8) Adölesanlar fiziksel aktivitenin faydaları ile ilgili bilgilendirilmeli ve düzenli olarak güvenli bir şekilde spor yapmaları sağlanmalıdır.
- 9) Adölesanlar cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve gebeliğe karşı korunma yöntemlerini içeren güvenli cinsel davranışlarla ilgili rehberlik almalı ve bu hizmetlere ulaşmaları sağlanmalıdır.
- 10) Tüm adölesanlar sigara, alkol, diğer zararlı maddeler ve anabolik steroidler hakkında danışmanlık almalıdırlar.
- 11) Tarama programları:
 - Yıllık hipertansiyon kontrolü
 - Risk altındaki adölesanlarda hiperlipidemi ve koroner kalp hastalığı
 - Yeme bozuklukları ve obezite
 - Sigara kullanımı
 - Alkol ve diğer maddelerin kullanımı, ilaç ve anabolik steroid kullanımı
 - Cinsel yaşam
 - Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
 - HIV bulaşması yönünden risk altında olan adölesanların kontrolü
 - Cinsel olarak aktif olan ya da 18 yaş üzerindeki kadınlardan serviks kanseri yönünden smear alınması
 - Depresyon ya da intihar riski açısından psikiyatrik muayene
 - Duygusal, fiziksel veya cinsel istismarın sorgulanması
 - Okul ve derslerdeki başarı durumu
 - Tüberküloz açısından risk söz konusu ise PPD testi

Adölesanların eğitilmesi sadece birinci basamak sağlık kuruluşlarında değil, diğer sağlık kuruluşlarında, evde, okulda, iş yerinde, sokakta, eğlence yerlerinde ve basın aracılığıyla da yapılmalıdır. Adölesan çağda çok ağır sağlık problemleri oldukça nadir olmakla birlikte bu dönem hayat boyu sürecek davranış ve alışkanlıkların edinildiği bir dönemdir. Taramalar sırasında davranış ve alışkanlıklar sorgulanarak erken dönemde

doğru bilgilendirme ile güvenli ve sağlıklı alışkanlıkların kazandırılması mümkündür. Bu sebeple gençten anamnez alırken veya fizik muayene sırasında herhangi bir problem saptandığında danışmanlık, tanı ve tedaviye ilişkin yapılması gerekenler önem kazanmaktadır (Özcebe, 2002). Adölesanın anne ve babası da çocuklarının fiziksel, cinsel ve ruhsal gelişimini de içerecek şekilde normal adölesan gelişimi, bu çağda sık görölen fiziksel ve ruhsal hastalıkların belirtileri ve adölesanın sağlıklı gelişmesini sağlayacak tutum ve davranışlar hakkında bilinçlendirilmelidir. Adölesanlar anne ve babalarının davranışlarını örnek alma eğiliminde olduğu için, ebeveynlere davranışlarının da çocuklarını doğrudan etkilediği aktarılmalıdır (Özçakar, 2010).

Sosyal eşitsizliklerin yoğun olarak yaşandığı toplumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanamayan çocuklara ulaşma olanağı sağlayabilmesi açısından okul sağlığı hizmetleri çok önemlidir. Okul çocuğu, 5-18 yaş arası çocuk grubunu kapsar. Okul sağlığı hizmetlerinin amacı, her çocuğun eğitimden en üst düzeyde yararlanmasını sağlamaktır. Hastalıkların önlenmesi, hasta çocukların gereken bakım ve tedaviyi görmesi, engelli çocukların bakımı ve öğrenme güçlüğu olan çocuklara tıbbi danışmanlık yapmak okul sağlığı hizmetleri arasında yer alır. Okul sağlığı hizmetlerinin etkili olabilmesi için okul sağlığı ekibi (okul hemşiresi ve okul doktoru), aileler ve öğretmenler arasında etkili bir iletişim kurulması gerekir. Okul sağlığı yalnızca bir sağlık hizmeti olarak değil, okulun fizik ve sosyal çevresini dikkate alan, öğretmenlerin, öğrencilerin, ailelerin ve sağlık ekibinin bir bütün olarak ele alındığı bir program olarak düşünölmelidir. Okul sağlığı hizmetleri bu çevre ile bütünleşmeli, katılımcı ve sürekli olmalıdır (Gökçay, 2010).

2.2. Adölesan Ruh Sağlığı Sorunları

Ergenlik dönemi gelişimle ilgili birçok kazanımların olduğu, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinden farklı ve kendine özgü özellikleri olan bir süreçtir. Bu zaman diliminde, adölesanın üstesinden gelmesi gereken birçok sorun vardır. Bunlar; anne-babadan ayrışarak bağımsızlığın ve kişiliğin kazanılması, fiziksel yönden kendine özen gösterme, artış gösteren cinsel ve agresif dürtülerle başa çıkma, sosyal ve kültürel değerler ile kariyer hedeflerini de içerecek şekilde kimliğin kazanılması ve olgunlaşması, arkadaş çevresinin edinilmesi ve geç ergenlikte karşı cinsle yakınlaşma olarak sıralanır. Bu ve buna benzer görevleri başarmaya çalışmanın sonucunda,

adölesanlar ruhsal sorunlar yönünden daha hassas bir yapıya bürünebilirler (Öztop, 2012). Bu süreçte ergenin başarısı ya da başarısızlığı, hem kültürden ve sosyoekonomik düzeyden hem de aile deneyimlerinden etkilenir (Dereboy, 2012).

Gençlerin bir kısmı ergenlik yıllarını önemli bir sorun yaşamadan geçirirken, kimileri de hem kendi yaşamlarını hem de çevrelerindeki insanların yaşamlarını olumsuz biçimde etkileyecek ciddi psikolojik ve davranış sorunlarıyla karşılaşır. Madde kötüye kullanımı, depresyon, intihar, suç ve suçluluk gibi sorunlar; ergenlik süresince kesinlikle bir norm olmamasına karşın endişe verici sayıdaki ergeni etkilemektedir. Gelecek hakkında önemli kararların alınması gerektiğinden, yetişkinliğe geçiş çoğu ergene korkutucu gelebilir (Steinberg, 2007).

Annenin gebeliği sırasında veya doğum sonrasında yaşadığı sorunların bebeğin ruhsal yaşantısını olumsuz etkileyip etkilemediği henüz tartışmalı bir konudur. Ancak ortak görüş, ruhsal gelişmenin bir bütün olduğu ve başlangıç örselenmelerinin ileriki gelişim üzerinde kalıcı izler bırakıp bırakmamasının pek çok etmene bağlı olduğu noktasına odaklanmaktadır. Çocuğun gelişimi aşamalar şeklinde olsa da, çocuğun içinde bulunduğu her dönem, ondan sonra gelen dönemden olumlu veya olumsuz olarak etkilenir. Eğer olumsuz tutumlar başlangıçtan itibaren çok uzun süre devam ederse, çok şiddetli ise, ileriki yaşamında olumsuzlukları giderecek koşullar oluşmamışsa; bu birikim ve sürekliliğin çocuğu etkileme olasılığı büyüktür (Ekşi, 2010).

Her ne kadar ruhsal bozuklukların etyolojisinde biyolojik etkenler giderek daha fazla önem kazanmaktaysa da ergenlik döneminde gerek yaşanan içsel sorunlar ve çatışmalar, gerekse çevresel etkenler ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında büyük rol oynamaktadır. Bu bozukluklar, çocukluk döneminde başlamış ve ergenlikte devam ediyor olabileceği gibi ilk kez ergenlik döneminde başlayan bozukluklar da olabilmektedir. Ergenlik döneminde ortaya çıkan hastalıkların tür olarak erişkinlerinkinden çok farklı olmadığı, psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının ise bu dönemde artarak erişkin dönemdeki düzeye ulaştığı bilinmektedir. Ancak sıklığın neden bu dönemde arttığına dair kesinleşmiş bilgiler yoktur. Erişkin tip psikopatolojinin sıklığındaki artış, biyolojik olgunlaşmanın sonucu olabileceği gibi bilişsel gelişimin, yaşam deneyimlerinin ya da sosyal statü değişikliklerinin sonucu da olabilir. Gençlerde psikiyatrik hastalık tanısı koyarken kimden bilgi alındığı da önemlidir. Yalnızca ergenin ifadesine dayanan ölçümler kullanıldığında psikiyatrik hastalık tanısı çok daha sık

konarken; anne, baba ve öğretmen görüşü alındığı ve klinisyen görüşü ile birleştirildiğinde bu oran çok daha düşük olmaktadır (Çetin ve ark., 2004).

Ergenlik dönemi sorunlarının özellikleri yıllar içinde değişiklik göstermektedir. Otuz yıl önce ergenlerde görülen hastalık ve ölümler doğal nedenlere bağlı iken günümüzde sosyal çevrenin taşıdığı riskler ve önlenebilir bireysel davranışlar yani ergenin intihar davranışı, başkaları tarafından öldürülmesi, madde kullanımı ve bilinçsiz cinsel davranışlarının en önemli riskleri oluşturduğu belirtilmektedir. Bu noktadan hareketle ergenlerin kendi özelliklerinin ele alınması kadar, nasıl bir çevrede yaşadıklarının da ele alınması gerektiği unutulmamalıdır. Ergenlerin yaşadıkları çevrenin ne tür risklere yol açtığı, çevredeki erişkinlerin yeterli sosyal destek sağlayıp sağlamadığının, eğitim sisteminin ergene kazandırdıklarının neler olduğunun, ergene okul dışında ne tür olanaklar sağlandığının da, ergenin gösterdiği davranış sorunları ya da geliştireceği kimlik konusunda büyük önem taşıdığı bir gerçektir (Çetin ve ark., 2004).

Ergenlik döneminde en sık görülen ruhsal sorunlar; depresyon, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu, yeme bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımıdır (Çetin ve ark., 2004). Adölesan dönemde, kızlarda özellikle anksiyete ve depresyon gibi içe yönelimli ruhsal bozuklukların yanında anne-baba ve arkadaşlarla olan sosyal ilişkilerde sorunlar sık görülmektedir. Erkek adölesanlarda ise okulda veya işte sorunlar, antisosyal ve şiddet içerikli davranışlar gibi dışa yönelimli davranış bozuklukları (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma bozukluğu, davranım bozukluğu) daha fazla görülür (Öztop, 2012).

Türkiye’de çocuk ve ergenlerin aldıkları psikiyatrik tanılarla ilgili yapılan bir çalışmada 12-18 yaş arası ergenlerde sırasıyla en çok; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve obsesif-kompulsif bozukluk görülmüştür (Durukan ve ark., 2011). Benzer bir çalışmada, 13-18 yaş arasındaki adölesanların aldıkları tanı sıralaması ise; döneme özgü sorunlar, somatizasyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, major depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak belirlenmiştir (Sarı, 2013).

Ergenlikte görülebilen belli başlı sorunlara ayrıntılarıyla bakmadan önce, pek çok soruna uygulanabilecek genel ilkeleri belirlemek yararlı olacaktır.

İlk olarak, zaman zaman ortaya çıkan denemelerle, kalıcı nitelikteki sorunlu davranışlar birbirlerinden ayırt edilmelidir. Arada bir yapılan ve genellikle tehlikesiz olan davranışların sayısı kalıcı davranışlardan çok daha fazladır. Örneğin, çoğu ergen liseyi bitirmeden önce alkollü içki içmekte ve bu gençlerin de önemli bir bölümü en azından bir kez sarhoş olmakta ancak çok az sayıda ergen alkol sorununu yaşamakta ya da alkol bu ergenlerin okul ve kişisel ilişkilerini olumsuz biçimde etkilemektedir. İnsanın kendisini ve ilişkilerini keşfetmenin ve bağımsızlığını istemenin normal ve hatta beklendiği gelişimin bu döneminde, insanların yaptığı kimi denemelerin risk taşıması sürpriz değildir (Steinberg, 2007).

İkincisi, kökeni ergenlikte olan ve ergenlikte başlayan sorunlarla, kökeni gelişimin daha önceki dönemlerine dayanan sorunlar birbirlerinden ayırt edilmelidir. Bazı ergenlerin bu dönemde suç işlediği doğrudur ve bu nedenle suç işlemeyi ergenlik yıllarıyla ilişkilendirme eğilimi mevcuttur. Ancak yasalarla sık sık başı derde giren ergenler, daha erken yaşlardan itibaren ailede ve okulda da sorun yaşamakta, kimi ergenlerde bu sorunlar okul öncesi dönemden itibaren yaşanmaktadır. Diğer bir deyişle, bir sorunun ergenlik döneminde görülmesi, o sorunun ergenliğe özgü olduğu anlamına gelmemektedir (Steinberg, 2007).

Üçüncüsü, ergenlik döneminde yaşanan sorunların hepsi olmasa bile büyük bir çoğunluğu doğası gereği geçicidir. İleriki yaşlarda yansımaları olan birkaç ayrıcalıklı sorun dışında, bu sorunların çoğu yetişkinliğe geçişle birlikte ortadan kalkar. Madde kötüye kullanımı, ergen suçluluğu ve işsizlik bu örüntüyü en iyi örnekleyen sorunlardır: Alkol kullanımı, işsizlik ve ergen suçluluğu oranları ergenlik ve gençlikte, yetişkinlik dönemlerinden daha yüksektir. Ancak ergenlik yıllarında alkol kullananlar, işsizler ya da suç işleyenlerin çoğu daha sonra alkol kullanma problemi olmayan, bir işte çalışan ve yasalara uyan yetişkinler olmaktadır. Sorunlu davranışları yetişkinliğe sarkan kişiler büyük olasılıkla hem sorunlu bir çocukluk hem de sorunlu bir ergenlik yaşamışlardır (Steinberg, 2007).

Son olarak açıkça görüldüğü gibi, ergenlikte görülen sorunlu davranışlar, hiçbir zaman ergenlikte gerçekleşen normal değişikliklerin doğrudan bir sonucu değildir. Karşıt davranışların ya da sapkın davranışların nedenini hormonlara bağlayan popüler kuramların hiçbir bilimsel kanıtı yoktur. Pubertedeki hormon değişiklikleri, ergenlikteki davranışları orta düzeyde etkilemektedir. Ergenlikteki isyankâr davranışlar atipiktir ve

ancak az sayıda ergen kimlik bunalımını kargaşa içinde yaşar. Genç, depresyon gibi psikososyal bir sorun yaşadığında olası en kötü yorum, bunun büyümenin doğal bir parçası olduğudur. Bu durum, bir şeylerin büyük olasılıkla yanlış gittiğinin belirtisidir (Steinberg, 2007).

Ergenlik döneminde sık görülen ve bu çalışmada araştırılan ruhsal bozukluklar aşağıda incelenmiştir:

2.2.1. Depresyon

Depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem kaygılı bir duygu-durum ile birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık gibi duygu ve düşünceler ile karakterize bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Depresif bozukluklar; küçük çocuklar dışındaki çocuklar ve ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla birlikte olan, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen, çoğu zaman tekrarlayan, erişkinlikte de devam edebilen, bütün bu nedenlerle erken tanı ve tedavinin önemli olduğu ciddi ruhsal bozukluklardır (Ağaoğlu, 2008).

Depresif ruh hali, depresif sendrom ve depresif bozukluğun hepsi ergenlik döneminde daha yaygın olur. Bunun bir nedeni ergenlik yıllarında stresli yaşam olaylarındaki artış; bir diğer nedeni de bilişsel değişimlerin, içe bakışın ve düşüncelere dalıp gitmenin gerçekleştirilmesine olanak sağlamasıdır. Çoğu ergen döneme özgü güçlüklerle baş edebilirken bazıları baş edememektedir. Ergenlik öncesi erkek çocuklarda depresyonun görülme sıklığı biraz daha yüksektir. Ancak erinlik sonrasında depresyonun görülme sıklığındaki cinsiyet farklılıkları ters döner. Ergenliğin ilk yıllarından yetişkinliğin sonuna kadar, kadınlar depresyondan erkeklerin iki katından daha fazla zarar görürler. Ayrıca kadınların depresif ruh halini bildirme olasılığı daha yüksektir. Kızlarda depresyon riskinin en yüksek olduğu dönem, herhangi bir yaş ya da sınıf düzeyinden çok erinlik olarak ortaya çıkar (Steinberg, 2007).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinde, orta düzeyde depresyon %9,5, şiddetli düzeyde depresyon ise %1,3 olarak bulunmuştur (Öztop ve ark., 2011). Bir başka çalışmada ise çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda

tanı dağılımları incelenmiş, depresyon görülme sıklığı kızlarda daha yüksek bulunmuştur (Aktepe ve ark., 2010).

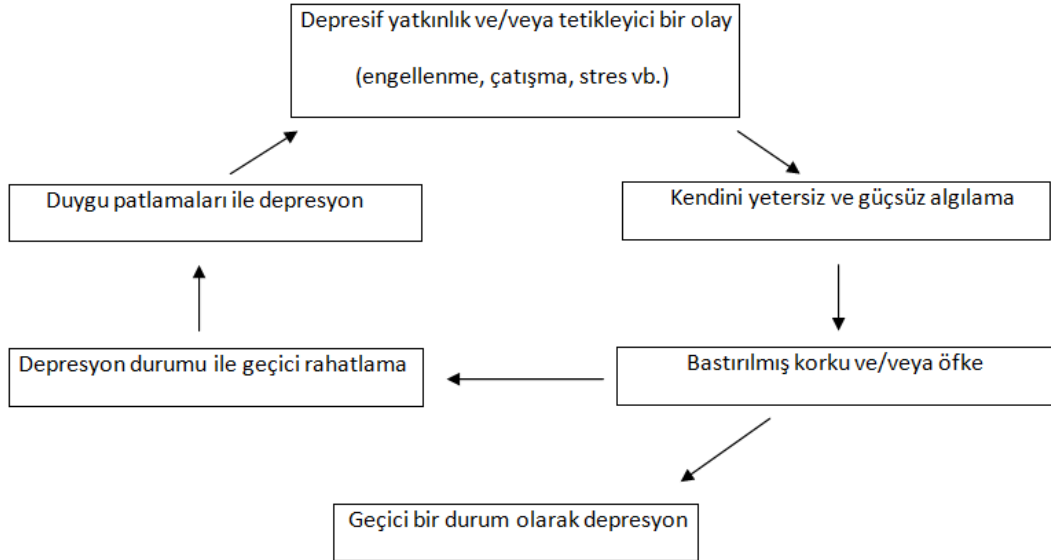
Depresyonun etyolojisi her zaman çok açık değildir. Adölesan döneminde yeni sosyal roller kazanmanın, cinsellikle ilgili çatışmaların yol açtığı endişeler hormonal değişimle bir araya gelince, klinik düzeyde depresyonun gelişmesi anlaşılabilir bir durumdur. Adölesanın bir kayıp yaşaması, sevdiği ve kendisi için önemli kişilerden ayrılığı genellikle depresyonu tetikleyen önemli bir etken olarak kabul edilir. Bu konuda özellikle anne babadan kopma, uzaklaşma adölesanda karmaşık duygulara yol açabilir. Onlardan bağımsız olmayı ve onlara gereksinim duymamayı istemektedir, aynı zamanda onlardan ayrılmakla büyük bir boşluk, güvensizlik, doldurulması zor bir eksiklik içine düşmüştür. Önemli kişiden ayrılma üzerine eklenen ve bardağı taşıran bazı son olaylar klinik bir depresyona yol açabilir. Depresyon oluşmasında gencin kişilik özellikleri de önemli bir etkidir. Mükemmel olmak ve koyduğu amaçlara ulaşmak için kendine çok baskı yapan adölesanda da depresyon oluşması bir olasılıktır (Ekşi, 2010).

Günümüzde depresif bozuklukların etyolojisinde biyolojik (genetik, nörokimyasal, nöroanatomik, nöroendokrin) ve psikososyal (olumsuz yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, bozuk ebeveyn-çocuk ilişkisi, sosyal beceri eksikliği) pek çok etkenin birlikte rol oynadığı kabul edilmektedir (Ağaoğlu, 2008). Yapılan çalışmalar sosyal destek eksikliğinin de depresyon oluşumunda risk faktörü olduğunu göstermiştir (Eskin ve ark., 2008; Rothon ve ark., 2011; Wang ve ark., 2012). Çevresel faktörlerden kabul edilen bir diğer açıklama ise öğrenilmiş çaresizliktir. Depresyonun oluşumunda çevreden kaynaklanan, ergenin kaldıramayacağı, üstesinden gelemeyeceği kadar ağır strese maruz kalma ergenlik dönemi depresyonundan sorumlu tutulmaktadır. Çok ağır problemler ile bu problemleri yönlendirmesi veya kolaylaştırması yönünde bir müdahalede bulunamayacağı kadar yüklü olması çaresizlik yaratır. Bu çaresizlik de öğrenilmiş bir davranış olarak depresif kişilik yapısının oluşumuna neden olur. Ergenlikte yaşanan, üst üste gelen stresler, başa çıkma mekanizmasının gelişimine fırsat tanımayan ağır stresler, yetişkinlik yıllarında depresif kişilik yapısının ve depresif duygu durum problemlerinin yaşanmasına sebep olmaktadır (Aydın, 2013).

Adölesanlarda major depresyon belirtileri olarak; can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaş ve etkinliklere ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, dikkati

toplamada zorluk, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme ve aşırı uyuma, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, intihar düşünce ve girişimleri ve sınırlar görülebilir. Okuldan ve evden kaçma, sigara, alkol, madde kullanımı, hatta hırsızlık gibi davranış sorunları depresyonu maskeleyebilir (Ağaoğlu, 2008).

Adölesan depresyonu, yetişkin depresyonuna benzemekle birlikte; adölesanlar, depresyona girme veya depresif duygulanım açısından büyük bir risk altındadırlar. Ergenlerin gelişim dönemleri itibarıyla duyguları iniş çıkışlar gösterir. Hayat tecrübeleri olmadığı için zorlanmalar ve engellenmelerle başa çıkma becerileri yetersiz kalabilmektedir. Yetersiz başa çıkma becerisi, kendini güçsüz hissetme ve buna bağlı korku duyguları yaşamasına neden olmaktadır. Korku ve öfke olumsuz duygular olarak kabul edildiği için, bireyin kendisini algılaması boyutunda tehlikeli duygular olarak kavramsallaştırıldığından, ergen bu tür duyguları bastırır. Korku ve öfkenin bastırılması neticesinde depresif duygulanım yaşanır. Depresif duygulanım, tekrar yaşam zorlukları karşısında güçsüzlük ve kendini yetersiz algılamayla bir başka korku ve öfke oluşumunu devreye sokar. Depresif duygulanımın oluşumu Şekil 4'te şematize edilmiştir (Aydın, 2013):



Şekil 4. Depresyon Süreci

Depresyonun oluşum çemberi bir kısır döngü halinde devam eder. Depresyon emberinde belirtildiği gibi depresif yatkınlık, üzerinde çalışılan önemli bir boyuttur. Ergenlik depresyonunun temelinde mevcut yaşam olayları ve koşulları kadar çocukluk dönemindeki yaşantıların da etkili olduğu kabul edilmektedir. Yeterli derecede sevgi ve duygusal destek almamış olmak, aşırı derecede denetim ve kontrole maruz kalmak, başarılı olma yönünde aşırı baskı görmüş olmak bilhassa kız çocuklarında depresyona yol açmaktadır (Aydın, 2013).

2.2.2. Anksiyete

Anksiyete, en genel tanımıyla içsel nitelikli bir tehlike beklentisinden doğan sıkıntılı olma halidir (şahin, 2009a). Anksiyete duygusuyla birlikte fiziksel olarak bazı belirtiler görülebilir. Göğüste sıkışma hissi ve çarpıntı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk hissi, titreme ve ani gelen tuvalete gitme ihtiyacı gibi durumlar başlıca belirtilerdir. Huzursuzluk, yerinde duramama da anksiyetenin sık görülen belirtilerindendir (Seçer ve Gülbahçe, 2013). Bu durum aslında hemen her sağlıklı bireyin deneyimlediği tanımlaması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duygunun kişiye tehlike anında savaş ya da kaç mekanizmasıyla harekete geçirerek koruduğu ya da bir tür savunma sistemi olarak devreye girdiği söylenebilir. Anksiyete bozuklukları ise bu korku ve endişe duygusunun, gerek süre gerekse şiddet açısından kişide belirgin sıkıntı ve işlev kaybına neden olduğu, gelişimsel olarak beklenenin ötesinde belirtilerle seyrettiği klinik durumlardır (Işeri, 2012).

DSM-V sınıflandırmasına göre anksiyete bozuklukları başlığı altında “ayrılma kaygısı bozukluğu”, “seçici konuşmazlık (mutizm)”, “zgl fobi”, “sosyal fobi”, “panik bozukluğu”, “agorafobi”, “yaygın kaygı bozukluğu”, “başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu”, “tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu” ve “tanımlanmamış kaygı bozukluğu” yer almaktadır (APB, 2013).

Mizaç kuramcıları, anksiyete bozukluklarına olan biyolojik yatkınlığı, davranışsal baskılama gibi bazı mizaç özellikleri ile açıklamaktadırlar. Yeni durumlara ve uyarılara olumsuz tepki veren ve davranışsal baskılanma gösteren çocukların anksiyete bozukluğu olan çocuklara benzer davranışsal, duygusal ve fizyolojik özellikler sergilediği belirlenmiştir. Bu zellikler; yeni durumlardan kaçınma ve geri çekilme, anne-babaya bağımlılık veya yapışma, tanidik olmayan ortamlar, kişiler ve

nesnelerle karşılaşıldığında kalp hızında artma gibi aşırı uyarılmışlık ve korku tepkileri vermektir. Anksiyete bozukluklarının oluşumunda rolü olan biyolojik, bilişsel ve öğrenmeye ilişkin etkenlerin, çocuk üzerindeki etkisini toplumsal ve kişilerarası çevresi belirler. Bu yaklaşıma göre yoksulluk, anne-baba psikopatolojisi, örselenme ve şiddete maruz kalmanın anksiyete bozukluğu gelişimine yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Günümüzde anksiyete bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelişimsel süreçte patolojik anksiyete ile uyuma yardımcı olan, kendini koruma ve güvenliği sağlayan normal anksiyeteyi ayırma güçtür. Tanısal sınırları anlamakta uygun kural, uyarıcı bir ortam olduğunda kişinin anksiyeteden kurtulabilme yetisi olup olmadığına bakmaktır (Emiroğlu ve Baykara, 2008).

Çocukluk çağında saptanan anksiyete bozuklukları (ayrılma kaygısı, okul korkusu vb.) yetişkin yaşamda sosyal korkular, agorafobi, panik bozukluğu gibi sık rastlanılan ruhsal bozukluklara dönüşebilmekte ya da bunların öncülleri olabilmektedir. Bu nedenle çocukluk döneminde ortaya çıkan ruhsal bozuklukların erken yaşta tanısının konulması ve tedavisi, erişkin ruh sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarında birbirleri ile eş tanılılığın bulunması oldukça yaygındır. Anksiyete bozuklukları içinde en sık görülen eş tanılardan biri depresyon olarak karşımıza çıkmaktadır (Emiroğlu ve Baykara, 2008).

Anksiyete, kişinin sağlığını gerçekte olduğundan daha kötü algılamasına sebep olabilir. Fiziksel semptomların daha rahatsız edici, uyarıcı ve tehlikeli şekilde hissedilmesine neden olur. Anksiyöz kişiler somatik duyuları çok fazla abartarak, sebebi belli olmayan şüpheli belirtileri önemli bir sağlık sorununun habercisi olarak görebilirler. Bununla birlikte anksiyete, kişinin ilgi ve dikkatini bedenindeki belirtilere çekerek, önceden de var olan semptomların abartılmasına veya daha önce fark edilmeyen duyuların fark edilmesine sebep olur. Bunların sonucunda depresyon hastalığında olduğu gibi anksiyete bozukluğunda da bedensel duyuları abartma eğilimi vardır ve bu da somatizasyon oluşumunda önemli bir etkidir (Özen ve ark., 2010).

2.2.3. Benlik Saygısı

Benlik, bir insanın sahip olduğu tüm özelliklerdir. Benlik, kişiliğin temel unsurudur ve farklı karakter niteliklerine dair anlayışa bütüncül bir boyut katmaktadır. Kişinin mental ve fiziksel özelliklerinin bütünü ve taşıdığı tüm bu özelliklere ilişkin düşüncesidir (Kaya ve Oğurlu, 2015). Ben, benlik ve kişilik genellikle birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır, yani bireyin o birey olmasını sağlayan, diğer insanlardan farklı kılan bütün özellikleridir. Kişi kendisinin farkına varıp, kendini ayrı biri olarak gördüğünde benlik kavramı gelişmeye başlamıştır. Benlik saygısı ve özgüven, gerçek benlik ve ideal benliğin örtüştüğü oranda yüksektir (Sarıçam ve ark., 2013). Benlik kavramı, sadece genetik etkiyle değil ailenin çocuğa yönelik tutum ve davranışları ile ilk halini alır. Çocuğun kendisini başkalarından farklı gördüğü andan itibaren benlik algısında oluşan değişiklikler, diğer insanların olumlu veya olumsuz değerlendirilmelerinden ve kabul görme durumlarından etkilenmektedir (Otrar ve Demirbilek, 2013).

Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi ile kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip, kendini benimsemesi sonucunda kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularından oluşmaktadır. Benlik saygısını olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek evrensel etkenler olabileceği gibi, toplumsal ve kültürel özellikler de bireyin kendisini değerlendirmesi üzerinde etkili olabilir (Çetin ve Akdemir, 2012). Kişinin kendine yönelik düşünceleri; kabul edilme, onaylanma ve değerli hissetme hissiyatı oluşturuyorsa, özsaygı da buna paralel olarak yüksek olmaktadır. Kendine yönelik olumsuz bir algıya sahip olma, düşük benlik saygısını da beraberinde getirir (Pehlivan ve Yekeler, 2015). Benlik saygısı, kişinin benliğine dair hissettikleri, başarmak istedikleri ve gerçekte ne yapabildiği ile ilişkilidir. Başarılan işlerin, başarmak istenenlere oranı benlik saygısını belirler. Başarmak istenenlere göre elde edilen somut sonuçlar ne kadar fazla ise benlik saygısı da o kadar yüksektir (Sankır, 2014).

Benlik saygısı, ilk gelişim dönemlerinden başlayarak başkalarıyla etkileşim sonucunda şekillenmektedir. Çevresinin, çocuğa yönelik olumlu tutum ve eleştirileri, kabulleri ve empatik bir düşünce yapısıyla iletişim kurmaları olumlu bir benlik algısını ve yüksek bir benlik saygısını beraberinde getirir. Bununla beraber benlik saygısı, çocukların veya herhangi bir yaş grubundaki kişilerin özgüven düzeylerini ve içe veya

dışa dönük olma durumlarını da etkilemektedir. Örnek vermek gerekirse, bir çocuğun veya erişkinin kendini yalnızca bir insan olarak değil iyi bir insan olarak da değerlendirmesi, kendine yönelik benlik saygısını göstermektedir (Kaya ve Oğurlu, 2015). Benlik saygısı; çocuğun yaşı, cinsiyeti, gelişim düzeyi ve içinde yaşadığı toplumdan doğrudan etkilenebilmektedir. Fiziksel özellikleri ve görünümünü olumsuz algılayan çocuk ve adölesanlar, kendilerini sosyal çevrelerinden soyutlamakta, yalnız hissetmekte ve yetersizlik duygusuyla baş başa kalabilmektedirler (Otrar ve Demirbilek, 2013).

Benlik saygısının insan yaşamında özellikle de ergenlik döneminde çok önemli bir yeri vardır. Ergenin kendisine yaklaşım biçimini ifade eden benlik saygısının, kimlik gelişimi ve kendilik duygusu kazanılmasındaki önemli rolü bilinmektedir. Ergenler kendilerinin nasıl biri olduğu, neye benzediği, kendisi hakkında neler hissettiği gibi sorulara yanıt ararken kendilik algılarını araç olarak kullanmakta ve içsel ya da çevresel etkenlerin belirlediği kendilik imgeleri, ergenin kendisine yaklaşım biçiminde önemli rol oynamaktadır (Çetin ve Akdemir, 2012).

Adölesan dönemde, genç yaşadığı değişimleri devamlı olarak gözlemleyip değerlendirdiği için kendilik bilinci de yoğun olarak ortaya çıkmaktadır. Adölesan kendisine yönelik bu bakış açısını, çevresi ile kurduğu iletişim sayesinde kazanır. Bu durum ise benliğin şekillenmesinde oldukça önemli bir sosyal süreç olarak görülmektedir. Bu dönemde benlik oluşumunun bir başka belirleyicisi de adölesanın arkadaşlarıyla olan ilişkisi ve etkileşimidir. Adölesan için arkadaş çevresi önemlidir ve arkadaşları tarafından kabul görmemek, dışlanmak baş edilmesi oldukça zor bir durum meydana getirir. Adölesan başkalarıyla kurduğu ilişkiler sayesinde diğerlerinin kendisi hakkındaki fikirlerini öğrenir ve bunun sonucunda kendisine yönelik olumlu ya da olumsuz düşüncelere sahip olabilir. Tüm bu tecrübeler, adölesanın benlik tasarımı ve oluşumunu ve olumlu ya da olumsuz benlik algısının şekillenmesini doğrudan etkiler (Sankır, 2014).

Adölesanın benlik saygısının oluşumunda anne ve babalar da önemli bir etkidir. Çocuğa sevgi gösterilmesi, sorunlarına yardımcı olmaya çalışma, kuralları açık ve net bir biçimde belirlemek ve bu sınırlar içinde çocuğa kendini özgür hissedeceği imkânlar yaratmak gibi pek çok tutum genç bireyin benlik saygısını olumlu bir şekilde etkilemektedir (Dilek ve Aksoy, 2013). Anne ve babasından yeterli destek alan çocuğun

kendisine yönelik değerlendirmesi olumlu yönde gelişmekte ve benlik saygısı pekişmektedir. Anne-babadan ayrılma, çocuğun artık eskisi kadar sevimli olamayacağını ve sorunlarla yzleşeceğini düşünmesine neden olabilir. Özellikle boşanma süreçlerinde, ocuk buna sebep olarak kendisini görebilmekte ve ebeveynlerinin kendisini sevmediğini, kendisi yüzünden boşandıklarını düşünebilmektedir. Dışa vurulmayan ve kendi içinde saklanan bu öfke ve isyan, çocuğun ruhsal yapısında ciddi problemlere yol açarak içe kapanma, kendini toplumdaki soyutlama, yalnız hissetme gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Böyle bir durum çocuklarda olumsuz bir benlik saygısının ve algısının gelişmesine sebep olmaktadır (Otrar ve Demirbilek, 2013).

Yüksek benlik saygısına sahip olan insanlar daha yaratıcı, başarılı ve sağlıklı, özgüveni yüksek, dışa dönük, düşüncelerini kolayca ifade eden, sağlıklı sosyal ilişkiler kuran bireyler olarak görülmektedir. Kendini değerli görme, becerilerini sergileyebilme, istediklerini başarma, çevresi tarafından sevilme ve onay görme, kendi fiziksel özellikleri ile barışık olma benlik saygısının oluşumu ve gelişiminde önemli faktörlerdir (zcan ve ark., 2013).

2.2.4. Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon, genel anlamıyla olumsuz duygu-durumun bedensel birtakım belirtilerle ifade edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu belirtiler, organik kökenli bir hastalıkla ilişkilendirilerek tıbbi yardım aranır. Birincil olarak biyolojik veya fiziksel bozukluklarla değil, ruhsal etkilerle kendini gösteren bedensel semptomların geniş boyutlu klinik tablosu olan somatizasyon, birçok ruhsal bozukluğun geçici yakınması veya esas belirtisi olarak görülebileceği gibi, kültürel ve sosyal faktörlerden etkilenen fiziksel bir stres ifadesi, öğrenilmiş bir davranış şekli, gerçekten var olan organik bir hastalığın abartılmış hali veya bazı kişilik özelliklerinin dışa vurumu da olabilir (zen ve ark., 2010).

Somatoform bozukluklar çeşitli ve açıklanamayan bedensel yakınmaların olduğu kronik bir sendromdur. Daha çok erişkinlerde ve adölesanlarda görülür. Belirtiler genellikle hareket ve duyu organlarında organik bir temele dayanmayan işlev yitimi, işlevlerin azalması ya da çoğalması şeklinde gözlenen bozukluklardır. Gerçekte ocuğun veya adölesanın çeşitli duygusal sorunları veya çözemediği çatışmaları vardır

ve bu çatışmalar bilinç dışı bir savunma sonucu istemli organlara aktarılarak bedensel belirtilere dönüştürülmüştür (Ekşi, 2010).

DSM-V tanı kriterlerine göre “bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar” tıbbi incelemeler sonucunda yeterli açıklama bulunamayan, yineleyici niteliği olan, bedensel belirtilerle seyreden ruhsal bozuklukların genel adıdır. Bu başlık altında psikiyatri tanı ve sınıflama sistemlerinde çeşitli klinik tablolar bulunur. Bunlar; “bedensel belirti bozukluğu”, “hastalık kaygısı bozukluğu”, “konversiyon bozukluğu”, “diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler”, “yapay bozukluk”, “tanımlanmış diğer bir bedensel belirti ve ilişkili bozukluk” ve “tanımlanmamış diğer bir bedensel belirti ve ilişkili bozukluk” olarak sınıflandırılmıştır (APB, 2013).

Çocuk ve ergenlerde yineleyici somatik belirtiler çok sık görülmektedir. Somatizasyon genellikle polisemptomatik olup yaşla birlikte belirti sayısı da artmaktadır. Çocukluk döneminde somatik belirti görülme oranı kız ve erkeklerde eşit iken ergenlik döneminde kızlarda belirgin olarak daha yüksek olmaktadır. Özellikle kızlarda puberte başlangıcı sırasında somatik belirtilerde artma olmaktadır (Pehlivantürk, 2008).

Somatoform bozukluklar; motor işlevlerde bozukluk, felç, kuvvet azlığı, ayakta durma ya da yürüme güçlüğü şeklinde ortaya çıkabilir. Çocuk dengesini sağlayamaz görünümündedir. Duyu organlarında işlev bozukluğu şeklinde ortaya çıkan konversiyon belirtileri ise çift ya da tek taraflı körlük, sağırılık, görme alanı kısıtlılığı ve eldiven tarzı anestezi ve paretezilerdir. Açıklanamayan ağrı yakınmalarıyla gelen hastalar genellikle konversiyon bozukluğu tanısı alırlar. Birçok vakada konversiyon bozukluğu organik hastalıkla birlikte olabilir ya da organik hastalığa ikincil olarak ortaya çıkabilir (Ekşi, 2010). Somatizasyon belirtileri içinde yer alan baş ve karın ağrısı, düşük enerji gibi somatik yakınmalar çocuk ve adölesanlarda sık görülür. Ağrı şikayetlerinin dışında en fazla görülen bedensel belirtiler; nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik ve yorgunluktur (Şişman ve ark., 2013).

Somatoform bozukluklar doğu kültüründe, eğitim düzeyi düşük olanlarda, kırsal kesimde yaşayanlarda ve kızlarda daha çok görülmektedir. Somatoform bozukluk görülme oranları, kişilerin gelişim düzeyindeki artışla ters orantılıdır. Bu görüşe göre kişilerin gelişim düzeyleri arttıkça, kişisel özgürlüklere önem verildikçe ya da modern yaşam ile birlikte bedensel anlatım yerini psikolojik ve sözel anlatıma bırakmaktadır.

Stresin somatik olarak ifade edilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olmadığı ya da psikiyatrik bozuklukların stigmatize edildiği topluluklarda akıllı bir tercih bile olabilir. Bu tür toplumlarda sıkıntının somatize edilmesi, kişi için gerekli olan sosyal desteğin alınmasını ve sonuç olarak sosyal ilişkileri zedelemekten ya da işlev kaybı yaratmadan dengelerin sağlanması yardımcı olabilir. Böylelikle somatizasyon bir hastalık olmaktan çok, sosyal yardım ve uyum mekanizmalarını harekete geçiren bir iletişim biçimi olarak hizmet eder (Pehlivanürk, 2012).

Somatizasyon davranışı bazı ruhsal sorunlarla ilişkilendirilmektedir. Aynı ayrı ele alınan bu bozuklukların sınırları geçirgen olduğundan ve çoğunlukla eş tanılabildiklerinden, somatik belirtilerle bağlantıları konusunda kesin bir hükme varmak olası değildir. Somatizasyon, ruhsal bozukluklar içerisinde en sık depresyon ve anksiyete ile birlikte görülür (Özen ve ark., 2010).

2.2.5. Öfke ve Saldırıcılık

Öfke, kişinin belirli bir saldırı, eleştirisi ya da engel karşısında yaşadığı, içsel bir duygudur. Yaşantımızda hem yapıcı hem yıkıcı fonksiyonları olan bir duygu olup bu fonksiyonlar öfkenin ifade biçimlerine göre değişmektedir. Kişi tarafından kabul edilen, anlaşılabilir, ifade edilemeye çalışılan, kontrol edilebilen bir öfke duygusu etkin işe yarayan, enerji veren bir durumdur. Öfke ifadesi öğrenilen bir özelliktir ve olumsuz saldırıcılık öğeleri taşıyan öfke ifade biçimlerinin yerine, yeni ve daha uygun ifade biçimleri öğrenilebilir. Bu nedenle bireyin öfke duygusunu tanıması, öfke duygusunu kontrol edebilmesi, öfkesini uygun zamanda uygun kişiye yöneltebilmesi, olumlu bir yaşam sürdürebilmesi, çevresi ile sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için önemlidir (Saydanoğlu ve Coşkun, 2012). Saldırıcılık davranışla aynı anlamda kullanılan hostilete insanlara veya nesnelere zarar verme isteği olarak tanımlanabilir (Tatlıoğlu ve Karaca, 2013).

DSM-V sınıflandırmasında “yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları” ana başlığı altında “karşı gelme bozukluğu”, “aralıklı patlayıcı bozukluk”, “davranım bozukluğu”, “antisosyal kişilik bozukluğu”, “piromani”, “kleptomani”, “tanımlanmış diğer bir yıkıcı bozukluk, dürtü denetimi ve davranım bozukluğu” ve “tanımlanmamış yıkıcı bozukluk, dürtü denetimi ve davranım bozukluğu” tanıları yer almaktadır (APB, 2013).

Karşı gelme bozukluğunda öfke nöbetleri (bağırma, tepinme vb.), kurallara uymama, kendi kusurları için başkalarını suçlama, kızgın ve kırgın olma, başkalarını isteyerek kızdırma gibi yıkıcı davranışlar vardır. Ancak bu durumda düşmanca ve olumsuz davranışlar başkalarının temel haklarını çiğneyecek kadar ağır değildir ve saldırganlık daha çok sözel boyutta kalır. Davranım bozukluğunda ise sürekli ve yineleyici bir biçimde başkalarının temel haklarına saldırı ve yaşa uygun toplumsal değer ve kurallara uymama söz konusudur (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Davranım bozukluğunda belirtiler DSM-V sınıflandırmasında; insanlara ve hayvanlara saldırganlık, eşyaları kırıp dökme, dolandırıcılık ya da hırsızlık ve kuralları büyük ölçüde çiğneme şeklinde dört başlık altında toplanmaktadır (APB, 2013).

Adölesan dönemde yoğun bir şekilde yaşanan öfke duygusu, kontrol altına alınamadığı zaman birçok olumsuz yaşantılara sebep olabilmektedir. Bu dönemde gençler zorlu yaşam olayları karşısında, ebeveynlerinin, öğretmenlerinin ve arkadaş çevresinin desteğine gereksinim duymakta, bu desteği alamayan bireyler kendilerini yalnız ve çaresiz hissedebilmektedirler. Çevresinden yeterli sevgi ve ilgi göremeyen, arkadaşları tarafından kabul görmeyen ve sonuç olarak yalnızlaşan ergenler öfke hissine kapılarak şiddet içeren davranışlar sergileyebilmektedirler (Avcı ve Yıldırım, 2014). Ergenlik dönemindeki birey için öfke duygusunu tanıması ve kontrol etmesi daha da önem kazanmaktadır çünkü bütün psikososyal gelişim dönemleri içinde ergenlik dönemi sosyal, biyolojik ve psikolojik açıdan birçok değişimin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde duygular çabuk iniş çıkış göstermektedir. Yüksek düzeyde öfke; madde kullanımı, suç işleme, kişilerarası problemler, mesleki ve okulla ilişkili problemler ve diğer uyumsuz davranışlar için bir risk oluşturur (Saydanoğlu ve Coşkun, 2012).

Ergenin şiddet davranışları göstermesine yönelik risk etkenleri çeşitlilik göstermektedir. Şiddetin oluşumunda bireysel etkenlerden ve aile, akran grupları, toplum, okul ve medyanın etkilerinden söz edilebilir (Saydanoğlu ve Coşkun, 2012). Ergenlerin öfke davranışları ile aile ortamları birlikte araştırıldığı zaman, aile ortamının öfke durumunu belirleyici önemli bir payı vardır. Aile içi psikolojik örüntülerin; denetim, kontrol boyutundan ziyade, birlik beraberlik içinde açık iletişimin olduğu ortamlarda yetişen ergenlerin daha az öfkelenedikleri, öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri görülmektedir (Aydın, 2013).

Sosyal çevreden yeterli düzeyde sosyal destek aldığını algılayan biri; yaşadığı zorluk konusunda yardım edecek, yaşananlara değişik bir bakış açısıyla yaklaşmasını sağlayacak ya da bu sorunun düşündüğü kadar büyük olmadığı konusunda teselli edecek birinden destek alacağına emin olabilir. Algıladığı sosyal destek düzeyi yeterli olmayan birey ise bu avantajlardan faydalanamayabilir ve olumsuz yaşam olaylarından daha fazla etkilenebilir. Özellikle adölesan dönemde yeterli sosyal destek alamayan birey, öfke duygusuyla kendisine veya diğer insanlara zarar verebilir (Avcı ve Yıldırım, 2014).

2.3. Toplum Sağlığı Açısından Adölesan Ruh Sağlığı

Dünyada psikiyatrik ve davranışsal bozukluğu olan yaklaşık 450 milyon kişinin olduğu tahmin edilmektedir. Her dört kişiden biri hayatı boyunca bir ya da daha fazla psikiyatrik sorunla karşılaşmaktadır. 18 yaşından küçük toplumda ruhsal sorun görülme sıklığı %20 olarak belirlenmiştir. Dünyada hastalık ve yaralanmadan kaynaklanan Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability-Adjusted Life Year - DALY) kayıplarının %13'ünden nöropsikiyatrik hastalıklar sorumludur ve bu oranın 2020 yılına kadar %15'e yükseleceği, sadece depresyonun %5,7'lik bir paya sahip olacağı tahmin edilmektedir. Yeti yitimi ve erken ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan 5'i depresyon, şizofreni, bipolar duygudurum bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk olmak üzere ruhsal hastalıklardır. Sık görülmesi, yüksek oranda yeti kaybına ve ekonomik kayıplara yol açması psikiyatrik hastalıkların bir halk sağlığı önceliği olmasına neden olmuştur. Bununla birlikte psikiyatrik sorunlar topluma sadece ruhsal, sosyal ve ekonomik yük getirmekle kalmaz; fiziksel hastalık görülme sıklığında da artışa yol açabilir (Gültekin, 2010).

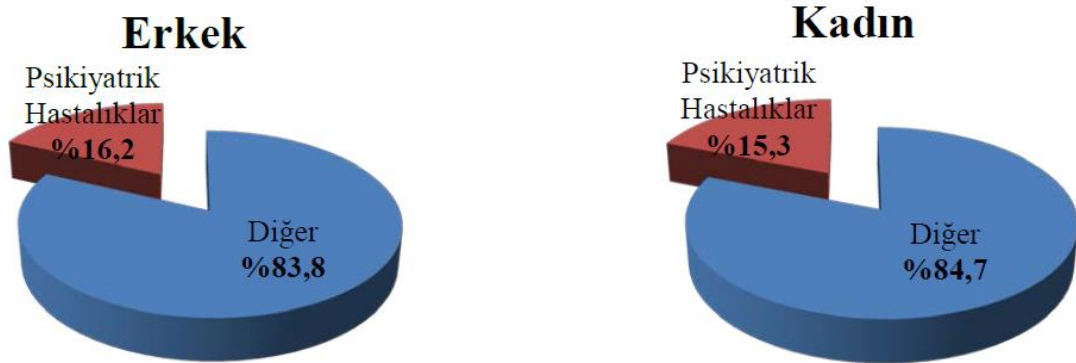
Türkiye genelinde ruhsal sorunların ne boyutta olduğunu saptamak için Sağlık Bakanlığı desteği ile yapılmış iki geniş kapsamlı çalışmanın bulguları önem taşımaktadır:

- 1) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması (1998)
- 2) Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (2004)

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, ülkemizde psikiyatrik hastalık görülme sıklığı ile ilgili bilgi vermektedir. Bu araştırmada, Türkiye'de toplumun %18'inin hayatı boyunca bir psikiyatrik hastalıkla karşılaştığı, çocuk ve adölesanlarda klinik boyutta davranış bozukluğu oranının ise %11 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında dünya

geneline benzer şekilde ülkemizde de psikiyatrik sorunların önem taşıdığı söylenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hastalık yükü çalışmaları ile o ülkedeki sağlık sorunlarının ne boyutta olduğu saptanıp sebeplerinin belirlenmesi sonucunda, olumsuzlukların ortadan kaldırılmasına yönelik politikaların izlenmesine olanak sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ulusal düzeyde hastalık yükü (DALY) sıralamasının, temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, nöropsikiyatrik hastalık grubunun kardiyovasküler hastalıklardan sonra %13'lük oran ile ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye'de hastalık yükünü oluşturan sağlık sorunlarının dağılımı ayrı ayrı incelendiğinde, ruhsal hastalıklardan, erkeklerde ilk 20 hastalık içinde unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şiddet ve şizofreni; kadınlarda ise sadece unipolar depresif bozukluk yer almaktadır. DALY kavramının, Yaşam Yılı Kaybı (Years of Life Lost - YLL) ile birlikte alt bileşenlerinden biri olan Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kayıpları (Years Lost with Disability - YLD)'na bakıldığında, en fazla paya sahip olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre YLD'ye sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik bozukluğun (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, şiddet ve bipolar affektif bozukluk), kadınlarda ise dört psikiyatrik bozukluğun (1.sırada unipolar depresyon olmak üzere, şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve panik bozukluk) yer aldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006).



Şekil 5. Yeti Yitimine Bağlı Yaşam Yılı Kaybettiren İlk 20 Hastalık İçinde Psikiyatrik Hastalıkların Oranı

Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan psikiyatrik bozuklukların etkilerinin sadece bu yaşlarla sınırlı kalmadığı, yetişkin yaşlara da yansıyan sonuçlarının olduğu günümüzde daha çok kabul edilmektedir (Durukan ve ark., 2011). Ruhsal bozuklukların yarısına yakını erken adölesan dönemin sonu, orta adölesan dönemin başı gibi başlamaktadır. Bu bulgu önleme müdahalelerinin zamanlaması konusunda yol gösterici olmaktadır (Kessler ve ark., 2005). Adölesanların yaklaşık %10-25'inin ciddi psikiyatrik sorunlar yaşadığı ve yetişkin çağıdaki ruhsal hastalıkların bu yaşlarda başladığı belirtilmektedir (Öztop, 2012). Sosyal fobi, panik bozukluk, depresif bozukluklar, madde kullanımı ve yeme bozuklukları genelde adölesan dönemde başlamaktadır. Bu sebeple okul çağındaki her sekiz ile on çocuktan birinin ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşadığı bilinmektedir (Gürsu, 2012).

Bu dönemde meydana gelebilecek ruhsal sorunlar, normal psikolojik gelişimi olumsuz etkileyerek çocuk ve ergenlerin yeterli düzeyde işlevselliğe ulaşmasının önüne geçebilir. Bu sorunların teşhis edilebilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi, bu dönemde var olan problemlerin çözülmesini sağlamanın yanında yetişkinlik dönemindeki işlevselliğin sağlanması ve sorunların ileride nüksetmesinin önüne geçilmesi yönünden de önem taşır. Bu ve benzeri verilerin sonucunda, ruhsal yönden sağlıklı bireyler yetiştirmenin toplum sağlığı için önemi daha da artmış, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında ülkelerin politikalar belirleyerek eylem planlarını hayata geçirmeleri zorunluluk haline gelmiştir (Dursun ve ark., 2010).

Ruhsal hastalıkları önlemek için klasik halk sağlığı anlayışına göre birincil, ikincil ve üçüncül koruma şeklinde üç aşama vardır. Birincil korumada amaç, ruhsal hastalıklar oluşmadan gerekli önlemleri alarak hastalıkla karşılaşılmasını engellemektir; bu da risk etkenlerini azaltarak, hastalığa yol açan faktörleri ortadan kaldırarak ve bireysel direnci arttırarak mümkün olmaktadır. Ekonomik eşitsizlik ya da olumsuz yaşam olayları gibi sosyal ve ekonomik etkenleri daha iyi bir duruma getirerek depresyon ve anksiyete gibi sık görülen ruhsal sorunların meydana gelmesini önlemek veya çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarını engelleyerek sonraki yıllarda olası ruhsal hastalıkların önüne geçmek örnek olarak verilebilir. İkincil koruma, hastalık sürecini semptomatik hale gelmeden durdurarak, hastalığın ileri evrelerine müdahaleyi amaçlar. Üçüncül koruma ise gelişmiş olan hastalık ve sorunları tedavi ve rehabilite ederek yeti kaybının en aza indirilmesini sağlar (Gültekin, 2010).

2.4. Aile Kurumunun Önemi

Aile, toplum yapısının temel oluşumlarından birisi ve hatta yaygın olarak kabul edildiği şekliyle toplumun temel taşıdır. Bu özellik, İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nin aile ve evliliğe ilişkin 16. maddesinde "Aile, toplumun doğal ve temel unsurudur" ifadesiyle karşılık bulmuştur (Özdemir ve ark., 2013). Bütün topluluklarda aile birey için hayat merkezidir. Ferdin içinde bulunduğu en önemli ve asli gruptur. Aile toplum hayatı için stratejik bir önem taşır. Aile sadece biyolojik bir yapı olmayıp her şeyden önce sosyal bir kurum olma özelliğine sahiptir. Toplumda aile sosyal bir kurum olduğu için, kişi ile toplum arasındaki iletişimi sağlayan bir organizasyon konumundadır (Öztürk, 2014).

Aile kavramı pek çok yönden sınıflandırılmıştır. Her sınıflamada farklı kriterler temel alınmıştır. Bunlardan aileyi oluşturan kişi sayısı ve ailedeki otoriteyi kimin temsil ettiği sık olarak kullanılan iki ölçüttür. Evlenme şekline, evlenen bireylerin kiminle birlikte yaşadığına, eşin seçilme yerine göre de aile sınıflamaları mevcuttur. Ailedeki kişi sayısına göre yapılan sınıflandırmada, aile iki gruba ayrılır: Geniş aile ve çekirdek aile. Geniş aile "geleneksel aile", "eski aile", "köy/kır ailesi" gibi farklı şekillerde de ifade edilirken, çekirdek aile için ise "şehir ailesi", "küçük aile", "dar aile", "modern aile", "çağdaş aile" gibi isimlendirmeler sık olarak kullanılmaktadır (Özdemir ve ark., 2013).

Çekirdek ailenin kabul gören tanımı; anne, baba ve evlenmemiş çocuk veya çocuklardan oluşan sosyal yapıdır. Çekirdek aile iki kişilik çekirdek aile ve tam çekirdek aile şeklinde iki alt sınıfa ayrılmıştır. İki kişilik çekirdek aile, yalnız karı-kocanın yer aldığı ve çocukların olmadığı aile tipidir. Tam çekirdek aile ise karı-kocanın yanında evlenmemiş çocuk veya çocuklardan oluşan aile tipi olarak tanımlanmıştır (Çalışkan ve Aslander, 2014).

Geniş aile, birden çok kuşağın veya evli çiftin aynı çatı altında yaşadığı bir aile sistemidir. Başka bir deyişle birden çok çekirdek ailenin bir araya gelmesi söz konusudur. Bu tip aileler büyükanne ve büyükbabaları, ebeveynleri ve torunları içerecek şekilde dikey yatay dağılıma sahip olabileceği gibi; evli erkek ve kız kardeşleri içerecek şekilde yatay bir dağılıma da sahip olabilir (Çalışkan ve Aslander, 2014).

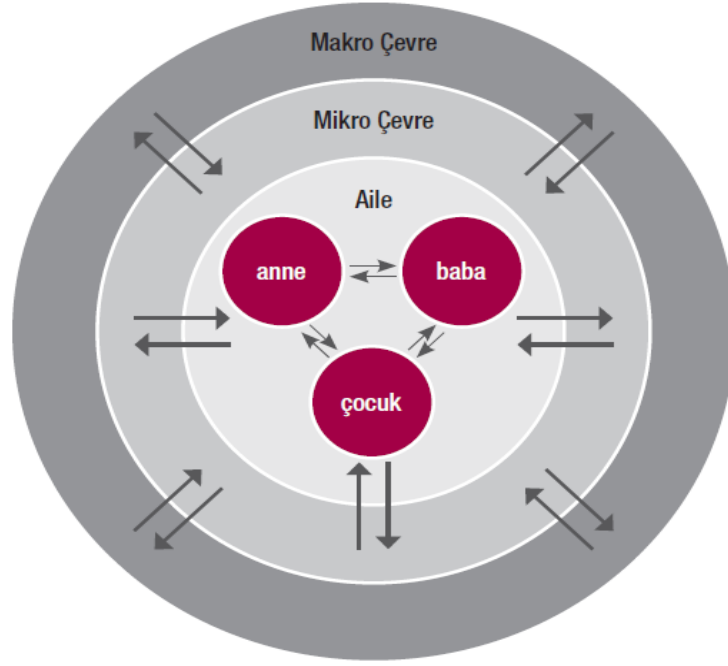
Toplumun en küçük birimi olan ailenin, çocuğun gelişiminde çok önemli rolleri vardır. Geleceğin sağlıklı yetişkinlerini, bugünün sağlıklı yetişen çocukları oluşturur.

Çocuk ve ergenlerin sağlıklı gelişimlerinin temelinde işlevlerini tam olarak yerine getiren aileler bulunmaktadır (Özdemir, 2014). Kişinin sosyal çevresiyle ilişkisi doğumla katılmış olduğu ailesi ile başlamaktadır. Çocuk ile ailesi arasındaki etkileşimin sonucunda çocuğun toplumla uyumlu bir kişi oluşu sağlanır. Bu sosyalleşme sürecinde kişinin karakteri toplumsal değerlere göre şekillenirken; toplum, devamlılığına katkıda bulunacak bir üye daha kazanmış olur (Özdemir ve ark., 2013).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, ebeveynlerin çocuklarının bakımına dair sorumluluk, hak ve görevlerini açıklamaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 3. madde 1. bendi; çocuk ile ilgili tüm eylemlerde, çocuğun yararının temel alınması gerektiğini belirtir. Sözleşmede, tüm çocukların fiziksel, bilişsel, psikolojik, ahlaki ve sosyal gelişimine imkân tanıyacak yeterli yaşam koşullarına sahip olması gerektiği ifade edilmektedir. Çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi için gerekli olan koşulları sağlama görevi, sahip oldukları imkânlar dâhilinde ebeveynlere veya çocuğun bakımını sağlayan diğer kişilere düşmektedir (Yolcuoğlu, 2009).

1982 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasasınının 41, 58, 60, 61 ve 65. maddeleri genelde ailenin, özelde de çocuğun korunmasını vurgulayan hükümler içermektedir. 1982 tarihli T.C. Anayasası'nda çocuk ve aile kavramları birlikte ele alınarak, hem çocuğun hem de ailenin devletin korumasında olduğu belirtilmiştir. "Ailenin Korunması" başlıklı 41. maddede; "Aile, Türk toplumunun temelidir ve devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle anne ve çocukların korunması için gerekli tedbirleri alır, teşkilatları kurar" denilmektedir. 2001 yılında yürürlüğe giren 4722 sayılı Yeni Türk Medeni kanununun 185. maddesinde ise "Eşler, aile birliğinin mutluluğunu elbirliğiyle sağlamak ve çocukların bakımına, eğitim ve gözetimine beraberce özen göstermekle yükümlüdürler" cümlesi yer almaktadır (Yolcuoğlu, 2009).

Aile, etrafındaki toplumsal sistemle etkileşim halindedir. Sistemleri oluşturan tüm unsurlar, geçirgen bir sınırla ayrılmak üzere karşılıklı ilişki ve etkileşim içindedir. Bir başka ifadeyle bütün sistemler birbirini etkilemektedir (Şekil 5) (Yavuz ve Özmete, 2012).



Şekil 6. Ailede Etkileşim ve Aile Sistemi

Çocukta kişiliğin gelişimi, ailesindeki iletişimin ne şekilde olduğuyla yakından ilgilidir. Ebeveynler, tutum ve davranışları ile örnek olarak çocuklarının eğitiminde ve yetişmesinde önemli rol oynarlar. Anne-babanın birbirlerine yönelik tavırları, ahlaki değerleri ve yaşama bakış açıları çocuğun karakterini önemli derecede etkiler. Sağlıklı bir iletişim kurulan ailede, aile üyeleri birbirleriyle hislerini, düşüncelerini, amaçlarını, beklentilerini, kaygılarını, tecrübelerini ve gereksinimlerini paylaşır. Aile içinde kurulan açık ve samimi bir iletişim oldukça önem taşır çünkü başkalarıyla etkili ve düzgün bir iletişime sahip kişiler, yaşamdan daha çok keyif alırlar ve daha olumlu bir duyguduruma sahiptirler. Tüm bu sebeplerden dolayı çocuklar için aile, vazgeçilmez bir limandır (Çalışkan ve Aslanderen, 2014). Ailesinden destek gören adölesan kendisini nitelikli ve yeterli görmekte, sosyal hayatında karşısına çıkan zorlukların üstesinden daha kolay gelebilmektedir (Yavuz ve Özmete, 2012).

Adölesan döneme denk gelen lise yılları, adaptasyonu en zor olan süreçlerden birisidir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş olan ergenlik dönemi bedensel gelişimin yanında, bağımsız olma uğraşları ve aileden ayrışma gibi değişimlerin de tecrübe edildiği bir zaman dilimidir. Adölesanlar bu dönemin özelliklerine bağlı olarak kimi zaman uyum sorunları yaşamaktadırlar. Bireyin bu hassas dönemi en az zararla

atlatmasında en önemli faktörün aile olduğu belirtilmektedir. Ruhsal açıdan sağlıklı bireyler, huzurlu bir aile ortamında yetişirler. Bireyin uyum sağlamasında, ailenin görevlerini yerine getirmesi yararlı olmaktadır. Çocuğun yaşı ilerledikçe, okul ve arkadaş çevresi onu etkisi altına almaya başlasa da, kişilik gelişimi açısından ebeveyn tutumları önemli bir etken olarak kalmaya devam etmektedir. Çünkü adölesan, aile dışındaki çevresi aracılığıyla karşılaştığı yaşam olaylarını, anne-babayla etkileşime girerek değerlendirip, süzgeçten geçirmektedir. Bu sebeple bireyin bu dönemdeki uyum sürecinde ebeveyn-çocuk ilişkisinin ne şekilde kurulduğu temel bir faktör olarak görülmektedir (Kalyencioglu ve Kutlu, 2010).

Çocukta güven duygusunun gelişimi ailenin yardımıyla başlamakta, ebeveyn ile çocuğun kurduğu sağlıklı ilişkiler ömür boyu sürerek, bağımsızlığın ve yeterlilik hissinin oluşmasında önemli bir konuma gelmektedir. Anlaşmazlık ve kriz durumlarının yaşanmadığı veya az yaşandığı ailelerde, aile içi ilişkilerinde doyum sağlayan çocuk, uyumlu bir karakter ile iyi ilişkiler kurabilmekte, ekip çalışmalarına katılabilmekte ve yüksek özgüven sayesinde hayatın birçok alanında başarılı olabilmektedir (Yavuz ve Özmete, 2012). Bununla beraber belli bir seviyedeki ebeveyn-adölesan çatışması normal kabul edilmekte ve hatta bireyin bağımsızlığını elde etmesi için gerekli olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde adölesanın bağımsızlık çabaları ve bu konuda adölesan ve anne-babanın görüş ayrılıkları, çatışmaların temel sebebi olarak öne sürülmektedir. Çatışma, bireyin özerklik kazanmasına yardımcı olsa da, ruhsal sağlık açısından olumsuz etkileri olabilir (Özdemir, 2014).

Ailede yaşanan boşanma süreci, anne-babadan birinin kaybı veya aileyi terki, çeşitli olumsuzlukların sonucunda anne-babayla kalıcı olarak ya da geçici bir süreliğine bağların kopması gibi nedenler, çocuğun sosyalleşme sürecini kesintiye uğratabilir. Bu ise psikolojik travmaya, şiddet içeren davranışlara ve sosyal sorunlara; bir başka ifadeyle bazı uyum sorunlarına sebep olabilmektedir (Avcı, 2011).

2.5. Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin ihtiyaç hissettiğinde çevresinden sağlayabileceği duygusal, sosyal, bilgisel ve araçsal yardımların tümünü kapsamaktadır. Sosyal desteğin, genel anlamıyla sadece yönlendirme ve tavsiye vermenin dışında, duygusal desteği de içine alacak şekilde birçok alanda işlevi olan çok boyutlu bir kavram olduğu

vurgulanmaktadır (Baran ve ark., 2014). Bireyin yakınlarından gördüğü samimi ve olumlu tutum, sevgi, güven, saygı, onay görme, bilgi edinme ve maddi destek gibi kişisel, sosyal, psikolojik ve ekonomik alandaki bütün yardım çeşitleri sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (Baltacı ve ark., 2012). Sosyal destek, bireylerin sevilip korunduklarına inandıkları bir sosyal sisteme aidiyet hissetmeleri, gerçek kabul ettikleri yardımı sağlamaları veya önemli, değerli gördüğü sosyal bir topluluğa bağlılık geliştirmeleri şeklinde de tanımlanabilir (Akyol ve Salı, 2013).

Sosyal desteğin teorik temeli Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanmaktadır. Buna göre yaşam alanı sadece davranışla ilgili olgularla sınırlıdır ve bu olgular bireyi tanımlayanlar ve çevreyi anlatanlar olarak iki gruba ayrılır. Lewin'in davranış tanımında geçen "çevre" kavramı tam olarak fiziksel çevreyi değil, onun içinde yer alan psikolojik çevreyi öne çıkarır. Psikolojik çevrenin bütün unsurları davranışları etkileyerek, dış durumların ifade edilmesini sağlar. Lewin'e göre, davranış bu psikolojik çevrede meydana gelen değişimlerdir. Bireyin olumsuz davranışlarının yerine doğru davranışlar sergilemesi, onun psikolojik çevresinde değişiklik yapabilmesini sağlamakla olanaklı hale gelir. Bu anlamda bireyin psikolojik çevresi, onun tüm sosyal destek sistemini içermektedir (Yıldırım, 1997).

House'a göre sosyal desteğin duygusal, değerlendirici, bilgisel ve araçsal olmak üzere dört boyutu vardır. Bunlardan ilk akla geleni olan duygusal sosyal destek, sıklıkla aile veya yakın arkadaşlar tarafından sağlanır. Aile, arkadaşlar ve iş arkadaşları tarafından verilen değerlendirici sosyal destek, herhangi bir değerlendirme bilgisinin onay, ret veya karşılaştırma olarak verildiği bir türdür. Bilgisel sosyal destek; tavsiye, uyarı veya emir şeklinde olup bireylerin yüzleştiği yaşam olayları ve sorunlara yardımcı olmak amacıyla verilmektedir. Araçsal sosyal destek ise, para veya herhangi bir maddi kaynak gibi somut destek türlerini içermektedir (Taşdan ve Yalçın, 2010).

Cohen ve Wills dört sosyal destek türü olduğunu belirtmiştir:

- 1) Saygı Desteği: Bireyin çevresi tarafından gördüğü saygı ve onayla ilgilidir. Kendi değerleri ve tecrübeleri sayesinde saygı gördüğünün ve herhangi bir kusur işlediğinde bile kabul edildiğinin farkına varması, kişinin özsaygı düzeyine olumlu katkı yapacaktır.

- 2) Bilgi Desteği: Karşılaşılan sorunu tanımlamayı, kavramayı ve bu sorunla başa çıkmayı sağlayan yardımdır. Önerilerde bulunma, sorunun ciddiyetini değerlendirme ve bilişsel anlamda yol gösterme gibi özellikleri vardır.
- 3) Sosyal Arkadaşlık: Boş zamanlarda ya da benzeri durumlarda başkalarıyla etkileşim içinde olmaktır. Böyle bir ilişki insanlarla temas halinde olmayı sağlayarak, bireyin sürekli sorunlarına yoğunlaşmasının önüne geçer ve olumlu bir ruh halini sağladığı için stresle başa çıkmada fayda sağlar.
- 4) İşlevsel Destek: Para yardımı, çevresel kaynaklar ve gereksinim duyulan yardımların teminini kapsamaktadır. Bu tür yardımlar, işlevsel sorunların doğrudan çözülmesi ve kişiye rahatlama veya ilgi alanlarına ayırabilecek fırsatı sağlaması sayesinde stres oluşumunu engellerler (Sönmezay, 2010).

Sosyal desteğın, psikolojik sağlık üzerine doğrudan veya dolaylı etkisi, temel etki ve stres-tampon hipotezleri olarak bilinmektedir. Temel etki hipotezlerine göre, yaşanan stres sayısından bağımsız bir şekilde, sosyal destek ruh sağlığına doğrudan olumlu katkı yapar. Çünkü sosyal ilişki ağı sayesinde birey, sosyal ödülleri kazanmakta ve toplum içinde uygun roller edinmektedir. Bu varsayımlara göre, yüksek destek alabilen bireyler, yüksek oranda sevilme ve önem verilmiş olma duygularını yaşayacaklardır. Bu duyguların da ruh sağlığını sürekli ve olumlu bir yönde etkilediği düşünölmektedir. İkinci hipotez ise stres-tampon hipotezi olarak isimlendirilmiştir. Buna göre sosyal destek, stresli olaylar karşısında meydana gelebilecek olumsuz sonuçlara karşı tampon işlevini üstlenmekte, dolaylı bir şekilde stresin etkisini azaltıcı bir rol oynamaktadır. Başka bir ifadeyle, sosyal destek günlük hayatta karşılaşılan zorlukların üstesinden gelinmesini sağlayarak hizmet etmektedir. Dolayısıyla sosyal desteğın doğrudan ya da dolaylı, kimi zaman da hem doğrudan hem dolaylı etkisi olduğu söylenebilir (Duru, 2008).

Sosyal destek kavramının farkında olunması bireye pek çok açıdan yardım edebilir. Caplan'a göre sosyal destek sistemlerinin bilinmesi bireylere,

- 1) Bireyin sahip olduğu biyolojik ve psikolojik kaynakları harekete geçirmesini sağlayarak,
- 2) İsteklerinin giderilmesine yardım ederek,
- 3) Yeteneklerinin gelişmesini sağlayarak ve maddi kaynaklara ulaşmasına yardım ederek,

4) Bireye kılavuzluk ederek ve bilgilendirerek yardım sağlamaktadır (Yıldırım, 1997).

Sosyal desteğin birçok katkısı vardır:

- 1) Bireyler ihtiyaç duydukları hizmetleri ve araçları temin ederek duygusal açıdan rahatlık yaşarlar.
- 2) Yaşanan problemlerde alınan rehberlik aracılığı ile sorunlarla daha kolay baş edilir.
- 3) Bireyler her alanda daha başarılı olmalarını sağlayan geribildirimler alırlar.
- 4) Topluma uyum sağlamaya ve bireysel gelişime yardımcı olur.
- 5) Hem rutin olaylar sırasında hem de krizler anında kişiler arası bağlantılar aracılığı ile stresin olumsuz etkilerine karşı koruma sağlanır (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Sosyal destek, temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasına yardımcı olur (Yılmazel, 2013). Yeterli sosyal desteğe sahip olan bireylerin hayatlarında daha fazla olumlu olayla karşılaştıkları, daha yüksek seviyede benlik saygısına ve geleceğe dair daha iyimser bir tutuma sahip oldukları bilinmektedir. Sosyal desteğin, bireyin kendisini yeterli ve güçlü olarak değerlendirmesini sağlayan kolaylaştırıcı bir faktör olduğu söylenebilir (Maya ve ark., 2012). Sosyal destek, bireyin kendisini güvende hissetmesini sağlamakta ve yaşantısını daha olumlu bir hale getirmektedir (Akyol ve Salı, 2013).

Sosyal destek kaynakları; kişinin hayatında önemli bir konumda olan anne-baba, çocuklar, eş ve diğer akrabalar, sevgili, arkadaş grubu, öğretmenler, komşular ve uzman kişilerden oluşmaktadır. Bu kaynakların kişiye çeşitli yollarla destek verdiği, bunların içinde de en fazla sağlananların maddi, duygusal ve bilgisel destekler olduğu ifade edilmektedir (Baran ve ark., 2014). Aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma konusunda oynadığı önemli rolün yanı sıra, bireyin ailesi ve arkadaşları ile arasında sağlam bir bağ oluşturur (Güneş ve ark., 2014). Maddi veya duygusal olarak verilen sosyal destek, bireyin sorunlarla çok daha kolay başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (Aldwin, 2007).

Bireyin kendisinde ya da sosyal destek kaynaklarında oluşan değişimler sebebiyle sağlanan sosyal destek düzeyi azalabilir. Örnek vermek gerekirse aile üyeleri veya eşler arasındaki anlaşmazlıklar, ebeveynlerin işini kaybetmesi ya da birinin ölümü, sosyal

beceri eksikliği, cinsel sapmalar, kişinin yardım kaynakları konusundaki bilgi eksikliği, göç ve savaş gibi olağanüstü durumlar, hastalıklar, ailenin onay vermediği girişimlerde bulunmak gibi durumlar kişinin aldığı sosyal destek düzeyini düşürebilir (Yıldırım, 1997).

Sosyal destek kavramı ile ilgili tanımlamalarda, algılanan sosyal destek ve sağlanan sosyal destek kavramları öne çıkmaktadır. Sağlanan sosyal destek, yapılan yardımın davranışsal değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir zaman diliminde destek kaynaklarından edinilen toplam yardımdır (Akyol ve Salı, 2013). Algılanan sosyal destek ise, bireyin zorluklarla baş etmesine yardımcı olması için çevresinden araçsal, ruhsal ve duygusal kaynaklar sağlayacağı konusundaki inancıdır (Elliott, 2009). Başka bir ifadeyle bireyin destek amaçlı etkileşimleri yorumlaması ve bağlılık duyduğu insanlara kişisel anlamlar yüklemeye yönelik öznel değerlendirmesidir (Akyol ve Salı, 2013). Böylece algılanan sosyal destek, insanlar arasındaki sosyal bağların varlığına ve niteliğine dair düşüncelerdir. Buna göre önemli olan, gerçekte desteğin ne kadar alındığı değil, kişinin kendini nasıl hissettiğidir (Maya ve ark., 2012). Algılanan sosyal destek, kurulan ilişkiler içinde görünse de, aslında alınan gerçek desteğin doğrudan ifadesi değildir. Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal yönden teşvik edici tutumları göreceğine dayanan beklenti ve desteklenildiğine dair düşünceler olarak kavramsallaştırılmıştır (Sönmezay, 2010).

2.5.1. Adölesanlarda Sosyal Destek

Ergenlik yıllarında bilişsel ve mantıksal değişimlerle beraber sosyal ve duygusal açıdan da değişimler yaşandığından, adölesanın ailesi ve arkadaşlarıyla olan iletişimi de çeşitlenmekte ve özellikle bu dönemde sosyal desteğin çok daha önemli olduğu düşünülmektedir (Aydoğdu ve Çam, 2013; Bayhan ve Işıtan, 2010). Sosyal desteğin sağladığı samimiyet, yakınlık ve bireyler arası ilişkilerdeki güven duygusu, ruhsal açıdan genç bireyin sağlıklı olması için son derece önemli unsurlardır (Pakdemir, 2011).

İnsanın gelişim sürecinde, etrafındaki şartlardan büyük oranda etkilendiği prensibine dayalı çevresel modele göre, çocuğun çevresindeki koşullar dört tabakadan meydana gelmektedir. Bunlar sırasıyla; bir kültür ya da alt kültürü belirten, geniş kurumsal örüntüleri içeren ve en dıştaki katmanı oluşturan makrosistem; çocuğun gelişim sürecinde dolaylı etkisi olan faktörleri kapsayan egzosistem; çeşitli

mikrosistemler arasındaki ilişkilerle oluşmuş mezosistem ve aile, okul, arkadaşlar gibi çocuğun doğrudan iletişim halinde olduğu çevreleri belirten mikrosistemdir (Karataş, 2012).

Çocuğu çevreleyen sosyal ağlar, ona ihtiyaç olan ilgi ve güven duygularını kapsayan duygusal desteği, gereksinim duyduğu araçları veya hizmeti içine alan maddi desteği, tavsiye ve uyarıları içeren bilgilendirici desteği, özeleştiriyi sağlayan geribildirime dayalı desteği sağlamaktadır. Bu yardımların tümü günlük hayatta iç içe geçmiş haldedir. Sosyal ağın yapısal özellikleri; ağın büyüklüğü, ağı oluşturan kişilerin sayısı ve birbirleriyle kurduğu ilişkiler yönünden değerlendirilmektedir. Başarılı aile yapısının niteliklerinden biri, aile içindeki erişkinlerin sosyal destek sistemleridir (Duyan ve ark., 2013).

Bireylerin sosyal destek almak için yöneldiği kişi yaşla beraber değişmektedir. Okul öncesi çocuklarda başlıca sosyal destek kaynağı ebeveynlerdir. Her ne kadar anne-baba desteğinin yerini tutmasa da, yaşça büyük kardeşlerin ve büyükanne ya da büyükbabanın varlığı da alternatif bir destek kaynağı oluşturabilir. Ancak bu yaştaki çocukların sorunlarını kavramsallaştırma ve ifade etme konularındaki sınırlı yetenekleri, hala benmerkezci yapıda olmaları ve başkalarının bakış açısını kavrayamamaları sonucunda, arkadaş grubu sosyal destek açısından henüz çok bir anlam ifade etmemektedir. 6-9 yaşlarını kapsayan orta çocukluk döneminde yavaş yavaş aile dışından sosyal destek alınmaya başlanır. Kızlar bu yaşlardan itibaren başlayarak, tüm ergenlik dönemi boyunca daha fazla sosyal destek arama eğilimindedirler (Aldwin, 2007). Anne-babası ile sağlıklı ve tatminkâr ilişkileri olan adölesanlar, ailesi dışındaki çevre ile daha kolay ve olumlu yönde ilişkiler kurabilmektedirler. Bu sebeple ebeveynlerin çocukları ile olan etkileşimleri ve onlara yönelik tutumları önemlidir (Eroğlu ve Peker, 2011; Sezer, 2010).

Aileden alınan sosyal destek, adölesanların psikolojik sağlığı üzerine önemli bir etki yaratmaktadır (Aydoğdu ve Çam, 2013). Stresli olaylarla karşılaştığında, düşük sosyal desteğe sahip olan çocukların, yüksek sosyal desteğe sahip olan çocuklara göre daha fazla anksiyete, depresif belirtiler ve davranışsal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Barrera ve ark., 2004). Buna ek olarak, sosyal destek güvende hissetme duygusunu ve benlik saygısını arttırarak kişiliğin olgunlaşmasını kolaylaştırmaktadır (Aldwin, 2007). Ailede ebeveynlerin dışında başka bir sosyal destek kaynağının da kardeşler olduğu öne

sürülmektedir. Genelde anlaşmazlık yaşadıkları düşünülse de kardeşler sağlam bir duygusal bağa sahiptir. Kardeşlerin birbirleriyle olan ilişkileri, onları gelecekte diğer insanlarla kuracakları sosyal ilişkilere de hazırlamaktadır (Duyan ve ark., 2013).

Ailesinden yeterli ilgi ve destek gören çocuklar, akran ilişkileri açısından daha başarılı olmaktadır. Aile ve arkadaştan alınan sosyal destek, çocuğun benlik saygısı üzerine olumlu etki yapmaktadır. Adölesan dönemde önem kazanan arkadaş desteği, bireyin kendisini yeterli ve başarılı bir şekilde değerlendirme imkânını yakalayacak becerileri geliştirmesine ve yüksek benlik saygısı oluşturmaya yardımcı olmaktadır (Akyol ve Salı, 2013). Özellikle ailede anlaşmazlık olduğu durumlarda, adölesanlar sosyal destek almak için ebeveynlerinden daha çok arkadaşlarına ve kardeşlerine yönelebilirler (Aldwin, 2007). Arkadaş desteği, kişiye etkili bir baş etme yeteneği kazandırarak, hem arkadaşlardan hem de aileden alınan sosyal destek düzeyini de arttırmaktadır. Aile ve arkadaşların yanında öğretmenler de ergen için önemli bir destek kaynağıdır (Akyol ve Salı, 2013).

Çevresindeki insanların, bireye yönelik tutumları, beceri ve kişiliği ile ilgili düşünceleri benlik gelişiminde önemli bir etkidir. Örneğin kendisine sürekli olumsuz ve aşağılayıcı sözler söylenen çocuk, gerçekten öyle olduğunu düşünerek düşük özsaygı düzeyine sahip olabilir veya bunun tersi olarak çok yetenekli ve çalışkan olduğu gibi cesaretlendirici sözler söylendiğinde buna inanabilir ve bu yönde davranışlar geliştirebilir. Özetle adölesanın, kendisini kabul ettirmek istediği çevrenin beklenti ve düşüncelerini önemseydiği, sosyal değerlendirmelerin sonucunda kendi benlik yapısıyla uyumlu davranışlar sergilediği ve aynı zamanda toplumla uyum içinde yaşamaya çalıştığı söylenebilir (Öksüz ve Ayvalı, 2012).

Ergenlik dönemindeki en hassas konularından biri de bu dönemde yoğunlaşan karşı cinse yönelik ilgidir. Romantik ilişki kurma adölesan dönemin öne çıkan özelliklerinden biridir. Adölesanlar karşı cinsten arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirmeye başlarlar. Bu dönemdeki romantik ilişkilerde temel kavram flörttür. Adölesan dönemde yaş ilerledikçe bu tarz ilişkilerin daha çok önemsendiği görülmektedir (Bayhan ve Işıtan, 2010).

Ergenlik döneminin kendine özgü koşullarına sosyal destek eksikliği de eklenince genç bireyde umutsuzluk duygusu, yalnızlık, düşük benlik saygısı ve reddedilmişlik gibi hisler yoğun bir şekilde yaşanabilmektedir. Bireyin hayatında çok önemli bir konumda

bulunan akran ilişkilerindeki sorunların, bu dönemde tetikleyici olabileceği öne sürülebilir. Sosyal destek, çocuğu veya adölesanı, hayata dair bir anlam oluşturmalarına yardımcı olmak ve her yönden sağlıklı olmasını sağlayacak davranışları teşvik etmek şeklinde etkilemektedir (Pakdemir, 2011).

2.6. Gelecek Beklentisi

Beklenti, tecrübelerden yola çıkarak gelecekte olabilecekler hakkında çıkarımlarda bulunmaktır. Gelecek beklentisi ise, bireylerin gelecekle ilgili düşünce, ilgi ve endişelerini içeren bilişsel haritalardır. Kuramsal bir bakış açısıyla yaklaşıldığında, gelecekle ilgili beklentiler önemlidir çünkü beklentiler karar alma sürecindeki en güçlü motivasyon kaynaklarıdır. Beklenti ve performans karşılıklı bir etkileşim içindedir. Başarı beklentisinin yüksek olması verimli bir performansa yönelmekte, verimli bir performans da daha yüksek bir başarı beklentisine yönelmektedir. Dolayısıyla beklenti, tecrübeler ve başarılar hakkında önemli bilgiler vermektedir (Şimşek, 2011). İyimserlik ise konulan hedeflerin gerçekleşebileceği inancı ve geleceğe dair olumlu sonuç beklentisi olarak tanımlanabilirken, karamsarlık bunun tam tersi olarak amaçlara ulaşamayacağı düşüncesi ve olumsuz bir gelecek beklentisiyle ilişkilidir (Uğurlu, 2011).

Gelecek beklentisinin kavramsallaştırılması, Frank, Israeli ve Lewin'in çalışmalarına dayanmaktadır. Yapılan incelemelerde gelecek yöneliminin güdüsel ve gelişimsel işlevine işaret edilmiştir:

- a) Gelecek yönelimi ya da gelecekteki olası eylem ve tecrübeler gelecekte meydana gelir.
- b) Gelecek yönelimi, farklı alanlarla ilişkili olarak, bireylerin gelecek imajlarının özel ve bireysel yapısını kapsar.
- c) Bu alanların içeriği; kişisel ya da toplumsal, gerçekçi ya da gerçek dışı olabilmektedir (Seginer, 2003).

Gelecekte ulaşılması planlanan amaçlar, özdüzenleme konusunda önemli bir etkidir. Bireyin geleceğe yönelik amaçları onun tüm davranışlarına yön vermekte, bunun sonucunda da kişiye olumlu katkı ya da engelleyici bir etki yapmaktadır. Bu hedefler yakın veya uzak gelecekte ulaşılmak üzere planlanır. Tüm bu hedefler bireyin o alanla ilgili istek ve arzusunu arttırarak teşvik edici bir etki oluşturur (Aylar, 2012).

Umutsuzluk kavramının anlaşılabilmesi için ilk olarak umudun tanımlanması gereklidir. Umut, iyi hissetmeyi sağlayan ve kişiyi amaçları doğrultusunda eyleme geçiren bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda umut, ummaktan kaynaklanan güven duygusu ve gelecek hakkında olumlu beklentilere sahip olma durumu anlamında kullanılır. Böylece umut, bireyi gelecekteki olası olumsuz olaylarla başa çıkabileceğine inandırarak, ruhsal sağlığı olumlu yönde etkiler. Umudun en önemli özelliği, olumlu gelişmelerle birlikte, sorunların çözümleri olduğuna inanma ve hedeflerin gerçekleşebileceği düşüncesidir (Tercanlı ve Demir, 2012).

Umutsuzluk genel bir ifadeyle, bireyin kendisini olumsuz bir şekilde değerlendirme, gelecek hakkında düşük beklentilere sahip olma ve olumsuz yaşantıların önüne geçilemeyeceğini kabul etme anlamı taşımaktadır. Umutsuzluk, gelecekle ilgili olumlu beklentilerin eksikliği ile karakterize olan motivasyonel bir durum olarak da tanımlanmaktadır (Oğuztürk ve ark. 2011). Kişinin mevcut durumu, geleceği ve çevresi hakkındaki negatif algısı, umutsuzluğa yol açan başlıca etkendir (Derman, 2013). Umutsuzluk bilişsel yapı ile de yakından ilişkili bir duygudur. Bilişsel yaklaşıma göre bireyin endişe, öfke veya umutsuzluk gibi duyguları yaşamasının temelinde olayların kendisi değil, bu olaylarla ilgili beklenti ve algılar yatmaktadır (Kodan, 2013).

Umutsuzluk çeşitli psikolojik bozuklukların altında yatan bir etkendir ve depresyon etiolojisinde rol oynamaktadır. Umutsuz insanlar, tüm olayların kendileri aleyhine geliştiğine, hiçbir koşulda başarılı olamayacaklarına, en önemli hedeflerine ulaşamayacaklarına ve sorunlarının çözilemeyeceğine inanırlar (Ersoy ve Küçükkaragöz, 2010). Umutsuzluk, çaresizlik ve karamsarlık gibi faktörlerin sosyal yeterlilik ve psikolojik açıdan iyi olma halini yakından etkiledikleri öne sürülmektedir. Bunun sonucu olarak da zorlu yaşam olayları karşısında ruhsal bozukluk oluşumuna yatkınlık görülmektedir (Oğuztürk ve ark. 2011).

2.6.1. Adölesanlarda Gelecek Beklentisi

Gelecek, belirsizlikler içerdiği için bireyde endişe duygusuna neden olabilir. Bu durum özellikle adölesanlarda ön plandadır çünkü bu dönem geleceklerini tasarlama süreçlerinin başıdır ve bu süreçleri sorunlu bir şekilde yaşayabilmektedirler (Başbakanlık, 2010). Genç bireylerin, gelecek beklentisinin üç temel süreçle yakından

ilgili olduğu öne sürülmüştür. Bunlar; motivasyon, planlama ve değerlendirmedir. (Şimşek, 2011).

Yetişkinlere kıyasla adölesanlar, kendilerinin ve toplumun geleceği ile ilgili düşüncelerini ifade etmede çok başarılıdırlar. Gelecekle ilgili beklentilerin çoğu erişkin yaşantısının rolleri şeklindedir (Artar, 2003). Adölesanların hedeflerinin, geç dönem ergenlik ve erken dönem yetişkinliğin gelişim görevleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Şimşek, 2011). Eğitim, kariyer ve aile ile ilgili planların, eğlence ve gezi gibi etkinlik planlarından daha baskın olduğu, buna rağmen adölesanların gelecek beklentilerinin daha genel, detay içermeyen ve kalıplara uygun olduğu, planların yaşla beraber daha ayrıntılı bir şekilde kurgulandığı görülmektedir (Artar, 2003).

Bireylerin gelecek beklentileri, içinde bulunduğu sosyal çevreden bağımsız olarak şekillenmemektedir. Bu hayat amaçları, diğer insanların beklentileriyle örülmüş bir çevrenin ürünü olarak ele alınabilir. Özellikle küçük yaşlardaki sosyalleşme süreçleri, içinde bulunulan çevre ve iletişim içinde olunan insanlar, bu amaçların belirlenmesinde önemli paya sahiptir. Toplumların değişimindeki temel bileşen olan gençlerin, gelecekle ilgili olumlu beklentileri, hem onların psikolojik sağlığına ve hayatlarından memnun olma durumuna olumlu tesir etmekte, hem de toplumdaki değişimin yönünü belirleyebilmektedir (Yavuzer ve ark., 2005). Bunun yanı sıra yaş, cinsiyet ve kültürel yapı gibi unsurlar da gelecekle ilgili beklentileri etkilemektedir (Şimşek, 2011).

Umutsuzluğun; adölesanların sosyal, ruhsal, fiziksel ve kognitif fonksiyonlarını olumsuz etkileyen unsurlardan biri olduğu ve bireylerin psikososyal gelişim sürecine zarar verebildiği belirtilmektedir (Kırımoğlu ve ark., 2010). Özellikle ergenlik döneminde daha önemli olan sosyal desteğin yokluğu, umutsuzluk düzeyini arttırabilmektedir (Kılıç ve ark., 2014).

Adölesanların gelecek beklentileri ile ilişkili olan başka bir özellik, ailenin sosyoekonomik durumudur. Genç bireylerin geleceğe umutla bakabilmelerinde ailelerinin gelir durumu ve adölesanların aldıkları eğitim, bilgi ve beceri düzeyi de pay sahibidir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerde yetişen bireylerde, başarıya odaklanmanın daha kolay olduğu ve bu kişilerin sosyal uyum göstermeye daha yatkın oldukları söylenebilir. Buna karşın sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerdeki bireylerin, gelecek beklentileri yönünden daha kadercı bir düşünce yapısına sahip oldukları, bu

kişilerde düşük benlik saygısı ve kötümserlik gibi duyguların öne çıktığı belirtilmektedir (Tuncer, 2011b).

2013 yılında ülkemizde yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre mutlu olduğunu ifade eden gençlerin oranı %65,1 iken, gençlerin %83,9'u gelecekte umutlu olduğunu belirtmiştir. 2013 yılındaki verilere göre gençlerin ve yetişkinlerin geleceğine ilişkin umut düzeyine bakıldığında, gençlerin yetişkinlere göre %8,1 oranında daha umutlu olduğu görülmektedir. Genç erkeklerde, geleceğinden umutlu olanların oranı %83,4 iken bu oran genç kadınlarda %84,4'tür (TÜİK, 2014).

Adölesan dönemdeki bireylerin geleceğe umutla bakabilmeleri sağlıklı ilgili riskli davranışların da önüne geçebilmektedir. Alkol ve sigara kullanma gibi alışkanlıkların başlayabildiği bu yaşlarda, umut düzeyinin yüksek olması ve bunun sonucunda oluşan sağlıklı bir ruhsal yapı sayesinde, bu ve buna benzer istenmeyen davranışların oluşması engellenebilir (McWhirter ve McWhirter, 2008). Bununla beraber geleceğe umutla bakan öğrenciler; sosyal uyum, kendi başlarına karar alabilme ve olumlu değerler kazanma gibi konularda daha başarılıdırlar (Catalano ve ark., 2004).

Bireylerin çocukluk çağından itibaren amaç ve beklentilerine dair aldıkları ödül ve cezalar, yetişkinlerin onlardan beklentileri; gençlerin yaşamla ilgili amaçlar edinmesinde önemli bir motivasyon oluşturmaktadır. Diğer yandan adölesanın ailesinde veya yakın çevresinde başarı kavramının ne şekilde tanımlandığı ve hangi amaçların destek gördüğü, gençlerin yaptıkları gelecek planlarını etkilemektedir. En başta ailenin ve okulun, ardından çevrenin ve en genel anlamda toplumun gence yaptığı yönlendirme ve telkinler, onun yaşam beklentilerini doğrudan şekillendirmektedir. Anne-baba ve diğer aile üyeleri, adölesanın gelecek beklentilerini; model olma, doğrudan ondan beklenen görev ve başarıları isteme ve bu başarılar için kriterler oluşturma yoluyla etkilemektedir. Sonuç olarak yetişkinlerin yaşama yönelik değer ve algıları, genç bireyleri etkilemekte ve gençler amaçlarını belirlerken, çevresindeki yetişkinlerin değerlerini kendilerine rehber edinmektedirler (Yavuzer ve ark., 2005).

3. GEREÇ – YÖNTEM

3.1. Araştırma Grubu

Kesitsel tipteki bu araştırma Samsun ili İlkadım ilçesinde yapılmıştır. Araştırma evrenini, ilçe devlet okullarında öğrenim gören 12-18 yaş arası öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Samsun İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

Minimum örneklem sayısının belirlenmesinde NCSS&PASS programı kullanılmıştır (Hintze, 2014). İlkadım ilçesindeki devlet okullarında öğrenim gören 6-12. sınıflar arasındaki 31126 kişilik evrenden %95 güç ve %5 tip-1 hata ile KSE SRİ puanı yönünden beklenen ortalamanın 1,89, standart sapmanın 0,611 olduğu durumda 0,0945 birimlik farkın anlamlı olarak gösterilebilmesi için 534 kişi olarak hesaplanan minimum örneklem büyüklüğüne, %20'lik kayıp/hata payı eklenerek 640 kişiye ulaşılması amaçlanmıştır. Örneklem hesabı yapılırken Güven ve Güçray'ın (2009) çalışmasında elde edilen değerler kullanılmıştır. İlçede yer alan okullardan basit rastgele örneklem yöntemiyle iki ortaokul (Gazi Ortaokulu, 23 Nisan Ortaokulu) ve iki lise (Gazi Anadolu Lisesi, 19 Mayıs Lisesi) seçilmiştir. Ortaokullarda 6, 7 ve 8. sınıflardan ve liselerde 9, 10, 11 ve 12. sınıflardan kura yöntemiyle seçilen ikişer şubeye anket formu uygulanmıştır. Okullarda toplam 705 kişiye ulaşılmış, uygun cevaplama yapmayan 11 öğrenci ile yaşları 18'den büyük olan 6 öğrencinin anket formu geçersiz sayılarak 688 kişinin cevapları değerlendirilmeye alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verileri, 01.12.2014 – 01.02.2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından bilgilendirilen sorumlu rehberlik öğretmenlerinin gözetiminde, sınıflarda dağıtılan

- Sosyodemografik Veri Formu

- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

- Kısa Semptom Envanteri

- Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği anket formlarının cevaplanmasıyla elde edildi. Uygulama öncesinde anket formlarının içeriği ve nasıl doldurulacağıyla ilgili bilgi verildikten sonra sözlü onamları alınarak gönüllü olanların katılımı sağlandı.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, doğum yeri, devam ettiği okul, anne-babanın hayatta olup olmadığı ve eğitim durumları, sigara ve alkol kullanımı, düzenli olarak spor yapma, psikiyatrik yardım alma ve ilaç kullanma durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından 12 soruluk bilgi formu hazırlandı (EK-1). Haftada birden daha az alkol kullanan adölesanlar “seyrek alkol kullananlar”, haftada bir veya daha sık alkol kullananlar ise “sık alkol kullananlar” olarak gruplandırıldı.

3.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support); "Aile", "Arkadaş" ve "Özel bir insan" gibi üç kaynaktan sağlanan desteğin yeterliliğini, kişilerin öznel olarak değerlendirmelerini amaçlayan 12 maddelik kısa bir ölçektir. Ölçek bireyin sosyal desteği ile ilgili kaynağın yeterliliğini ölçen “Kesinlikle Hayır” (1) ile “ Kesinlikle Evet” (7) arasında değişen 7’li likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek algılanan sosyal desteğin kaynağını aile, arkadaşlar ve anlamlı diğerleri olmak üzere üç alt boyutta ölçebilmektedir (EK-2).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ni oluşturan üç alt boyutun kapsadığı envanter maddeleri aşağıda belirtilmiştir:

- 1) Aile alt boyutu 3, 4, 8 ve 11. maddeler
- 2) Arkadaş alt boyutu 6, 7, 9 ve 12. maddeler
- 3) Özel kişi alt boyutu 1, 2, 5 ve 10. maddeler (Zimet ve ark., 1988).

Ölçeğin Türkçe formu, orijinalinde olduğu gibi algılanmış sosyal desteğin kaynağını gösteren (arkadaş, aile ve özel bir insan) üç alt ölçekten ve 12 maddeden oluşmaktadır. Türkçeye ilk adaptasyonu Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği depresyon ve anksiyete ölçümleri ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir ve ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunsa da “özel bir insan” alt ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya çıkmıştır (Eker ve Arkar, 1995). Bu çalışmadaki üniversite öğrencileri örneklemini oluşturan öğrencilerin küçük bir kısmıyla yapılan kısa görüşmeler, “özel bir insan” (significant other) alt ölçeğindeki “özel bir insan” (special person) teriminin ülkemizde çok özel bir anlama sahip olduğunu ve öğrencilerin çoğunlukla erkek/kız arkadaşları olarak

anladıklarını göstermiştir. Kültürel olarak, bu terimin yaygın olarak uygulanabilir gözükmemesi ve yine bu çalışmada evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdiklerini, bu iki alt ölçekten hangisinin eşit içerdiğinin pek anlaşılır olmaması üzerine; aile ve özel bir insan alt ölçeklerini bir parça sınırlar içine almak ve böylece, kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde etmek için Eker ve ark. (2001) tarafından yeni bir geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır.

Yapılan yeni çalışmada veriler her birinde 50'şer denek bulunan; yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının oluşturduğu psikiyatri grubu, cerrahi müdahale yapılan hastaların oluşturduğu cerrahi grubu ve rastgele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu normal gruptan toplanmıştır. Bu çalışmada ülkemizde oldukça özel bir anlama sahip olan "özel bir insan" terimi çıkarılmıştır ve özel bir insan, ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor vb.) şeklinde dışlama yoluyla tanımlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği başka bir sosyal destek ölçeği, bir belirti tarama listesi, bir umutsuzluk ölçeği ve bir yalnızlık ölçeği ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Yapılan güvenirlik çalışmasında iç tutarlılığı ölçmek için kullanılan Cronbach alfa yöntemi sonucunda 0,80 ile 0,95 arasında değişen yüksek tutarlılık düzeyleri elde edilmiş ve alt ölçeklerin kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık gösterdiği saptanmıştır. Geçerlik açısından ise ölçeğin destek kaynaklarının yapısı, farklı kültürlerde bazı tanım farklılıkları olmakla birlikte genelde tutarlılık göstermiştir ve özellikle psikiyatri ve medikal örneklerde yapı geçerliği tatmin edici bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

Bu çalışmada, her bir alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanları elde edilmiş ve üç alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Ölçek puanının yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.2.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory), Derogatis tarafından, sağlıklı bireylerde olduğu gibi çeşitli ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkları olan hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı ruhsal belirtileri saptamak amacıyla geliştirilmiş 53 maddelik çok boyutlu bir belirti tarama ölçeğidir (EK-3). KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Belirti Tarama Listesi'nin kısaltılmış formudur. Tıpkı SCL-90'da olduğu gibi

dokuz alt ölçek ve üç global indeksten oluşmaktadır. KSE, maddeleri “hiç yok” ve “çok var” ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, “Somatizasyon”, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk”, “Kişilerarası Duyarlılık”, “Depresyon”, “Anksiyete”, “Hostilite”, “Fobik Anksiyete”, “Paranoid Düşünceler” ve “Psikotizm”dir. Global indeksler ise “Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi”, “Belirti Toplam İndeksi” ve “Semptom Rahatsızlık İndeksi” olarak adlandırılmaktadır (Derogatis, 1992).

KSE'nin Türkçe uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak tarafından gerçekleştirilmiştir. İlk çalışmada, üniversite öğrencilerinin stresle ilişkili ruhsal belirti düzeyleri incelenmiştir. İkinci çalışmada, ortaöğrenim düzeyinde öğrenim gören adölesanlar, üniversite öğrencileri ve bir grup yetişkinden oluşan bir örnekleme, kişilerarası etkileşim tarzı ve yalnızlık ilişkisi araştırılmıştır. Üçüncü çalışma ise, psikolojik danışma amaçlı başvuran öğrencilerin ruhsal sorunlarının belirlendiği bir araştırmadır. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” adı verilen beş faktör ile kullanılması önerilmiştir (Şahin ve Durak, 1994). Ergenler için hesaplanan güvenilirlik bulgularına göre alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının 0,70 (somatizasyon) ile 0,88 (depresyon) arasında değiştiği görülmektedir. Envanterin toplam puanı üzerinden bulunan iç tutarlılık katsayısı ise 0,94'tür. Sonuç olarak KSE'nin uyarlanmış Türkçe formunun, ergenlerin psikolojik sorunlarını geçerli ve güvenilir biçimde ölçtüğü belirlenmiştir (Şahin ve ark., 2002).

KSE alt ölçeklerindeki maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Anksiyete: 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddeler.
- Depresyon: 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddeler.
- Olumsuz Benlik: 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddeler.
- Somatizasyon: 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33 maddeler.
- Hostilite: 1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddeler.

Global rahatsızlık belirleyicisi üç ölçek ise, farklı puanlama yöntemleri olan ve puanlama türüne bağlı olarak “Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ) - (Global Severity Index)”, “Belirti Toplamı İndeksi (BTİ) - (Positive Symptom Total)”, ve “Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI) - (Positive Symptom Distress Index)” olarak isimlendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde

sayısına bölündüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. “Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi” stres düzeyini gösterir. Bu değer 0-4 arası değişmektedir. Alt ölçeklerin toplamının madde sayısı olan 53’e bölünmesi sonucu elde edilen puandır. “Belirti Toplamı İndeksi” 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki pozitif olan tüm değerlerin bir olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır. Bu puan 0-53 arası değişmektedir. “Semptom Rahatsızlık İndeksi” alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Kısa Semptom Envanteri’nde kullanılan terimler aşağıda açıklanmıştır:

- Depresyon: Keder, karamsarlık, mutsuzluk, uykusuzluk, yorgunluk, yalnızlık hissi, intihar düşünceleri, ilgi eksikliği ve kararsızlık gibi belirtileri içerir.
- Anksiyete: Korku, endişe, gerginlik, sinirlilik, titreme, paniğe kapılma, bulantı, sık idrara çıkma, nefes darlığı, çarpıntı, terleme gibi belirtileri vardır.
- Olumsuz Benlik: Bireyin, kendisini başkalarıyla kıyasladığında küçüklük hissiyatına kapılması sonucu oluşan; kendisini yetersiz, başarısız, değersiz görme ve suçluluk duyguları gibi belirtileri içerir.
- Somatizasyon: Herhangi bir organik hastalık sebebiyle olmayan, uzun süre devam edebilen birçok bedensel şikayetleri içerir. Bayılma, göğüs ve karın ağrıları, bulantı, nefes darlığı, vücutta uyuşma gibi belirtileri vardır.
- Hostilite: Çabuk öfkelenme, hoşgörüsüzlük, başkalarına güvensizlik, birilerini dövme, yaralama ve zarar verme isteği, eşyaları kırıp dökme isteği gibi belirtileri içerir (Düzgün, 2003).

3.2.4. Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği (EGBÖ)

Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği (Future Expectations Scale for Adolescents) adölesanların gelecekte beklediklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 25 maddelik likert tipi ölçektir (EK-4). Ölçeğin orijinali “İş ve Eğitim”, “Evlilik ve Aile”, “Din ve Toplum”, “Sağlık” ve “Çocuklarımla Geleceği” şeklinde 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekteki bütün maddeler “Yetişkin olduğumda“ ile başlamaktadır. Ölçek madde puanları “Kesinlikle İnanmıyorum” (1) ile “Kesinlikle İnanıyorum” (7) arasında değişmektedir (McWhirter ve McWhirter, 2008).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Tuncer tarafından yapılmıştır. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonuçlarına göre ölçeğin dört faktörlü yapısının uygun olduğuna karar verilmiştir. Buna göre “İş ve Eğitim” alt ölçeği 11 maddeden, “Evlilik ve Aile” alt ölçeği 7 maddeden, “Din ve Toplum” alt ölçeği 3 maddeden ve “Sağlık ve Yaşam” alt ölçeği 4 maddeden oluşmaktadır. Bu dört faktörlü yapının Cronbach alfa katsayısı 0,925 bulunmuştur (Tuncer, 2011a).

Her alt ölçekte saptanan toplam puan, o alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Ölçekteki tüm madde puanlarının toplanarak, toplam madde sayısına bölünmesiyle de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının artması, gelecek hakkında iyimser bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler kodlandıktan sonra SPSS (Version 15 for Windows, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programında bilgisayara aktarılmış ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, frekans veriler ise sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde tüm ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov-Smirnov Testi” ile değerlendirilmiştir. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırmasında “Pearson Ki-kare Testi” ve “Fisher’in Kesin Testi” kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında, normal dağılıma uymadığı için “Mann-Whitney U Testi” kullanılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkiye “Spearman Korelasyon Testi” ile bakılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Adölesanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 334'ü (%48,5) erkek, 354'ü (%51,5) kız olmak üzere toplam 688 adölesan katılmıştır. Erkek ve kızların yaş ortalamaları sırasıyla $14,9 \pm 1,9$, $14,8 \pm 1,9$ yıldır ve aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmaya katılan adölesanların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo I'de, öğrenim gördükleri okullara ve sınıflara göre dağılımı ise Tablo II'de sunulmuştur.

Tablo I. Araştırma Grubunun Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş (Yıl)	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
12	47	51,6	44	48,4	91	13,2
13	38	37,6	63	62,4	101	14,7
14	54	47,8	59	52,2	113	16,4
15	65	55,1	53	44,9	118	17,2
16	42	49,4	43	50,6	85	12,4
17	52	48,6	55	51,4	107	15,6
18	36	49,3	37	50,7	73	10,6
Toplam	334	48,5	354	51,5	688	100,0

* Satır yüzdesi

** Sütun yüzdesi

Tablo II. Araştırma Grubundaki Adölesanların Öğrenim Gördükleri Okullara ve Sınıflara Göre Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Gazi Anadolu		23 Nisan		19 Mayıs Lisesi		Toplam		
	Gazi Ortaokulu	Lisesi	Ortaokulu	19 Mayıs Lisesi	Erkek	Kız			
6. Sınıf	25	20	-	-	29	30	-	-	104
7. Sınıf	20	27	-	-	16	35	-	-	98
8. Sınıf	27	24	-	-	31	31	-	-	113
9. Sınıf	-	-	31	26	-	-	32	35	124
10. Sınıf	-	-	15	27	-	-	28	22	92
11. Sınıf	-	-	18	28	-	-	33	19	98
12. Sınıf	-	-	17	23	-	-	12	7	59
Toplam	72	71	81	104	76	96	105	83	688

Adölesanların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü il merkezi doğumlu olup, % 88'i en az bir kardeşe sahiptir. Araştırma grubundaki 661 (%96,1) kişide ebeveynlerin her ikisinin de sağ olduğu; 296 (%43,0) kişinin annesinin, 373 (%54,2) kişinin babasının lise ve üstünde eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo III).

Tablo III. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	334	48,5
Kız	354	51,5
Doğum Yeri		
Köy	26	3,8
Belde	5	0,7
İlçe merkezi	134	19,5
İl merkezi	508	73,8
Yabancı ülke	12	1,7
Belirtilmemiş	3	0,4
Anne-Babanın Yaşama Durumu		
İkisi de sağ	661	96,1
Anne sağ	17	2,5
Baba sağ	3	0,4
İkisi de sağ değil	7	1,0
Annenin Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	8	1,2
İlkokul	183	26,6
Ortaokul	189	27,5
Lise	207	30,1
Üniversite	89	12,9
Belirtilmemiş	12	1,7
Babanın Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	2	0,3
İlkokul	123	17,9
Ortaokul	168	24,4
Lise	233	33,9
Üniversite	140	20,3
Belirtilmemiş	22	3,2

4.2. Adölesanların Sağlıkla İlgili Davranış ve Alışkanlıkları

Araştırma grubundaki adölesanların 357'si (%51,9) düzenli olarak spor yaptığını belirtirken, 59'u (%8,6) sigara kullanmaktadır. Alkol kullanım sıklığı da sigara kullanım sıklığı ile aynı düzeydedir. Sürekli olarak ilaç kullanan 91 (%13,2) öğrencinin 16'sı (%2,3) psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Psikiyatrik ilaç kullanan adölesanlardan ilaç türünü belirten 5 (%0,7) kişi antidepresan, 4 (%0,6) kişi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 2 (%0,3) kişi anksiyolitik ve 1 (%0,1) kişi antipsikotik türde ilaç

kullanmaktadır. Adölesanların 129'u (%18,8) daha önce psikiyatrist veya psikologdan yardım aldığını belirtmiştir (Tablo IV).

Tablo IV. Adölesanlarda Bazı Sağlık Davranış ve Alışkanlıklarının Dağılımı

Sağlıkla İlgili Davranış ve Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara		
İçen	59	8,6
İçmeyen	629	91,4
Alkol		
Kullanan	59	8,6
Kullanmayan	629	91,4
Alkol Kullanma Sıklığı		
Haftada birden daha seyrek	42	6,1
Haftada bir veya daha sık	8	1,2
Belirtilmemiş	9	1,3
Düzenli Spor		
Yapan	357	51,9
Yapmayan	331	48,1
Sürekli İlaç		
Kullanan	91	13,2
Kullanmayan	597	86,8
Psikiyatrik İlaç Kullanan	16	2,3
Psikiyatrik Yardım Alan	129	18,8

Tablo V'te sunulduğu gibi hem sigara hem alkol kullanımının, yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır. Ortaokullarda sigara içen adölesan sayısı 7 (%2,2), liselerde ise 52 (%13,9) olarak bulunmuştur. Alkol kullananların sayısı ortaokullarda 2 (%0,6), liselerde 48 (%12,8)'dir. Ortaokullarda alkol kullanan 2 öğrenci, haftada birden daha seyrek kullanırken; liselerde alkol kullananların 40'ı (%10,7) haftada birden daha seyrek, 8'i (%2,1) haftada bir veya daha sık kullanmaktadır.

Tablo V. Adölesanların Yaşa ve Okul Düzeyine Göre Sigara ve Alkol Kullanım Sıklıkları

Yaş Grupları	Sigara İçenler		Seyrek Alkol Kullananlar		Sık Alkol Kullananlar	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
12 (n=91)	1	1,1	-	-	-	-
13 (n=101)	2	2,0	-	-	-	-
14 (n=113)	4	3,5	2	1,7	-	-
15 (n=118)	5	4,2	6	5,0	2	1,6
16 (n=85)	11	12,9	8	9,4	-	-
17 (n=107)	21	19,6	15	14,0	5	4,6
18 (n=73)	15	20,5	11	15,0	1	1,3
Okul Düzeyi						
Ortaokul (n=315)	7	2,2	2	0,6	-	-
Lise (n=373)	52	13,9	40	10,7	8	2,1

4.2.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Sağlıkla İlgili Davranışlar

Araştırma grubundaki erkeklerin 30'u (%9,0), kızların 29'u (%8,2) sigara kullandığını; erkeklerin 34'ü (%10,2), kızların 25'i (%7,1) alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo VI). Sigara ve alkol kullanımını yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha önce psikiyatrist veya psikologdan psikolojik yardım alma oranı kızlarda (%20,6) erkeklerden (%16,8) daha yüksek bulunmakla birlikte aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Ebeveynlerinden birini veya her ikisini kaybetmiş adölesanlarda sigara kullanım oranı (%18,5), ebeveynlerinin her ikisi de hayatta olanların kullanım oranından (%8,2) iki kat yüksek bulunmuştur. Alkol kullanma oranları da sigara ile benzerdir ve iki değişken için de gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Daha önce psikolojik yardım alma oranları ebeveyn kaybı yaşayan çocuklarda (%29,6), ebeveynleri hayatta olanlara kıyasla (%18,3) yüksek olmasına karşın istatistiksel bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Ancak anne eğitim durumu lise ve üzerinde olan adölesanlar, ortaokul ve altında olan adölesanlara göre istatistiksel olarak da

anlamli yu'kse'k oranda psikolojik yardım almışlardır ($\chi^2=4,20$; $p<0,05$). Babanın eğitim seviyesi lise ve üzerinde olan adölesanlar, ortaokul ve altında adölesanlara göre istatistiksel olarak anlamli bir şekilde daha fazla alkol kullanmaktadır ($\chi^2=3,89$; $p<0,05$). Ebeveyn eğitim düzeyinin diğ'er değişkenler üzerinde anlamli bir etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kardeşi olan ve olmayan adölesanlarda psikiyatrik yardım alma, sigara ve alkol kullanımını a'ısından anlamli fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo VI).

Tablo VI. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıkla İlgili Davranışlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sigara Kullanımı				Alkol Kullanımı				Psikiyatrik Yardım Alma			
	Var	Yok	χ^2	p	Var	Yok	χ^2	p	Var	Yok	χ^2	p
Cinsiyet												
Erkek	30 (%9,0)	304 (%91,0)	0,137	0,71	34 (%10,2)	300 (%89,8)	2,13	0,14	56 (%16,8)	278 (%83,2)	1,676	0,20
Kız	29 (%8,2)	325 (%91,8)			25 (%7,1)	329 (%92,9)			73 (%20,6)	281 (%79,4)		
Anne-Babanın Yaşama Durumu												
Bir veya ikisi sağ değil	5 (%18,5)	22 (%81,5)	3,544	0,07	5 (%18,5)	22 (%81,5)	3,544	0,07	8 (%29,6)	19 (%70,4)	2,18	0,14
İkisi de sağ	54 (%8,2)	607 (%91,8)			54 (%8,2)	607 (%91,8)			121 (%18,3)	540 (%81,7)		
Annenin Eğitim Düzeyi												
Ortaokul ve altı	29 (%7,6)	351 (%92,4)	1,309	0,25	27 (%7,1)	353 (%92,9)	2,40	0,12	60 (%15,8)	320 (%84,2)	4,20	0,04
Lise ve üstü	30 (%10,1)	266 (%89,9)			31 (%10,5)	265 (%89,5)			65 (%22,0)	231 (%78,0)		
Babanın Eğitim Düzeyi												
Ortaokul ve altı	22 (%7,5)	271 (%92,5)	0,737	0,39	18 (%6,1)	275 (%93,9)	3,899	0,04	45 (%15,4)	248 (%84,6)	3,06	0,08
Lise ve üstü	35 (%9,4)	338 (%90,6)			39 (%10,5)	334 (%89,5)			77 (%20,6)	296 (%79,4)		
Kardeş Varlığı												
Yok	8 (%9,8)	74 (%90,2)	0,165	0,68	7 (%8,5)	75 (%91,5)	<0,001	0,99	18 (%22,0)	64 (%78,0)	0,62	0,43
Var	51 (%8,4)	555 (%91,6)			52 (%8,6)	554 (%91,4)			111 (%18,3)	495 (%81,7)		

4.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Araştırma grubunun ÇBASDÖ ortalama puanı $61,8 \pm 17,7$ olup, erkek ve kızlar arasında toplam ölçek ve alt ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Her iki cinsiyette de en yüksek puanlar Aile alt ölçeğine aittir (Tablo VII).

Tablo VII. Araştırma Grubunun ÇBASDÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

ÇBASDÖ Alt Ölçekleri*	Toplam	Erkek	Kız	Z	p
Aile	$21,6 \pm 6,8$	$22,0 \pm 6,8$	$21,3 \pm 7,0$	-0,87	0,38
Arkadaş	$20,1 \pm 7,1$	$19,9 \pm 7,0$	$20,2 \pm 7,3$	-0,59	0,55
Özel Biri	$20,0 \pm 7,9$	$20,1 \pm 7,6$	$19,9 \pm 8,2$	-0,12	0,91
Toplam	$61,8 \pm 17,7$	$62,1 \pm 17,8$	$61,5 \pm 17,6$	-0,55	0,58

* ÇBASDÖ ölçeğini eksiksiz yanıtlayan 678 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

ÇBASDÖ'deki maddelerden en yüksek puanı hem erkek hem kızlarda "Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır" cümlesi almıştır. Madde ortalama puanı erkeklerde $6,1 \pm 1,5$; kızlarda $5,9 \pm 1,7$ ve tüm grupta $6,0 \pm 1,6$ olarak bulunmuştur. En düşük madde ortalaması ise hem erkeklerde hem kızlarda "İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim" cümlesine aittir. Bu maddenin ortalama puanı ise erkeklerde $4,7 \pm 2,1$; kızlarda $4,6 \pm 2,2$ ve tüm grupta $4,6 \pm 2,1$ olarak bulunmuştur.

4.3.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

ÇBASDÖ toplam puanı ve Özel Biri alt ölçeği puanı, anne eğitim düzeyi lise ve üstünde olan adölesanlarda, ortaokul ve altında olan adölesanlara göre daha yüksek bulunurken (sırasıyla $Z = -2,69$; $Z = -3,40$; $p < 0,01$); iki grup arasında Aile ve Arkadaş alt ölçekleri açısından anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Baba eğitim düzeyinin toplam ve alt ölçek puanları üzerine herhangi bir etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ölçek puanlarına anne ve babanın hayatta olma durumuna göre bakıldığında da ebeveynlerinden her ikisi hayatta olan adölesanlarla, birini veya her ikisini kaybetmiş adölesanlar arasında toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırma grubunda kardeşi olmayan adölesanların Aile alt ölçeği puanı, kardeşi olan adölesanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunurken ($Z = -2,52$; $p < 0,05$), diğer

alt ölçekler ve ÇBASDÖ toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo VIII). Kardeş sayısı ve ÇBASDÖ puanları arasındaki korelasyona bakıldığında hiçbir alt ölçek ve toplam puan açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo VIII. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	ÇBASDÖ Alt Ölçekleri			
	Aile	Arkadaş	Özel Biri	Toplam
Annenin Eğitim Düzeyi				
Ortaokul ve altı	21,4±6,6	19,9±7,1	19,1±8,2	60,5±17,5
Lise ve üstü	22,1±6,9	20,4±7,3	21,2±7,4	63,8±17,7
Z	-1,89	-1,21	-3,40	-2,69
p	0,06	0,23	0,001	0,007
Babanın Eğitim Düzeyi				
Ortaokul ve altı	22,1±6,4	19,9±6,9	19,4±8,0	61,4±16,7
Lise ve üstü	21,3±7,0	20,3±7,3	20,4±7,8	62,1±18,4
Z	-0,98	-0,90	-1,65	-0,97
p	0,33	0,37	0,10	0,33
Anne-Baba Varlığı				
İkisi de sağ	21,7±6,7	20,1±7,1	19,9±7,9	61,8±17,6
Biri veya ikisi sağ değil	20,8±7,9	20,2±8,0	20,8±7,8	62,0±21,4
Z	-0,07	-0,39	-0,69	-0,40
p	0,95	0,70	0,49	0,69
Kardeş Varlığı				
Var	21,4±6,8	20,0±7,2	19,8±8,0	61,3±17,8
Yok	23,3±6,0	20,6±6,9	21,2±7,2	65,2±16,8
Z	-2,52	-0,60	-1,36	-1,85
p	0,01	0,55	0,17	0,06

Adölesanların yaşı ile ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanı arasında düşük derecede ve negatif yönde korelasyon görülmüştür. Korelasyon katsayıları Aile alt ölçeği için $r = -0,27$ ($p < 0,001$), Arkadaş alt ölçeği için $r = -0,17$ ($p < 0,001$), Özel Biri alt ölçeği için $r = -0,15$ ($p < 0,001$) ve ÇBASDÖ toplam puanı için $r = -0,22$ ($p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

4.3.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi

Sigara kullanan adölesanlarda sigara kullanmayanlara göre Aile alt ölçeği ($Z = -4,44$; $p < 0,001$), Arkadaş alt ölçeği ($Z = -2,02$; $p < 0,05$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ($Z = -2,61$; $p < 0,01$) daha düşüktür. Özel Biri alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

Alkol kullanan adölesanlarda da alkol kullanmayanlara göre Aile alt ölçeği ($Z = -5,68$; $p < 0,001$), Arkadaş alt ölçeği ($Z = -2,25$; $p < 0,05$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ($Z = -3,49$; $p < 0,001$) daha düşük bulunmuştur. Özel Biri alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Düzenli olarak spor yaptığını belirten katılımcılarda Aile alt ölçeği ($Z = -2,03$; $p < 0,05$), Arkadaş alt ölçeği ($Z = -2,21$; $p < 0,05$), Özel Biri alt Ölçeği ($Z = -3,21$; $p < 0,01$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ($Z = -3,22$; $p < 0,01$) düzenli olarak spor yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Daha önce psikiyatrist veya psikologdan yardım alan adölesanlarda Aile alt ölçeği ($Z = -4,70$; $p < 0,001$), Arkadaş alt ölçeği ($Z = -4,78$; $p < 0,001$), Özel Biri alt ölçeği ($Z = -2,04$; $p < 0,05$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ($Z = -4,67$; $p < 0,001$) yardım almayanlara göre daha düşüktür.

Tablo IX'da sunulduğu gibi psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayan adölesanlar arasında ÇBASDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo IX. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Dağılımı

Sağlıkla İlgili Davranışlar		ÇBASDÖ Alt Ölçekleri			
		Aile	Arkadaş	Özel Biri	Toplam
Sigara Kullanımı	Var	17,9±7,2	18,3±7,4	19,9±7,7	56,3±17,5
	Yok	22,0±6,6	20,2±7,1	20,0±7,9	62,3±17,6
	Z	-4,44	-2,02	-0,13	-2,61
	p	<0,001	0,04	0,89	0,009
Alkol Kullanımı	Var	16,9±7,0	18,2±7,2	18,7±8,2	54,0±18,2
	Yok	22,1±6,6	20,3±7,1	20,1±7,9	62,5±17,5
	Z	-5,68	-2,25	-1,01	-3,49
	p	<0,001	0,02	0,31	<0,001
Düzenli Spor Yapma	Var	22,1±6,6	20,6±7,2	20,9±7,7	63,6±17,9
	Yok	21,2±6,9	19,6±7,1	19,0±8,1	59,9±17,3
	Z	-2,03	-2,21	-3,21	-3,22
	p	0,04	0,03	0,001	0,001
Psikiyatrik Yardım Alma	Var	19,3±7,0	17,1±7,6	18,6±8,0	55,1±18,1
	Yok	22,2±6,6	20,7±6,9	20,3±7,9	63,3±17,3
	Z	-4,70	-4,78	-2,04	-4,67
	p	<0,001	<0,001	0,04	<0,001
Psikiyatrik İlaç Kullanma	Var	20,1±8,1	16,7±8,0	19,0±8,4	55,9±18,2
	Yok	21,7±6,7	20,2±7,1	20,0±7,9	61,9±17,7
	Z	-0,38	-1,71	-0,59	-1,37
	p	0,70	0,09	0,56	0,17

4.3.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

ÇBASDÖ Aile, Arkadaş, Özel Biri alt ölçekleri ve toplam puanı ortaokul öğrencilerinde, lise öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $Z=-6,43$; $Z=-4,16$; $Z=-3,51$; $Z=-5,44$; $p<0,001$) (Tablo X).

Tablo X. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının Okul Düzeyine Göre Dağılımı

ÇBASDÖ Alt Ölçekleri	Okul Düzeyi		Z	p
	Ortaokul	Lise		
Aile	23,3±5,9	20,2±7,1	-6,43	<0,001
Arkadaş	21,1±7,1	19,2±7,1	-4,16	<0,001
Özel Biri	21,0±7,9	19,1±7,8	-3,51	<0,001
Toplam	65,6±16,9	58,5±17,7	-5,44	<0,001

4.4. Ruhsal Belirti Düzeyi

Araştırma grubunun KSE RCİ puanı $0,76±0,6$ bulunmuştur. SRİ dışındaki tüm KSE alt ölçek ve global indeks puanları, kızlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Anlamlılık değerleri Anksiyete için $p<0,001$ ($Z=-4,75$), Depresyon için $p<0,001$ ($Z=-7,21$), Olumsuz Benlik için $p<0,01$ ($Z=-2,91$), Somatizasyon için $p<0,001$ ($Z=-4,47$), Hostilite için $p<0,05$ ($Z=-2,23$), RCİ için $p<0,001$ ($Z=-4,77$) ve BTİ için $p<0,001$ ($Z=-5,21$) düzeyindedir. Erkeklerde en yüksek puan Hostilite alt ölçeğine aitken, kızlarda en yüksek puan Depresyon alt ölçeğine aittir (Tablo XI).

Tablo XI. Araştırma Grubunun KSE Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri*	Toplam	Erkek	Kız	Z	p
Anksiyete	0,73±0,7	0,59±0,5	0,87±0,7	-4,75	<0,001
Depresyon	0,88±0,8	0,63±0,6	1,10±0,9	-7,21	<0,001
Olumsuz Benlik	0,70±0,7	0,61±0,6	0,79±0,7	-2,91	0,004
Somatizasyon	0,53±0,6	0,41±0,5	0,64±0,6	-4,47	<0,001
Hostilite	1,01±0,8	0,93±0,7	1,08±0,8	-2,23	0,03
RCİ	0,76±0,6	0,62±0,5	0,89±0,7	-4,77	<0,001
BTİ	21,5±13,5	18,7±12,7	24,1±13,7	-5,21	<0,001
SRI	1,69±0,6	1,64±0,6	1,73±0,6	-1,60	0,11

* Kısa Semptom Envanteri'ni eksiksiz yanıtlayan 687 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

KSE kapsamındaki 53 maddeden hem erkeklerde hem kızlarda en düşük ortalamaya sahip olan madde “Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak” ifadesidir. Madde ortalama puanı erkeklerde 0,17±0,6; kızlarda 0,27±0,7 ve tüm adölesanlarda 0,22±0,6 olarak bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip olan madde ise yine erkeklerde ve kızlarda “Çok kolayca kızıp öfkelenme” ifadesidir. Madde ortalama puanı erkeklerde 1,51±1,4, kızlarda 1,72±1,4 ve tüm adölesanlarda 1,62±1,4 olarak bulunmuştur.

4.4.1. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Anne eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan adölesanlar ile lise ve üstü olan adölesanlar arasında SRI dışındaki KSE alt ölçek ve global indeks puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). SRI puanı anne eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,10$; $p<0,05$). Baba eğitim düzeyi ortaokul ve altında olan adölesanlar ile lise ve üstünde olan adölesanlar arasında KSE alt ölçek ve global indeks puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ebeveynlerinden her ikisi hayatta olan adölesanlar ile biri veya her ikisi hayatını kaybetmiş adölesanlar arasında KSE alt ölçek ve global indeks puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kardeşi olan adölesanlarda kardeşi olmayanlara göre Hostilite alt ölçeği ($Z=-3,38$; $p<0,01$) ile RCİ ve BTİ puanları (sırasıyla $Z=-2,07$; $Z=-2,35$; $p<0,05$) daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında diğer alt ölçekler ve SRİ puanı açısından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo XII). Ruhsal belirti düzeyi ile kardeş sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında KSE alt ölçek ve global indeksleri ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşı ile KSE alt ölçek ve global indeks puanlarının tümü arasında düşük derecede ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Korelasyon katsayıları Anksiyete alt ölçeği için $r = 0,15$ ($p<0,001$), Depresyon alt ölçeği için $r = 0,20$ ($p<0,001$), Olumsuz Benlik alt ölçeği için $r = 0,14$ ($p<0,001$), Somatizasyon alt ölçeği için $r = 0,11$ ($p<0,01$), Hostilite alt ölçeği için $r = 0,20$ ($p<0,001$), RCİ için $r = 0,19$ ($p<0,001$), BTİ için $r = 0,18$ ($p<0,001$) ve SRİ için $r = 0,11$ ($p<0,01$) olarak bulunmuştur.

Tablo XII. Araştırma Grubunda KSE Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri							
		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	RCİ	BTİ	SRI
Annenin Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve altı	0,73±0,7	0,87±0,8	0,69±0,7	0,54±0,6	1,00±0,7	0,76±0,6	21,9±13,3	1,65±0,6
	Lise ve üstü	0,74±0,7	0,90±0,8	0,73±0,7	0,53±0,6	1,03±0,8	0,78±0,7	21,2±13,9	1,75±0,6
	Z	-0,31	-0,17	-0,12	-0,84	-0,16	-0,002	-0,78	-2,10
	p	0,75	0,87	0,91	0,40	0,88	0,99	0,44	0,04
Babanın Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve altı	0,72±0,7	0,85±0,7	0,69±0,7	0,53±0,6	1,00±0,7	0,75±0,6	21,8±13,6	1,65±0,6
	Lise ve üstü	0,74±0,7	0,90±0,8	0,72±0,7	0,54±0,6	1,01±0,8	0,77±0,7	21,2±13,5	1,72±0,6
	Z	-0,23	-0,06	-0,08	-0,01	-0,19	-0,09	-0,49	-0,91
	p	0,82	0,95	0,94	0,99	0,85	0,93	0,62	0,36
Anne-Babanın Yaşama Durumu	İkisi de sağ	0,74±0,7	0,88±0,8	0,70±0,7	0,53±0,6	1,01±0,8	0,76±0,6	21,5±13,5	1,69±0,6
	Biri veya ikisi sağ değil	0,73±0,6	0,90±0,8	0,74±0,6	0,46±0,5	1,00±0,7	0,76±0,6	22,4±13,6	1,67±0,6
	Z	-0,01	-0,21	-0,56	-0,65	-0,18	-0,20	-0,40	-0,01
	p	0,99	0,84	0,57	0,52	0,86	0,84	0,69	0,99
Kardeş Varlığı	Var	0,74±0,7	0,88±0,8	0,71±0,7	0,52±0,6	1,03±0,7	0,77±0,6	21,9±13,2	1,68±0,6
	Yok	0,69±0,8	0,85±0,9	0,63±0,7	0,59±0,7	0,80±0,8	0,71±0,7	18,6±14,9	1,71±0,6
	Z	-1,88	-1,54	-1,94	-0,18	-3,38	-2,07	-2,35	-0,07
	p	0,06	0,12	0,05	0,86	0,001	0,04	0,02	0,95

4.4.2. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi

KSE kapsamında yer alan 5 alt ölçek ve 3 global indeks puanlarının tümü sigara kullanan adölesanlarda, sigara kullanmayan adölesanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Z değerleri Anksiyete için -5,20, Depresyon için -5,00, Olumsuz Benlik için -4,48, Somatizasyon için -5,07, Hostilite için -6,09, RCİ için -5,61, BTİ için -4,89 ve SRİ için -5,22 olarak bulunmuştur.

Benzer şekilde alkol kullanan adölesanlarda da alkol kullanmayanlara göre KSE alt ölçek ve global indeks puanları daha yüksektir. Anlamlılık düzeyleri Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve SRİ için $p<0,01$ (sırasıyla $Z=-2,86$; $Z=-3,25$; $Z=-3,24$) düzeyinde iken diğer alt ölçek ve global indeks puanları için $p<0,001$ düzeyindedir. Z değerleri Anksiyete için -3,68, Depresyon için -3,90, Hostilite için -4,28, RCİ için -4,04 ve BTİ için -3,65'tir.

Düzenli olarak spor yapan adölesanlarda, düzenli olarak spor yapmayan adölesanlara göre Anksiyete ($Z=-3,58$; $p<0,001$), Depresyon ($Z=-4,11$; $p<0,001$), Olumsuz Benlik ($Z=-2,81$; $p<0,01$), Somatizasyon ($Z=-2,76$; $p<0,01$) alt ölçek puanları ile RCİ ($Z=-3,27$; $p<0,01$) ve BTİ ($Z=-3,86$; $p<0,001$) puanları daha düşük bulunurken, Hostilite alt ölçeği ve SRİ puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Bir psikiyatrist veya psikologdan yardım aldığını belirten adölesanlarda KSE alt ölçek ve global indeks puanlarının tümü yardım almamış adölesanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Z değerleri Anksiyete için -8,51, Depresyon için -8,61, Olumsuz Benlik için -7,03, Somatizasyon için -8,26, Hostilite için -8,03, RCİ için -8,98, BTİ için -8,16 ve SRİ için -7,66 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcılarda da tüm KSE alt ölçek ve global indeks puanları, psikiyatrik ilaç kullanmayanlara göre daha yüksektir. Anlamlılık değerleri Olumsuz Benlik, RCİ ve SRİ puanları için $p<0,001$ (sırasıyla $Z=-3,76$; -3,68; -3,66) düzeyinde, diğer alt ölçekler ve BTİ puanı için $p<0,01$ düzeyinde görülmüştür. Z değerleri Anksiyete için -3,39, Depresyon için -3,22, Somatizasyon için -3,09, Hostilite için -3,03 ve BTİ için -2,84 olarak hesaplanmıştır (Tablo XIII).

Tablo XIII. Araştırma Grubunda KSE Puanlarının Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Dağılımı

Sağlıkla İlgili Davranışlar		KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri							
		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	RCİ	BTİ	SRI
Sigara Kullanımı	Var	1,19±0,7	1,43±1,0	1,10±0,8	0,92±0,7	1,65±0,8	1,24±0,7	29,9±12,2	2,10±0,6
	Yok	0,69±0,6	0,82±0,7	0,67±0,7	0,49±0,5	0,95±0,7	0,72±0,6	20,7±13,3	1,65±0,6
	Z	-5,20	-5,00	-4,48	-5,07	-6,09	-5,61	-4,89	-5,22
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Alkol Kullanımı	Var	1,06±0,8	1,30±1,0	0,94±0,8	0,83±0,8	1,48±0,9	1,10±0,7	27,7±13,0	1,92±0,6
	Yok	0,70±0,7	0,84±0,8	0,68±0,7	0,50±0,5	0,96±0,7	0,73±0,6	20,9±13,4	1,67±0,6
	Z	-3,68	-3,90	-2,86	-3,25	-4,28	-4,04	-3,65	-3,24
	p	<0,001	<0,001	0,004	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
Düzenli Spor Yapma	Var	0,65±0,6	0,74±0,7	0,65±0,7	0,47±0,5	0,98±0,7	0,69±0,6	19,6±13,3	1,69±0,6
	Yok	0,82±0,7	1,02±0,9	0,76±0,7	0,59±0,6	1,04±0,8	0,84±0,6	23,5±13,3	1,69±0,6
	Z	-3,58	-4,11	-2,81	-2,76	-1,04	-3,27	-3,86	-0,20
	p	<0,001	<0,001	0,005	0,006	0,30	0,001	<0,001	0,84
Psikiyatrik Yardım Alma	Var	1,27±0,8	1,49±1,0	1,16±0,9	0,99±0,8	1,55±0,8	1,28±0,8	30,6±12,8	2,10±0,7
	Yok	0,61±0,6	0,73±0,7	0,60±0,6	0,42±0,4	0,88±0,7	0,64±0,5	19,4±12,7	1,59±0,5
	Z	-8,51	-8,61	-7,03	-8,26	-8,03	-8,98	-8,16	-7,66
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Psikiyatrik İlaç Kullanma	Var	1,49±0,9	1,69±1,0	1,64±1,0	1,15±1,0	1,73±0,9	1,54±0,8	31,5±13,8	2,45±0,8
	Yok	0,72±0,7	0,86±0,8	0,68±0,7	0,52±0,5	0,99±0,7	0,74±0,6	21,3±13,4	1,67±0,6
	Z	-3,39	-3,22	-3,76	-3,09	-3,03	-3,68	-2,84	-3,66
	p	0,001	0,001	<0,001	0,002	0,002	<0,001	0,004	<0,001

4.4.3. Ruhsal Belirti Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Lisede öğrenim gören adölesanlarda KSE kapsamındaki Anksiyete ($Z=-2,33$; $p<0,05$), Depresyon ($Z=-3,48$; $p<0,01$) ve Hostilite ($Z=-4,16$; $p<0,001$) alt ölçek puanları ile RCI ($Z=-3,16$; $p<0,01$) ve BTİ ($Z=-3,20$; $p<0,01$) puanları, ortaokulda öğrenim gören adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ortaokul ve lise öğrencisi adölesanlar arasında Olumsuz Benlik ve Somatizasyon alt ölçekleri ile SRİ puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo XIV).

Tablo XIV. Araştırma Grubunda KSE Puanlarının Okul Düzeyine Göre Dağılımı

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri	Okul Düzeyi		Z	p
	Ortaokul	Lise		
Anksiyete	0,67±0,6	0,79±0,7	-2,33	0,02
Depresyon	0,75±0,7	0,98±0,8	-3,48	0,001
Olumsuz Benlik	0,64±0,6	0,76±0,7	-1,87	0,06
Somatizasyon	0,49±0,5	0,57±0,6	-1,90	0,06
Hostilite	0,87±0,7	1,12±0,8	-4,16	<0,001
RCİ	0,68±0,6	0,83±0,6	-3,16	0,002
BTİ	19,7±13,0	23,1±13,7	-3,20	0,001
SRİ	1,65±0,6	1,72±0,6	-1,63	0,10

4.5. Gelecek Beklentisi

Çalışmaya katılan adölesanların EGBÖ toplam puanı $5,23±1,3$ olarak hesaplanırken, erkeklerde Evlilik ve Aile alt ölçeği ($Z=-2,85$; $p<0,01$) ile Din ve Toplum alt ölçeği ($Z=-3,33$; $p<0,01$) daha yüksek bulunmuştur. Hem erkekler hem kızlar en yüksek puanı İş ve Eğitim alt ölçeğinden almışlardır (Tablo XV).

Tablo XV. Araştırma Grubunun EGBÖ Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

EGBÖ Alt Ölçekleri*	Toplam	Erkek	Kız	Z	p
İş ve Eğitim	5,56±1,5	5,53±1,5	5,59±1,5	-0,16	0,88
Evlilik ve Aile	4,84±1,8	4,99±1,8	4,69±1,8	-2,85	0,004
Din ve Toplum	4,80±1,8	5,03±1,8	4,59±1,8	-3,33	0,001
Sağlık ve Yaşam	5,31±1,6	5,29±1,6	5,33±1,6	-0,04	0,97
Toplam	5,23±1,3	5,28±1,3	5,18±1,2	-1,56	0,12

* Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği'ni eksiksiz yanıtlayan 680 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği'ndeki en yüksek ortalamaya sahip madde adölesanların genelinde ve kızlarda “Mutlu bir hayatım olacak” cümlesidir. Madde ortalaması katılımcıların genelinde 5,79±1,8; kızlarda 5,82±1,8 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ise en yüksek ortalamaya sahip madde “Spor yapacağım” cümlesidir. Maddenin ortalaması 5,80±1,8'dir. Ölçekteki en düşük ortalamaya sahip madde ise hem erkeklerde hem kızlarda “25 yaşından önce evli olacağım” cümlesidir. Madde ortalaması erkeklerde 3,36±2,3; kızlarda 2,73±2,1 ve çalışma grubunun genelinde 3,04±2,2 olarak bulunmuştur.

4.5.1. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Anne eğitim düzeyi ortaokul ve altında olan adölesanlarda EGBÖ kapsamında yer alan Din ve Toplum alt ölçeği, anne eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2,03$; $p<0,05$). İki grup arasında diğer EGBÖ alt ölçekleri ve toplam puan açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde baba eğitim düzeyi ortaokul ve altında olan adölesanlarda da Din ve Toplum alt ölçeği, baba eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($Z=-3,50$; $p<0,001$). Diğer alt ölçekler ve toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ebeveynlerinden her ikisi hayatta olan katılımcılar ile biri veya ikisi hayatını kaybetmiş katılımcılar arasında EGBÖ alt ölçek puanları ve toplam puan açısından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Kardeşi olmayan adölesanlarda İş ve Eğitim ($Z=-2,45$; $p<0,05$) ile Sağlık ve Yaşam ($Z=-2,20$; $p<0,05$) alt ölçekleri, kardeşi olan adölesanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında diğer alt ölçek ve toplam puan açısından fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo XVI). Katılımcıların sahip olduğu kardeş sayısı ile Din ve Toplum alt ölçeği arasında düşük derecede ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($r = 0,14$; $p<0,01$). Kardeş sayısı ile diğer alt ölçek ve toplam puan arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşı ile EGBÖ alt ölçeklerinin tümüyle ve toplam puan arasında düşük derecede ve negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Korelasyon katsayıları İş ve Eğitim alt ölçeği için $r = -0,27$ ($p<0,001$), Evlilik ve Aile alt ölçeği için $r = -0,08$ ($p<0,05$), Din ve Toplum alt ölçeği için $r = -0,19$ ($p<0,001$), Sağlık ve Yaşam alt ölçeği için $r = -0,30$ ($p<0,001$) ve EGBÖ toplam puanı için $r = -0,25$ ($p<0,001$) olarak bulunmuştur.

Tablo XVI. Araştırma Grubunda EGBÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		EGBÖ Alt Ölçekleri				
		İş ve Eğitim	Evlilik ve Aile	Din ve Toplum	Sağlık ve Yaşam	Toplam
Annenin Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve altı	5,52±1,5	4,84±1,8	4,95±1,7	5,37±1,5	5,24±1,3
	Lise ve üstü	5,64±1,5	4,85±1,8	4,61±1,9	5,26±1,7	5,23±1,3
	Z	-1,79	-0,11	-2,03	-0,40	-0,08
	p	0,07	0,91	0,04	0,69	0,94
Babanın Eğitim Düzeyi	Ortaokul ve altı	5,56±1,4	4,89±1,8	5,12±1,6	5,39±1,5	5,29±1,2
	Lise ve üstü	5,59±1,6	4,82±1,8	4,55±1,9	5,27±1,7	5,20±1,3
	Z	-1,22	-0,43	-3,50	-0,40	-0,37
	p	0,22	0,67	<0,001	0,69	0,71
Anne-Babanın Yaşama Durumu	İkisi de sağ	5,56±1,5	4,83±1,8	4,80±1,8	5,32±1,6	5,23±1,3
	Biri veya ikisi sağ değil	5,51±1,7	4,89±2,0	4,75±2,1	5,13±1,6	5,19±1,5
	Z	-0,22	-0,60	-0,10	-0,78	-0,09
	p	0,83	0,55	0,92	0,44	0,93
Kardeş Varlığı	Var	5,53±1,5	4,86±1,8	4,81±1,8	5,26±1,6	5,21±1,3
	Yok	5,78±1,6	4,66±2,0	4,73±1,9	5,67±1,5	5,32±1,3
	Z	-2,45	-0,48	-0,17	-2,20	-0,87
	p	0,01	0,63	0,87	0,03	0,39

4.5.2. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi

Sigara kullanmayan adölesanlarda tüm EGBÖ alt ölçek ve toplam puanları sigara kullanan adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Anlamlılık değerleri İş ve Eğitim, Evlilik ve Aile alt ölçekleri için $p<0,01$ (sırasıyla $Z=-3,32$ ve $-2,94$); Din ve Toplum, Sağlık ve Yaşam alt ölçekleri ile toplam puan için $p<0,001$ (sırasıyla $Z=-4,44$; $-4,30$ ve $-4,73$) düzeyindedir.

Alkol kullanmayan adölesanlarda ise Evlilik ve Aile ($Z=-3,50$; $p<0,001$), Din ve Toplum ($Z=-4,35$; $p<0,001$), Sağlık ve Yaşam ($Z=-3,12$; $p<0,01$) alt ölçekleri ile EGBÖ toplam puanı ($Z=-4,08$; $p<0,001$) alkol kullanan adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İş ve Eğitim alt ölçek puanı yönünden gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli olarak spor yaptığını belirten katılımcılarda İş ve Eğitim ($Z=-3,17$; $p<0,01$), Din ve Toplum ($Z=-3,21$; $p<0,01$), Sağlık ve Yaşam ($Z=-5,65$; $p<0,001$) alt ölçekleri ile EGBÖ toplam puanı ($Z=-3,05$; $p<0,01$) düzenli olarak spor yapmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Evlilik ve Aile alt ölçek puanı yönünden gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Psikiyatrist veya psikologdan yardım almamış adölesanlarda EGBÖ kapsamındaki tüm alt ölçek ve genel puanlar, psikiyatrist veya psikologdan yardım almış adölesanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Anlamlılık değerleri İş ve Eğitim alt ölçeği ile toplam puan için $p<0,001$ (sırasıyla $Z=-4,90$ ve $-4,68$); Evlilik ve Aile, Din ve Toplum alt ölçekleri için $p<0,01$ (sırasıyla $Z=-2,66$ ve $-3,16$); Sağlık ve Yaşam alt ölçeği için $p<0,05$ ($Z=-2,00$) düzeyindedir.

Psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayan adölesanlar arasında EGBÖ alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo XVII).

Tablo XVII. Araştırma Grubunda EGBÖ Puanlarının Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Dağılımı

Sağlıkla İlgili Davranışlar		EGBÖ Alt Ölçekleri				
		İş ve Eğitim	Evlilik ve Aile	Din ve Toplum	Sağlık ve Yaşam	Toplam
Sigara Kullanımı	Var	4,86±1,7	4,09±2,0	3,70±1,8	4,42±1,7	4,43±1,4
	Yok	5,63±1,5	4,91±1,8	4,90±1,8	5,39±1,6	5,30±1,3
	Z	-3,32	-2,94	-4,44	-4,30	-4,73
	p	0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001
Alkol Kullanımı	Var	5,13±1,7	4,00±1,9	3,68±2,0	4,66±1,7	4,56±1,3
	Yok	5,60±1,5	4,91±1,8	4,90±1,8	5,37±1,6	5,29±1,3
	Z	-1,90	-3,50	-4,35	-3,12	-4,08
	p	0,06	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
Düzenli Spor Yapma	Var	5,71±1,5	4,83±1,9	4,99±1,9	5,63±1,5	5,36±1,3
	Yok	5,41±1,5	4,85±1,7	4,59±1,8	4,96±1,6	5,08±1,3
	Z	-3,17	-0,19	-3,21	-5,65	-3,05
	p	0,002	0,85	0,001	<0,001	0,002
Psikiyatrik Yardım Alma	Var	4,89±1,7	4,34±2,0	4,28±2,0	4,98±1,8	4,68±1,5
	Yok	5,72±1,4	4,95±1,7	4,92±1,8	5,39±1,6	5,35±1,2
	Z	-4,90	-2,66	-3,16	-2,00	-4,68
	p	<0,001	0,008	0,002	0,04	<0,001
Psikiyatrik İlaç Kullanma	Var	5,05±1,9	4,70±2,2	5,41±1,7	5,18±1,4	5,02±1,4
	Yok	5,57±1,5	4,84±1,8	4,79±1,8	5,31±1,6	5,23±1,3
	Z	-0,78	-0,22	-1,33	-0,64	-0,53
	p	0,44	0,83	0,18	0,52	0,60

4.5.3. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Ortaokulda öğrenim gören adölesanlarda EGBÖ kapsamındaki İş ve Eğitim ($Z=-4,64$; $p<0,001$), Din ve Toplum ($Z=-4,93$; $p<0,001$), Sağlık ve Yaşam ($Z=-5,98$; $p<0,001$) alt ölçek puanları ile ölçek toplam puanı ($Z=-4,72$; $p<0,001$), lisede öğrenim gören adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Evlilik ve Aile alt ölçeği açısından ortaokulda ve lisede öğrenim gören adölesanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo XVIII).

Tablo XVIII. Araştırma Grubunda EGBÖ Puanlarının Okul Düzeyine Göre Dağılımı

EGBÖ Alt Ölçekleri	Okul Düzeyi		Z	p
	Ortaokul	Lise		
İş ve Eğitim	5,85±1,4	5,32±1,6	-4,64	<0,001
Evlilik ve Aile	4,87±1,9	4,81±1,7	-1,23	0,22
Din ve Toplum	5,19±1,7	4,47±1,9	-4,93	<0,001
Sağlık ve Yaşam	5,73±1,4	4,96±1,7	-5,98	<0,001
Toplam	5,47±1,2	5,02±1,3	-4,72	<0,001

4.6. Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi

ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE kapsamındaki RCİ ve BTİ puanları arasında orta derecede ve negatif yönde ilişki saptanmıştır. Korelasyon katsayıları sırasıyla $r = -0,47$ ($p<0,001$) ve $r = -0,45$ ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE kapsamındaki SRİ arasında ise düşük orta derecede ve negatif yönde korelasyon vardır ($r = -0,34$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik ve Hostilite alt ölçekleri arasında orta derecede; Somatizasyon alt ölçeği ile düşük orta derecede ve negatif yönde korelasyon vardır ($p<0,001$).

ÇBASDÖ toplam puanı ile EGBÖ toplam puanı arasında düşük orta derecede ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($r = 0,37$; $p<0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı ile EGBÖ kapsamındaki İş ve Eğitim, Sağlık ve Yaşam alt ölçek puanları arasındaki korelasyon düzeyi düşük orta derecede ve pozitif yönde iken; Evlilik ve Aile, Din ve

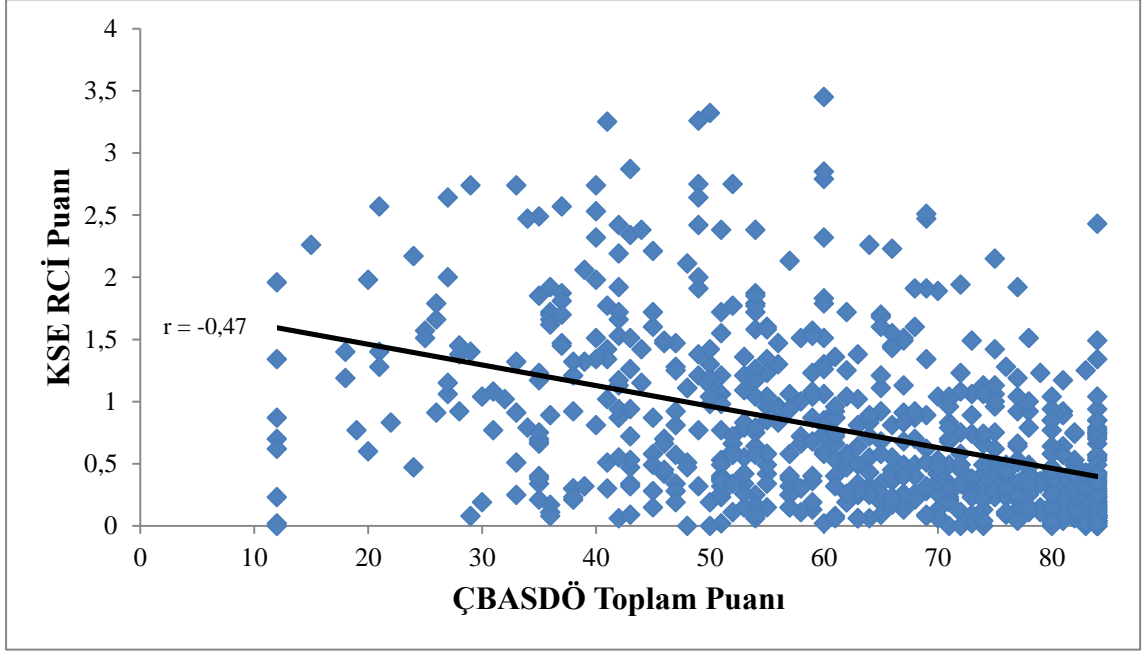
Toplum alt ölçek puanlarıyla olan korelasyon düzeyi düşük derecede ve pozitif yöndedir ($p<0,001$) (Tablo XIX).

ÇBASDÖ alt ölçek puanları ile KSE alt ölçek ve global indeks puanları arasında negatif yönde; ÇBASDÖ alt ölçek puanları ile EGBÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında pozitif yönde ve tümünde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır.

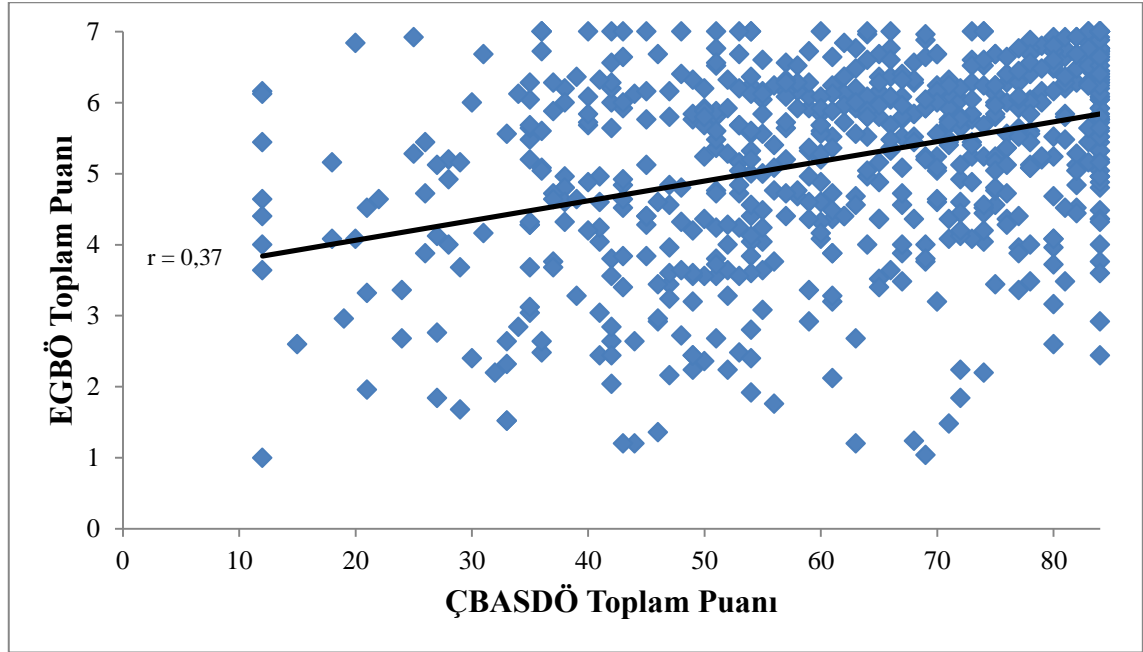
Tablo XIX. Araştırma Grubunda ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri		ÇBASDÖ Alt Ölçekleri							
		Aile		Arkadaş		Özel Biri		Toplam	
		r	p	r	p	r	p	r	p
	Anksiyete	-0,45	<0,001	-0,32	<0,001	-0,27	<0,001	-0,43	<0,001
	Depresyon	-0,48	<0,001	-0,34	<0,001	-0,29	<0,001	-0,46	<0,001
	Olumsuz Benlik	-0,43	<0,001	-0,34	<0,001	-0,27	<0,001	-0,43	<0,001
	Somatizasyon	-0,40	<0,001	-0,29	<0,001	-0,24	<0,001	-0,38	<0,001
	Hostilite	-0,48	<0,001	-0,32	<0,001	-0,23	<0,001	-0,42	<0,001
	RCİ	-0,50	<0,001	-0,36	<0,001	-0,29	<0,001	-0,47	<0,001
	BTİ	-0,49	<0,001	-0,34	<0,001	-0,29	<0,001	-0,45	<0,001
	SRI	-0,36	<0,001	-0,26	<0,001	-0,16	<0,001	-0,34	<0,001
EGBÖ Alt Ölçekleri									
	İş ve Eğitim	0,38	<0,001	0,33	<0,001	0,30	<0,001	0,40	<0,001
	Evlilik ve Aile	0,15	<0,001	0,17	<0,001	0,17	<0,001	0,20	<0,001
	Din ve Toplum	0,31	<0,001	0,18	<0,001	0,16	<0,001	0,26	<0,001
	Sağlık ve Yaşam	0,33	<0,001	0,28	<0,001	0,24	<0,001	0,33	<0,001
	Toplam	0,35	<0,001	0,30	<0,001	0,27	<0,001	0,37	<0,001

ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE RCİ puanları arasındaki korelasyonel ilişki Şekil 7’de, ÇBASDÖ toplam puanı ile EGBÖ toplam puanı arasındaki korelasyonel ilişki ise Şekil 8’de gösterilmiştir.



Şekil 7. ÇBASDÖ Toplam Puanlarının KSE RCİ Puanlarına Göre Dağılımı



Şekil 8. ÇBASDÖ Toplam Puanlarının EGBÖ Toplam Puanlarına Göre Dağılımı

4.6.1. Cinsiyet Gruplarında Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi

Erkeklerde ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE global indekslerinden RCİ ve BTİ puanları arasında orta derecede ve negatif yönde, ÇBASDÖ toplam puanı ile SRİ puanı arasında düşük derecede ve negatif yönde korelasyon bulunmuştur. Kızlarda ise ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE kapsamındaki üç global indeks puanı arasında orta derecede ve negatif yönde korelasyon vardır. Korelasyon katsayıları erkeklerde RCİ ve BTİ için $r = -0,47$ ($p < 0,001$), SRİ için $r = -0,25$ ($p < 0,001$) olarak bulunurken kızlarda RCİ için $r = -0,48$ ($p < 0,001$), BTİ için $r = -0,44$ ($p < 0,001$) ve SRİ için $r = -0,42$ ($p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

Erkeklerde ve kızlarda ÇBASDÖ toplam puanı ile EGBÖ toplam puanı arasında düşük orta derecede ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Korelasyon katsayısı erkeklerde $r = 0,40$ ($p < 0,001$), kızlarda ise $r = 0,33$ ($p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

Hem erkeklerde hem kızlarda ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarıyla, KSE alt ölçek ve global indeksleri arasında negatif yönde ilişki saptanırken; ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarıyla, EGBÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Erkekler için korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri Tablo XX'de, kızlar içinse Tablo XXI'de verilmiştir.

Tablo XX. Araştırma Grubundaki Erkeklerde ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri	ÇBASDÖ Alt Ölçekleri							
	Aile		Arkadaş		Özel Biri		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Anksiyete	-0,42	<0,001	-0,36	<0,001	-0,27	<0,001	-0,41	<0,001
Depresyon	-0,45	<0,001	-0,43	<0,001	-0,31	<0,001	-0,46	<0,001
Olumsuz Benlik	-0,41	<0,001	-0,36	<0,001	-0,30	<0,001	-0,42	<0,001
Somatizasyon	-0,42	<0,001	-0,31	<0,001	-0,28	<0,001	-0,38	<0,001
Hostilite	-0,43	<0,001	-0,33	<0,001	-0,22	<0,001	-0,37	<0,001
RCİ	-0,49	<0,001	-0,41	<0,001	-0,31	<0,001	-0,47	<0,001
BTİ	-0,48	<0,001	-0,41	<0,001	-0,34	<0,001	-0,47	<0,001
SRI	-0,29	<0,001	-0,22	<0,001	-0,09	0,09	-0,25	<0,001
EGBÖ Alt Ölçekleri								
İş ve Eğitim	0,39	<0,001	0,39	<0,001	0,32	<0,001	0,42	<0,001
Evlilik ve Aile	0,24	<0,001	0,22	<0,001	0,25	<0,001	0,27	<0,001
Din ve Toplum	0,34	<0,001	0,25	<0,001	0,24	<0,001	0,31	<0,001
Sağlık ve Yaşam	0,34	<0,001	0,29	<0,001	0,29	<0,001	0,34	<0,001
Toplam	0,40	<0,001	0,35	<0,001	0,31	<0,001	0,40	<0,001

Tablo XXI. Araştırma Grubundaki Kızlarda ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri		ÇBASDÖ Alt Ölçekleri							
		Aile		Arkadaş		Özel Biri		Toplam	
		r	p	r	p	r	p	r	p
	Anksiyete	-0,46	<0,001	-0,31	<0,001	-0,27	<0,001	-0,45	<0,001
	Depresyon	-0,53	<0,001	-0,31	<0,001	-0,29	<0,001	-0,48	<0,001
	Olumsuz Benlik	-0,44	<0,001	-0,33	<0,001	-0,25	<0,001	-0,44	<0,001
	Somatizasyon	-0,39	<0,001	-0,29	<0,001	-0,21	<0,001	-0,39	<0,001
	Hostilite	-0,52	<0,001	-0,32	<0,001	-0,25	<0,001	-0,46	<0,001
	RCİ	-0,51	<0,001	-0,34	<0,001	-0,28	<0,001	-0,48	<0,001
	BTİ	-0,49	<0,001	-0,29	<0,001	-0,26	<0,001	-0,44	<0,001
	SRI	-0,42	<0,001	-0,31	<0,001	-0,23	<0,001	-0,42	<0,001
EGBÖ Alt Ölçekleri									
	İş ve Eğitim	0,38	<0,001	0,27	<0,001	0,28	<0,001	0,37	<0,001
	Evlilik ve Aile	0,07	0,23	0,13	0,02	0,10	0,07	0,12	0,02
	Din ve Toplum	0,27	<0,001	0,11	0,04	0,10	0,06	0,21	<0,001
	Sağlık ve Yaşam	0,32	<0,001	0,26	<0,001	0,20	<0,001	0,32	<0,001
	Toplam	0,31	<0,001	0,26	<0,001	0,22	<0,001	0,33	<0,001

4.6.2. Ortaokul ve Liselerde Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi

Ortaokulda ve lisede öğrenim gören adölesanlarda ÇBASDÖ toplam puanı ile KSE kapsamındaki RCİ ve BTİ puanları arasında orta derecede ve negatif yönde korelasyon görülmüştür. Ortaokulda öğrenim gören adölesanlarda ÇBASDÖ toplam puanı ile SRİ arasındaki korelasyon düşük derecede ve negatif yönde iken bu düzey lisede öğrenim gören adölesanlarda düşük orta derecede ve negatif yöndedir. Korelasyon katsayıları ortaokul öğrencilerinde RCİ için $r = -0,46$ ($p < 0,001$), BTİ için $r = -0,44$ ($p < 0,001$), SRİ için $r = -0,28$ ($p < 0,001$); lise öğrencilerinde ise RCİ için $r = -0,47$ ($p < 0,001$), BTİ için $r = -0,44$ ($p < 0,001$) ve SRİ için $r = -0,38$ ($p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

Ortaokul ve lise öğrencilerinde ÇBASDÖ toplam puanı ile EGBÖ toplam puanı arasında düşük orta derecede ve pozitif yönde korelasyon görülmüştür. Her iki okul düzeyinde de korelasyon katsayısı $r = 0,34$ ($p < 0,001$) olarak hesaplanmıştır.

Hem ortaokul hem lise düzeyindeki adölesanlarda ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarıyla, KSE alt ölçek ve global indeks puanları arasında negatif yönde; ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarıyla, EGBÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında pozitif yönde korelasyon görülmüştür. Ortaokulda öğrencileri için korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri Tablo XXII'de, lise öğrencileri için Tablo XXIII'te sunulmuştur.

Tablo XXII. Araştırma Grubundaki Ortaokul Öğrencilerinde ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri		ÇBASDÖ Alt Ölçekleri							
		Aile		Arkadaş		Özel Biri		Toplam	
		r	p	r	p	r	p	r	p
	Anksiyete	-0,45	<0,001	-0,32	<0,001	-0,26	<0,001	-0,40	<0,001
	Depresyon	-0,51	<0,001	-0,35	<0,001	-0,29	<0,001	-0,45	<0,001
	Olumsuz Benlik	-0,45	<0,001	-0,36	<0,001	-0,26	<0,001	-0,42	<0,001
	Somatizasyon	-0,40	<0,001	-0,24	<0,001	-0,25	<0,001	-0,34	<0,001
	Hostilite	-0,49	<0,001	-0,34	<0,001	-0,30	<0,001	-0,44	<0,001
	RCİ	-0,51	<0,001	-0,37	<0,001	-0,30	<0,001	-0,46	<0,001
	BTİ	-0,52	<0,001	-0,33	<0,001	-0,31	<0,001	-0,44	<0,001
	SRI	-0,29	<0,001	-0,25	<0,001	-0,13	0,03	-0,28	<0,001
EGBÖ Alt Ölçekleri									
	İş ve Eğitim	0,39	<0,001	0,36	<0,001	0,31	<0,001	0,40	<0,001
	Evlilik ve Aile	0,17	0,003	0,13	0,03	0,14	0,01	0,17	0,002
	Din ve Toplum	0,36	<0,001	0,22	<0,001	0,20	<0,001	0,30	<0,001
	Sağlık ve Yaşam	0,31	<0,001	0,26	<0,001	0,25	<0,001	0,31	<0,001
	Toplam	0,34	<0,001	0,28	<0,001	0,26	<0,001	0,34	<0,001

Tablo XXIII. Araştırma Grubundaki Lise Öğrencilerinde ÇBASDÖ Puanlarının KSE ve EGBÖ Puanları ile İlişkisi

KSE Alt Ölçek ve Global İndeksleri		ÇBASDÖ Alt Ölçekleri							
		Aile		Arkadaş		Özel Biri		Toplam	
		r	p	r	p	r	p	r	p
	Anksiyete	-0,43	<0,001	-0,32	<0,001	-0,27	<0,001	-0,43	<0,001
	Depresyon	-0,43	<0,001	-0,32	<0,001	-0,28	<0,001	-0,44	<0,001
	Olumsuz Benlik	-0,41	<0,001	-0,33	<0,001	-0,27	<0,001	-0,43	<0,001
	Somatizasyon	-0,39	<0,001	-0,34	<0,001	-0,24	<0,001	-0,41	<0,001
	Hostilite	-0,43	<0,001	-0,28	<0,001	-0,17	0,001	-0,37	<0,001
	RCİ	-0,47	<0,001	-0,35	<0,001	-0,27	<0,001	-0,47	<0,001
	BTİ	-0,43	<0,001	-0,34	<0,001	-0,28	<0,001	-0,44	<0,001
	SRİ	-0,41	<0,001	-0,27	<0,001	-0,19	<0,001	-0,38	<0,001
EGBÖ Alt Ölçekleri									
	İş ve Eğitim	0,34	<0,001	0,27	<0,001	0,26	<0,001	0,35	<0,001
	Evlilik ve Aile	0,13	0,01	0,20	<0,001	0,18	0,001	0,21	<0,001
	Din ve Toplum	0,19	<0,001	0,10	0,06	0,08	0,11	0,16	0,002
	Sağlık ve Yaşam	0,27	<0,001	0,24	<0,001	0,21	<0,001	0,29	<0,001
	Toplam	0,31	<0,001	0,29	<0,001	0,24	<0,001	0,34	<0,001

5. TARTIŞMA

5.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyi

Araştırma grubundaki adölesanların ÇBASDÖ toplam puanı $61,8 \pm 17,7$ bulunurken, bununla ilgili literatürde birbirinden farklı sonuçlar yer almaktadır. ÇBASDÖ toplam puanını, Aydoğdu ve Çam (2013) İzmir'deki 14-18 yaş arası adölesanlarda $71,0 \pm 15,0$; Ak (2014) İstanbul'daki mesleki ve teknik lise öğrencilerinde $58,9 \pm 16,3$; Balyılmaz ve ark. (2011) 14,4 yaş ortalamasına sahip 10-21 yaş arasındaki tip-1 diyabetli adölesanlarda $71,5 \pm 1,6$; Edwards (2004) 11-18 yaş aralığındaki Meksika kökenli Amerikalı öğrencilerde $66,9$; Ramaswamy ve ark. (2009) 11-15 yaş arasındaki Arap kökenli Amerikalı adölesanlarda $69,7$ olarak bulmuştur. Bahsedilen çalışmalarda ÇBASDÖ puan ortalamalarının geniş bir aralıkta olması, algılanan sosyal destek düzeyinin yaş, sosyoekonomik düzey, aile yapısı gibi faktörlerden etkilenmesiyle ilgili olabilir. Bu beş araştırmanın dördünde, bu çalışmaya benzer şekilde en yüksek puana sahip alt ölçek, Aile alt ölçeğidir. Edwards'ın (2004) yaptığı çalışmada ise adölesanlar en çok özel birinden destek aldığını belirtmişlerdir. Ergenlik dönemi, aile ile yaşanan sorunların ve çatışmaların arttığı bir süreç olmasına karşın, ailenin halen adölesanın en önemli sosyal destek kaynağı olduğu görülmektedir.

5.1.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki erkek ve kızlar arasında toplam ölçek ve alt ölçek puanları arasında fark olmaması çeşitli yaş gruplarındaki adölesanlar ile yapılan çalışmalarla uyumludur (Balyılmaz ve ark., 2011; Chou, 2000; Dizer, 2008; Edwards, 2004; Santos ve ark., 2007). Bu bulgu, algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre farklılık içermediğini ve her iki cinsten de tüm alt boyutlarıyla benzer bir algı oluşturduğunu göstermektedir.

Annesi lise ve üstünde eğitim düzeyine sahip adölesanların toplam ve özel biri alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Balyılmaz ve ark.'nın (2011) tip-1 diyabetli adölesanlar ile yürüttüğü çalışmada annesi yükseköğretim mezunu olan adölesanların sosyal destek puanları, annesi okuryazar olmayan adölesanlara göre yüksek bulunmuştur. Avustralya'da yapılan bir çalışmada travma sebebiyle hastaneye başvuran 7-17 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlarda ise ebeveyn eğitim düzeyinin, algılanan sosyal destek üzerine etkisi bulunmamıştır (Ellis ve ark., 2009). Güzel'in (2005)

çalışmasındaki psikiyatrik yardım alan ergenlerin anne eğitim düzeyleri bu çalışmaya benzer şekilde sınıflandırıldığında, ortaokul ve altı eğitim düzeyi ile lise ve üstü eğitim düzeyindeki grupların ölçek puanlarının yakın olduğu görülmektedir (sırasıyla 50,7 ve 49,0). Şencan (2009) ise annesi lise mezunu olan lise öğrencilerinde, annesi ilkokul altındaki eğitim düzeyindekilere göre; babası üniversite mezunu olan lise öğrencilerinde, babası ilkokul mezunu olanlara göre aileden aldıkları sosyal desteğin daha fazla olduğunu bulmuştur. Bu çalışmalarda elde edilen farklı sonuçlar, anne-babanın eğitim düzeyinin farklı şekillerde sınıflandırılması, çocukların hastalık ya da travma nedeniyle yaşadıkları olumsuzlukların algıda değişikliğe yol açması gibi nedenlere bağlanabilir. Yalçın (2015), ülkemizde yapılmış birçok çalışmada iyilik hali ile algılanan sosyal desteğin pozitif bir korelasyon gösterirken, depresyon ve yalnızlığın negatif korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle yukarıda belirtilen çalışmalarda, anne ya da babanın eğitim düzeyine göre farklı sonuçlar bulunmasında çocuğa ait psikopatolojilerin karıştırıcı faktör olarak rol oynadığı düşünülmektedir.

Ebeveyn kaybı yaşamış adölesanlar ile anne ve babası sağ olan adölesanlar arasında ölçek puanları açısından fark yoktur. İki grup arasındaki ölçek puanları arasında istatistiksel fark olmasa da sadece Aile alt ölçeği puanı, ebeveyn kaybı yaşamış olan adölesanlarda daha düşük bulunmuştur. Bu da ebeveyn kaybı yaşayan adölesanların sosyal destek almada, aile dışındaki kaynaklara biraz daha fazla yöneldiğini göstermektedir. Benzer şekilde Güzel'in (2005) araştırmasında da anne ve babası sağ olan ve olmayan adölesanlar arasında toplam ve alt ölçek puanları açısından fark görülmemiştir. Bu durum adölesanın sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin ve özellikle arkadaş veya diğer kaynakların yeterli desteği sağlayabildiğini gösterebilmekle beraber her iki çalışmada da ebeveyn kaybı yaşamış gruptakilerin az sayıda olması sağlıklı bir istatistiksel değerlendirmenin önüne geçmiş olabilir.

Çalışmadaki ilginç bulgulardan biri de kardeşi olmayan adölesanlarda Aile alt ölçeği puanının daha yüksek olmasıdır. Şencan (2009) aileden algılanan sosyal desteği kardeş sayısına göre incelemiş, bir kardeşi olanlarda üç ve daha fazla kardeşi olanlara göre aileden algılanan sosyal destek daha yüksek bulunmuştur ancak tek çocuk olanlarda ölçek puanı aritmetik ortalaması istatistiksel fark olmasa da bu çalışmanın aksine bir ve iki kardeşi olan gruba göre düşük çıkmıştır. Güzel'in (2005) çalışmasında kardeş varlığına göre ölçek puanları arasında fark görülmemiştir ancak kardeşi olan ve

olmayan adölesanlar arasında alt ölçek puanları içinde en yüksek ortalama farkı Aile alt ölçeğinde saptanmıştır ve ölçek puanı, kardeşi olmayan grupta bu çalışmaya benzer şekilde daha yüksektir. Ateş'in (2011) çalışmasında yer alan adölesanlarda, aileden algılanan sosyal destek puanı en yüksek düzeyde kardeşi olmayanlarda saptanmış ve kardeş sayısı arttıkça aileden algılanan sosyal destek puanının düştüğü görülmüştür. Bunun sebebi ailedeki çocuk sayısı arttıkça ebeveynlerin her bir çocuğa ayırdığı vaktin azalmasıyla ilgili olabilir. Diğer olası bir neden de ailede tek çocuk olan adölesanların, kendilerini daha özel bir konumda hissetmeleri ve bununla beraber sosyal destek algısındaki artıştır.

5.1.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi

Sosyal destek düzeyi düşük olan adölesanların daha fazla sigara ve alkol kullanması daha önce yapılmış çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Aydoğdu ve Çam (2013) madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde Arkadaş alt ölçeği dışındaki alt ölçekleri ve toplam puanı daha düşük bulmuştur. Balyılmaz ve ark. (2011) çalışmasında ise sigara içen ve içmeyen adölesanlar arasında ÇBASDÖ toplam puanı açısından istatistiksel fark olmamasına karşın, sigara içenlerde algılanan sosyal destek puan ortalaması daha düşüktür. Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, Siyez ve Aysan (2007) algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça içinde sigara ve alkol kullanımının da yer aldığı riskli davranışların azaldığını; Özer ve ark. (2011) ise aile ve öğretmenden algılanan sosyal desteğin alkol ve sigara kullanımını azalttığını saptamıştır. Yakın çevreden alınan sosyal destek azaldıkça, adölesanların sorunlarıyla baş etmek amacıyla alkol ve sigara gibi olumsuz sağlık davranışlarına daha fazla yöneldiği görülmektedir.

ÇBASDÖ kapsamındaki tüm puanlar, düzenli olarak spor yapan adölesanlarda daha yüksek bulunmuştur. Hünük ve ark. (2013) ortaokul öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerin anne ve babalarından algıladıkları sosyal desteği, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilere göre daha düşük bulmuştur. Yurtdışında yapılmış çeşitli çalışmalarda yakın çevreden alınan sosyal destek ile fiziksel aktivite arasında pozitif ilişki bulunduğu gösterilmiştir (Beets ve ark., 2006; Cheng ve ark., 2013; Duncan ve ark., 2005). Bu bulgu da, düzenli sporun ruh

sağlığı üzerindeki olumlu katkısı nedeniyle, adölesanın kendisine sağlanan sosyal desteği daha olumlu yönde algılamasını sağladığını düşündürmektedir.

Daha önce psikiyatrik yardım almış adölesanlarda tüm alt ölçekler ve toplam puan daha düşük bulunmuştur. Algılanan sosyal destek ile bir uzmandan psikiyatrik yardım alma ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışma olmasa da bu durum yetersiz sosyal desteğin, üstesinden gelinemeyen ruhsal sorunları da beraberinde getirmesi ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada saptanan, algılanan sosyal destek düzeyi ile ruhsal belirtiler arasındaki negatif korelasyonel ilişki ve ruhsal belirti puanı yüksek olanların daha çok psikiyatrik yardım alması da bu görüşü destekler niteliktedir. Psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayan adölesanlarda ölçek puanları yönünden istatistiksel fark olmasa da ilaç kullanan grupta bütün puanlar daha düşüktür.

5.1.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Adölesanlarda yaş ile ölçek puanları arasındaki negatif korelasyona paralel olarak ortaokul öğrencilerinde ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur, bir başka ifadeyle yaş arttıkça adölesanların algıladığı sosyal destek düzeyi düşmektedir. Bu bulgu benzer yaş grubundaki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Çakır ve Palabıyıköğlü (1997) 15-17 yaş grubunda, 12-14 yaş grubuna göre ölçek toplam puanını daha düşük bulmuştur. Güzel'in (2005) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 14 yaşından 19 yaşına doğru toplam ölçek puanının düştüğü görülmüştür. Ellis ve ark. (2009) 7-17 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlarda yaş ile sosyal destek düzeyi arasında negatif korelasyon bulmuştur. Cheng ve Chan (2004) ise Hong Kong'daki liseli adölesanlarda yaş arttıkça aileden algılanan sosyal desteğin azaldığını saptamıştır. Dizer'in (2008) 15-18 yaş arasındaki öğrenciler ile yaptığı çalışmada, yaşın sosyal destek düzeyine herhangi bir etkisi görülmemiştir, ancak mevcut çalışmanın Dizer'in çalışmasına göre daha geniş bir yaş aralığında gerçekleştirildiği göz önüne alınmalıdır. Derman'ın (2008) belirttiği gibi orta adölesan döneme denk gelen lise yıllarında, adölesanların ebeveynlerden ayrışmalarına, bağımsız bir birey olmaya çalışmalarına ve kendilerini arkadaşlarının bakış açısıyla değerlendirmelerine bağlı olarak aile ve yakın çevreyle anlaşmazlıklar yaşanabilir ve bu algılanan sosyal destek düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir.

5.2. Ruhsal Belirti Düzeyi

Araştırma grubundaki adölesanlarda, KSE'nin toplam puanını temsil eden RCİ puanı $0,76\pm0,6$ bulunmuştur. Bu değer benzer koşullarda yaşayan ve bu araştırmaya yakın yaş grubundaki adölesanlar ile yapılan çalışmaların sonuçlarıyla büyük oranda paralellik göstermektedir. RCİ puanı, Şahin ve ark.'nın (2002) Ankara'daki 15,2 yıl ortalamasına sahip 13-17 yaş arasındaki öğrenciler ile yaptığı çalışmada $0,75\pm0,5$; Yen ve ark.'nın (2008) Tayvan'daki 15,4 yaş ortalamasına sahip 11-21 yaş arasındaki öğrenciler ile yaptığı çalışmada internet bağımlısı olan gruba kontrol olarak seçilen ve internet bağımlılığı olmayan grupta $0,71\pm0,6$; Ceral ve Dağ'ın (2005) KKTC'deki yaş ortalaması 15,8 yıl olan lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise 0,71 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmadan daha yüksek puanların elde edildiği bir çalışmada Al-Krenawi ve ark. (2009) RCİ puanını, çatışma bölgesinde yaşayan ve yaşları 14 ile 18 arasında değişen İsraili öğrencilerde $0,99\pm0,6$, aynı yaş grubundaki Filistinli öğrencilerde $1,32\pm0,6$ düzeyinde bulmuştur. Al-Krenawi ve ark.'nın (2009) çalışması çatışma ortamında yaşayan ve travma öyküsü bulunan adölesanları içerdiği için ruhsal belirti düzeylerinin daha yüksek puanlara ulaştığı görülmektedir. Bu çalışmada elde edilen Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi 1 puanın altında kaldığından, çalışma grubunda yer alan adölesanların stres düzeyinin oldukça düşük olduğu yargısına varılmıştır.

Araştırma grubunda en yüksek puan Hostilite, en düşük puan ise Somatizasyon alt ölçeğinden elde edilmiştir. Güven ve Güçray (2009) lise öğrencilerinde; Şahin ve ark. (2007) ise 12-16 yaş arasındaki deprem travması yaşamış adölesanlarda, başlangıçta ve 3 ay sonraki değerlendirmelerde bu çalışmaya benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Şahin ve ark.'nın (2002) çalışmasında ise en düşük puan yine Somatizasyon alt ölçeğindedir ancak en yüksek puan, bu çalışmada ikinci sırada yer alan Depresyon alt ölçeğinde görülmüştür. Bu veriler ışığında ülkemizdeki adölesanlarda, somatizasyon bozukluklarının nispeten daha az ortaya çıktığı, öfke ve saldırganlık içeren davranış bozuklukları ve depresif bozuklukların ise daha ön planda olduğu öne sürülebilir. Somatoform bozuklukların doğu kültüründe, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve kırsal kesimde yaşayanlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Pehlivantürk, 2012). Bu çalışmanın şehir merkezinde yapılmış olması, en düşük belirti düzeyinin Somatizasyon alt ölçeğinde belirlenmiş olmasının sebebi olabilir.

5.2.1. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Daha önce yapılmış çalışmaların büyük çoğunluğu KSE puanlarının kızlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Şahin ve ark.'nın (2002) çalışmasında kızlarda depresyon, erkeklerde hostilite yüksek bulunmuş, diğer alt ölçekler açısından fark görülmemiştir. Ceral ve Dağ'ın (2005) çalışmasında sadece RCİ puanı karşılaştırılmış ve kızlarda daha yüksek bulunmuştur. Baker ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada cinsiyetler arasında sadece RCİ, Depresyon ve Anksiyete alt ölçek puanlarını karşılaştırmış ve üçünde de kızların daha yüksek puan aldıklarını belirlemişlerdir. Güven ve Güçray (2009) tüm alt ölçek ve global indeksleri kızlarda daha yüksek bulmuştur. Lise öğrencilerinde ruh sağlığının GSA-12 ölçeği ile ölçüldüğü başka bir araştırmada da kızlarda daha fazla ruhsal sorun saptanmıştır (Dereboy, 2012). Gürsu'nun (2012) yaptığı çalışmada ise alt ölçekler karşılaştırılmış ve Hostilite alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçekler kızlarda daha yüksek bulunmuştur; Hostilite alt ölçeği de kızlarda daha yüksek olmasına rağmen anlamlı fark görülmemiştir. Bu çalışmada da önceki çalışmalara benzer şekilde SRİ dışındaki tüm KSE alt ölçek ve global indeks puanları, kızlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Anılan bu literatür çalışmalarının tümünde psikiyatrik tanı alan adölesanların cinsiyete göre dağılımı, kız adölesanlarda ruhsal belirtilerin daha çok görüldüğünü göstermektedir. Ancak burada dikkat çeken bulgu, bu araştırmada Hostilite alt ölçeği kızlarda daha yüksek iken, tanı alan adölesanlarda benzer belirtileri kapsayan davranım bozukluklarının erkeklerde yüksek olmasıdır (Durukan ve ark., 2011; Görker ve ark., 2004; Kessler ve ark., 2012). Bu durum, KSE Hostilite alt ölçeğinin davranıştan daha çok duygu ve tutumları sorgulaması, erkeklerde öfke ve saldırganlık gibi duyguların dışavurumunun daha yüksek olması ile ilgili olabilir. Benzer yaş grubu ile yapılan bir çalışmada da kız adölesanların insanlar ile sorun yaşadığında ve öfkeli olduğunda, sorunu konuşarak çözmeye daha eğilimli oldukları, erkeklerin ise aynı durumda şiddete başvurma eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Başbakanlık, 2010).

Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre KSE puanları incelendiğinde gruplar arasındaki puanlar oldukça benzer bulunmuştur; sadece anne eğitim düzeyi lise ve üstünde olan adölesanlarda SRİ puanı daha yüksektir. Literatürde anne ve baba eğitim düzeyinin bu şekilde sınıflandırılmasıyla, KSE puanlarının karşılaştırıldığı başka

çalışma bulunamasa da, Gürsu (2012) alt ölçeklerin çoğunda anne ve baba eğitim düzeyi arttıkça ruhsal belirti düzeyinin azaldığını belirtmiştir. Al-Krenawi ve ark.'nın (2002) çalışmasında ise babanın eğitiminin KSE puanlarını etkilemediği görülmüştür. Lise öğrencilerinde ruhsal belirtilerin GSA-12 ölçeği ile araştırıldığı üç çalışmada, anne-baba eğitim düzeyinin puanlara etkisi görülmemiştir (Çağan ve Pehlivan, 2012; Eskin, 2000; Küçük ve Bayat, 2012). Bu çalışmadan elde edilen bulguların literatürdeki verilerin çoğunluğuyla aynı yönde olduğu görülmüştür.

Anne-babası hayatta olan adölesanlar ile biri veya ikisi hayatta olmayan adölesanlar arasındaki KSE puanları benzer bulunmuştur. Literatürde bu yaş grubundaki benzer araştırmalardan, Türkleş ve ark. (2008) lise öğrencilerinde anne-baba sağ olup beraber yaşayanlarla, biri veya ikisi birden hayatını kaybetmiş adölesanların depresyon puanlarını benzer bulmuşken, en yüksek depresyon düzeyini anne ve babası ayrı yaşayan adölesanlarda bulmuştur. Eskin ve ark. (2008) da anne ve babanın yaşayıp yaşamamasının depresyon düzeyine etkisini saptamamıştır. Tüfekçiyaşar (2014) lise öğrencilerinde anne-babası beraber yaşayanlarla ebeveyn kaybı yaşayan adölesanların sürekli kaygı düzeylerini birbirine yakın bulmuştur. Ebeveyn kaybı yaşamamanın çocuk ve adölesanlar için oldukça zorlu bir yaşam olayı olduğu bir gerçektir. Algılanan sosyal desteğe benzer şekilde ebeveynlerinin her ikisi de hayatta olanlar ile ebeveyn kaybı yaşamış adölesanlar arasında ruhsal belirti yönünden de farklılık olmamasını sadece bu araştırmanın bulguları ile açıklamak oldukça güçtür. Ebeveyn kaybının üstünden geçen zaman içinde travmatik etkilerin atlatılması, adölesanın sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin ve yakın çevrenin destek sağlamadaki başarısı ve genç bireyin hayata tutunma adına kendi çabaları koruyucu bir rol üstlenmiş olabilir.

Kardeşi olan adölesanlarda Hostilite alt ölçeği ile RCİ ve BTİ puanları daha yüksek bulunmuştur. Türkiye Ergen Profili çalışmasının bulgularına göre adölesanın, ailede en çok çatışma yaşadığı kişinin %35,1 ile kardeşler olduğu görülmüştür (Başbakanlık, 2010). Bu yaşlarda, bireyin kardeşleriyle yaşadığı rekabet duygusu ve anlaşmazlıklar, onun daha hırçın ve öfkeli bir ruh haline bürünmesine sebep olabilir. Aynı zamanda hane içindeki nüfus sayısının artması sonucunda adölesanın kendisine özel bir odasının olmaması veya maddi-manevi bazı ihtiyaçlarının karşılanmasındaki zorluklar da olası sebepler arasında gösterilebilir. Bu çalışmada

kardeşi olan adölesanların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha düşük bulunması da ortaya çıkan sonucun bir diğer sebebi olarak görülebilir.

5.2.2. Ruhsal Belirti Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi

Sigara veya alkol kullanan adölesanlarda, KSE alt ölçek ve global indeks puanlarının tümünün daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki benzer çalışma sonuçları ile de uyumludur. Adölesanların ruhsal sağlıklarının GSA-12 ölçeği ile değerlendirildiği iki çalışmada sigara veya alkol kullananların daha fazla ruhsal belirti gösterdiği belirlenmiştir (Küçük ve Bayat, 2012; Üner ve ark., 2007). Satan (2011) 15-17 yaş arasındaki adölesanlarda, alkol kullananların daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bulmuştur. Yen ve ark. (2008) lise öğrencilerinde sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerden birini kullanmış olanlarda, KSE'deki tüm puanları daha yüksek bulmuştur. Ceylan ve ark. (2003) sigara içen lise son sınıf öğrencilerinde, anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu veriler, Piko'nun (2001) çalışmasında da belirtildiği gibi ruhsal sorunlar yaşayan adölesanların olumsuz duygularla başa çıkabilmek için sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklara daha fazla yönelmesi olarak yorumlanabilir.

Düzenli spor yapma alışkanlığı olan adölesanlarda ise Hostilite alt ölçek puanı ile SRİ puanı dışındaki tüm puanlar daha düşük bulunmuştur. Hostilite alt ölçeği puan ortalaması da spor yapanlarda daha düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Çeşitli yaş grubundaki adölesanlarla yapılan birçok çalışma, fiziksel aktivitenin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Biddle ve Asare, 2011; Eime ve ark., 2013; Er ve ark., 1999; Karadağ, 2008). Fiziksel aktivitenin; endorfin üretiminde artış, merkezi serotonerjik sistemde ve noradrenalin seviyesindeki değişiklikler gibi fizyolojik etkilerinin yanında, olumsuz olayların stresinden uzakta kalma ve sosyalleşmeyi artırıcı etkileriyle ruhsal sağlığa katkı yaptığı düşünülmektedir (Biddle ve Mutrie, 2008). Çaman ve Özcebe'nin (2011) araştırmasında da herhangi bir spor yapan ergenlerin RCİ ve depresyon puanları ile haftada iki gün ve daha fazla spor yapan ergenlerin ortalama SRİ puanı, spor yapmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Daha önce psikiyatrik yardım alan ve psikiyatrik ilaç kullanan az sayıdaki adölesanda ölçek kapsamındaki tüm puanlar yüksek bulunmuştur. Yıldırım ve ark. (2014) da lise öğrencilerinde KSE alt ölçekleri ile psikolojik yardım aramaya gönüllülük puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptamıştır. Ruhsal belirti düzeyi yüksek olan adölesanların daha fazla psikiyatrik yardım alması beklenen bir bulgudur ancak burada önemli olan nokta, bu bireylerin sorunlarını görmezden gelmek yerine çözüm için bir uzmandan yardım almaya yönelmeleridir ve bu olumlu bir tutumdur.

5.2.3. Ruhsal Belirti Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Lise öğrencilerinde Anksiyete, Depresyon, Hostilite alt ölçek puanları ile RCİ ve BTİ puanları ortaokul öğrencilerine göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer puanlar da lise öğrencilerinde daha yüksektir ancak istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Literatürde ortaokul ve lise öğrencilerini ruhsal belirtiler yönünden karşılaştıran çalışma sayısı kısıtlı olsa da yapılan çalışmaların çoğunluğu, bu dönemde yaş arttıkça çeşitli ruhsal belirtilerin daha fazla görüldüğüne işaret etmektedir. Lise öğrencilerinde GSA-12 ölçeği ile ruhsal belirtilerin tarandığı üç çalışmada, yaşça büyük öğrencilerin daha fazla puan aldığı görülmüştür (Dereboy, 2012; Eskin, 2000; Küçük ve Bayat, 2012). Erözkan (2004) lise öğrencilerinde, Tezel ve ark. (2012) ilköğretim öğrencilerinde yaşın depresyon üzerine etkisini belirlememiştir. Bu iki çalışmanın aksine Öztop ve ark. (2011) Kayseri'deki lise öğrencilerinde, Ellis ve ark. (2009) 7-17 yaşındaki çocuk ve adölesanlarda, Cicognani (2011) 14-19 yaş arasındaki İtalyan adölesanlarda yaşla birlikte depresyonun arttığını bulmuştur. Bütün ve ark. (2013) 16-18 yaş grubundaki öğrencilerde, 14-15 yaşındakilere göre daha fazla şiddet eğilimi olduğunu belirlemiştir. Mevcut çalışmada yaş ve KSE puanları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu da göz önüne alınırsa, bu dönemde yaş arttıkça ruhsal belirtilerin arttığı söylenebilir. Bir yandan orta adölesan dönemde görülen ruhsal ve fiziksel değişimlerin adölesan üzerindeki zorlayıcı etkisi, bir yandan da aileden ayrışıp bir birey olma, hayata atılma çabaları, yaklaşan üniversite sınavları ve meslek seçiminin yarattığı baskı gibi etkenlerin lise çağındaki adölesanları ruhsal bozukluklara daha yatkın hale getirdiği düşünülebilir. Ülke çapında 13-18 yaş arası adölesanlarla yapılan bir çalışmada, kendisinden beklenen veya ailesine karşı sorumlu olduğu görevlerin sorulduğu soruya

%38,8 ile en fazla “okulda/derslerde başarılı olmak” yanıtı verilmiştir (Başbakanlık, 2010).

5.3. Gelecek Beklentisi

Araştırma grubunda EGBÖ toplam puanı $5,23 \pm 1,3$ bulunmuştur. Adölesanlarda aynı ölçekle gerçekleştirilen az sayıdaki çalışmalardan birinde Elazığ’daki ortaöğretim öğrencilerinin EGBÖ toplam puanı 5,41 olarak hesaplanmış ve bu çalışmaya oldukça yakın olduğu görülmüştür (Tuncer, 2011a). Şili’deki 12-19 yaş arasındaki adölesanlarda ise 24 madde üzerinden uygulanan ölçekte ortalama puan 3,82 olarak bulunmuştur (McWhirter ve McWhirter, 2008).

Adölesanlarda alt ölçek puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş, en yüksek beklentinin İş ve Eğitim, en düşük beklentinin ise Din ve Toplum alanlarında olduğu görülmüştür. Aynı ölçeğin kullanıldığı diğer iki çalışmada da benzer şekilde en yüksek puanlar İş ve Eğitim alt ölçeğinde iken; en düşük alt ölçek puanı Tuncer’in (2011a) yaptığı çalışmada Evlilik ve Aile, McWhirter ve McWhirter’in (2008) yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde Din ve Toplum alt ölçeğindedir. Gelecek beklentisinin farklı ölçeklerle sorgulandığı araştırmalarda Yavuzer ve ark. (2005) lise öğrencilerinin geleceğe ilişkin en fazla yoğunlaştığı alanları “sevilen bir mesleğin yapılması ve mesleki başarı” ve “ekonomik kazanç” olarak belirlemiştir. Şimşek’in (2011) çalışmasına göre güneydoğudaki lise öğrencilerinin, en fazla “kişisel ve mesleki gelecek” yönünden umutlu olduğu görülmüştür. Ülke genelindeki bir çalışmada da 13-18 yaş arası adölesanların gelecekte beklenenleri arasında, %27,2’lik oran ile ilk sırada “iyi bir işe sahip olmak” yer almaktadır (Başbakanlık, 2010). Bu ve benzer bulgular içeren diğer çalışmaların sonucunda, bu yaş grubundaki bireylerin geleceğe dair plan ve beklentilerinin en fazla mesleki ve ekonomik hedefler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Günümüzde mutlu bir aile yaşantısı sürmenin, toplumla uyumlu ve sağlıklı bir hayatın en önde gelen şartı ekonomik açıdan yeterli bir seviyede yer almak olduğu göz önünde bulundurulursa bu sonuç şaşırtıcı değildir. Öte yandan ortaokuldan itibaren öğrencilerin geleceklerini şekillendirecek sınavların başlamasıyla, bu yönde artan aile ve öğretmen baskısı da bu sonucun sebepleri arasında sayılabilir.

5.3.1. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamındaki erkeklerde Evlilik ve Aile alt ölçeği ile Din ve Toplum alt ölçeği daha yüksek bulunmuş, diğer alt ölçekler ve toplam puanda fark görülmemiştir. Literatürde cinsiyet değişkeni açısından birbirinden farklı sonuçlar yer almaktadır. Aynı ölçek ile cinsiyet farkına bakılan araştırmada, McWhirter ve McWhirter (2008) Şili’deki adölesan erkeklerde Evlilik ve Aile, Sağlık ve Yaşam alt ölçeklerini daha yüksek bulmuştur. Her iki çalışmada da Evlilik ve Aile alt ölçeğinin kızlarda daha düşük olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu çalışmada Evlilik ve Aile alt ölçeği maddelerine tek tek bakıldığında farkın özellikle “Evleneceğim”, “Çocuklarım Olacak” ve “25 yaşından önce evli olacağım” maddelerinden kaynaklandığı, bu maddelerde erkeklerin anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür. McWhirter ve McWhirter’in (2008) çalışmasında bu üç maddeye ek olarak “Evliliğim hep sürecek” maddesi de erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Bu iki çalışmanın bulgularına göre kız adölesanların evliliğe yönelik daha düşük beklenti içinde olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılmış çok fazla çalışma olmadığından dolayı evliliğe dair düşük beklentilerin adölesan kızların genelinde olup olmadığını söylemek güçtür. Beck Umutsuzluk Ölçeği’nin kullanıldığı çalışmalarda Coşkun (2007) ve Tümkaya ve ark. (2011) lise öğrencilerinde; Kırımoğlu ve ark. (2010) ortaokul öğrencilerinde kızlar ve erkekler arasında fark bulmamış; Özmen ve ark. (2008) lise öğrencisi erkeklerde; Yerlikaya (2014) ortaokul öğrencisi kızlarda umutsuzluk düzeyini yüksek bulmuştur. Farklı bir gelecek beklentisi ölçeğinin kullanıldığı ve örneklemini Romanya’daki lise öğrencilerinin oluşturduğu bir çalışmada, kızlarda geleceğe yönelik daha olumlu beklentiler saptanmıştır (Iovu, 2013). Farklı sonuçlardan da görüleceği üzere bu yaş grubunda, cinsiyet değişkeninin gelecek beklentisi ve umut düzeyi üzerine kesin ve genellenebilir bir etkisinden söz etmek olası değildir.

Anne-babası ortaokul ve altında eğitim düzeyine sahip olanlarda Din ve Toplum alt ölçek puanı daha yüksektir. Eğitim düzeyi yükseldikçe din etkisinin azaldığını gösteren çalışmaların varlığında (Acar ve ark., 1996; Baynal, 2015; Koç, 2010) Kurt’un (2009) da belirttiği gibi ailenin, çocukların sosyokültürel kişiliğini şekillendiren en önemli sosyal çevre olması ve inançların oluşmasında önemli bir role sahip olması bu sonucu yaratmış olabilir. Diğer alt ölçeklerin ise ebeveynlerin eğitim düzeyinden

etkilenmediği görülmüştür. Aydın (2014), Kula (2008), Şahin (2009b) ve Vidinlioğlu (2010) lise öğrencilerinde anne-baba eğitim düzeyinin umutsuzluk puanlarını etkilemediğini bulmuşlardır. Şimşek (2011) de benzer şekilde lise öğrencilerinde anne eğitim düzeyi ve baba mesleğinin gelecek beklentisini etkilemediğini belirlemiştir ancak Özmen ve ark. (2008) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, annesi ilkokul mezunu olmayıp okuryazar olanlarda, babası okuryazar olmayanlarda ve ilkokul mezunu olmayıp okuryazar olanlarda umutsuzluk puanının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Eğitim seviyelerini sınıflandırma şekillerine göre farklı sonuçlar elde etmek mümkündür ancak çalışmaların geneline bakıldığında ebeveyn eğitim düzeyinin, olumlu gelecek beklentileri ve umut düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi olmadığını söylemek yerinde olacaktır.

Anne-babanın sağ olup olmaması EGBÖ puanlarını etkilememiştir. Kula (2008) ve Tüfekçiyaşar (2014) da benzer şekilde lise öğrencilerinde anne-babası hayatta olanlarla, ebeveyn kaybı yaşayan adölesanlar arasında umutsuzluk puanı yönünden fark bulmamıştır. Ehtiyar ve Üngüren'in (2008) lise ve üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada annenin hayatta olup olmaması umutsuzluk düzeyini etkilemezken, babası hayatta olmayanların umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce belirtildiği gibi bu çalışmada, anne-babası hayatta olan adölesanlarla biri veya ikisi hayatını kaybetmiş adölesanlar arasında, algılanan sosyal destek ve ruhsal belirti düzeyi de benzer bulunmuştur. Sosyal destek ve ruh sağlığı, gelecek beklentisi ile doğrudan ilişkili faktörler olduğu için, gelecek beklentisi puanları arasında fark çıkmaması da elde edilen bulguların birbiri ile tutarlı olduğunu göstermektedir.

Kardeşi olan adölesanlarda, İş ve Eğitim alt ölçeği ile Sağlık ve Yaşam alt ölçeği daha düşük bulunmuştur. Yerlikaya (2014) ortaokul öğrencilerinde kardeş sayısı ile umutsuzluk düzeyi arasında bir ilişki tespit etmemiştir. Bu bulgu, kardeş sayısı veya varlığını doğrudan gelecek beklentisi veya umut düzeyiyle ilişkilendirmek yerine, kardeşi olanlarda daha düşük düzeyde saptanan algılanan sosyal destek ve ruhsal durumun bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

5.3.2. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Sağlıkla İlgili Davranışlara Göre Değerlendirilmesi

Araştırma grubunda sigara kullanan adölesanlarda EGBÖ alt ölçeklerinin tümü ve toplam puan, alkol kullanan adölesanlarda ise İş ve Eğitim alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerin tümü ve toplam puan daha düşük saptanmıştır. Gerek hormonal değişimin, gerekse sosyal çevrenin etkisiyle riskli davranışların sıkça sergilendiği bu dönemde, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentiler içinde olmasının, sigara ve alkol gibi riskli davranışlara yönelmede predispozan bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. McWhirter ve McWhirter (2008) Şili'deki adölesanlarda, sigara ve alkol kullanımının toplam puan ve tüm alt ölçeklerle negatif korelasyon içinde olduğunu bulsa da bu ilişki sadece Sağlık ve Yaşam alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur. Ankara'da lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, umutsuzluk düzeyi arttıkça sigara ve alkol kullanımını da kapsayan riskli davranışların daha çok sergilendiği görülmüştür (Dost ve Keklik, 2014).

Düzenli olarak spor yapan adölesanlarda, Evlilik ve Aile alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçek puanları ve toplam puan daha yüksektir. Kırımoğlu ve ark.'nın (2010) ortaokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada sporla uğraşılan süre arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Spor ve gelecek beklentisi ilişkisiyle ilgili yapılmış çok fazla çalışma yoktur ancak sporun ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği gerçeğinden yola çıkarak bu bireylerin geleceğe yönelik beklentilerinin daha yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Daha önce psikiyatrik yardım almış adölesanlarda EGBÖ alt ölçek puanları ve toplam puan daha düşük bulunmuştur. Aydın (2014) da lise öğrencilerinde daha önce psikolojik destek alanlarda umutsuzluk düzeyini daha yüksek saptamıştır. Gelecek beklentisi ve ruh sağlığı birbiriyle ilişkili kavramlar olduğundan, bireyin ruhsal soruna sahip olmasının, daha düşük gelecek beklentisi ve daha fazla psikiyatrik yardım almasına yol açtığı düşünülmüştür. Nitekim majör depresif bozukluk tanılı çocuk ve adölesanlarda belirti dağılımının incelendiği bir çalışmada, adölesanlarda umutsuzluk ve karamsarlık gibi belirtilerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Erdoğan ve ark., 2002).

5.3.3. Gelecek Beklentisi Düzeyinin Okul Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki ortaokul öğrencilerinde Evlilik ve Aile alt ölçeği dışındaki EGBÖ puanları daha yüksektir. Benzer çalışmalarda, yaş ve gelecek beklentisi veya

umut düzeyi ile ilgili birbirinden farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Bu çalışmadaki gibi ortaokul ve lise öğrencilerinin gelecek beklentisi düzeylerinin birlikte incelendiği McWhirter ve McWhirter'in (2008) araştırmasında, yaş ve ölçek puanları arasında genel olarak negatif yönde korelasyon bulunmuş, ancak anlamlı olan ilişki sadece Sağlık ve Yaşam alt ölçeğinde saptanmıştır. Şimşek'in (2011) çalışmasında, lise öğrencilerinde sınıf düzeyi arttıkça gelecek beklentisi puanlarının azaldığı, lise 1. sınıf öğrencilerinin üst sınıftakilere göre gelecek beklentisi puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Şahin (2009b) de lise öğrencilerinde yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinde artış olduğunu belirlemiştir. Kırımoğlu ve ark.'nın (2010) ortaokul öğrencileri ile, Vidinlioğlu'nun (2010) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda yaşla birlikte umutsuzluk puanı ortalamalarının arttığı bulunsa da bu ilişki anlamlı değildir. Türkiye Ergen Profili çalışmasında 15 yaşın altındaki adölesanların gelecek hakkında daha iyimser oldukları belirlenmiştir (Başbakanlık, 2010). Bunların dışında, lise öğrencilerinde yaşın umutsuzluk düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Aydınlı, 2014; Kula, 2008; Tümkaya ve ark., 2011). Görüldüğü gibi beklenti veya umut düzeyi ile yaş ilişkisini inceleyen araştırmalar bu çalışmaya göre daha dar yaş aralıklarında gerçekleştirilmiş, bu da karşılaştırma açısından zorluk yaratmıştır. Bu çalışmada algılanan sosyal destek ve ruhsal belirti düzeyine benzer şekilde gelecek beklentisinin de yaşın artmasıyla olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Bu sonuç erken adölesan dönemden orta adölesan döneme doğru azalan algılanan sosyal destek ve artan ruhsal belirti düzeyi sonucunda, geleceğe dair beklentilerin de olumsuz yönde etkilenmesiyle ilgili olabilir.

5.4. Algılanan Sosyal Desteğin Ruhsal Belirti Düzeyi ve Gelecek Beklentisiyle İlişkisi

Araştırma grubundaki adölesanlarda, algılanan sosyal desteğin, ruhsal durumu ve geleceğe yönelik beklentileri nasıl etkilediğini belirlemek için ölçek puanları arasında korelasyonlara bakılmış ve algılanan sosyal desteğin hem ruh sağlığını hem de gelecek beklentilerini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Yapılmış benzer çalışmalar da bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. ÇBASDÖ'nün ruhsal belirtiler ile ilişkisini inceleyen çalışmalara bakılacak olursa; Çakır ve Palabıyıkoglu (1997) ÇBASDÖ'nün güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında, Ankara'daki 12-22 yaş arasındaki adölesanlarda,

ölçekteki tüm puanlar ile KSE'nin uzun formu olan SCL-90-R kapsamındaki Anksiyete ve Depresyon alt ölçekleri ve ayrıca Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği arasında korelasyonlara bakmış, algılanan sosyal destek arttıkça anksiyete ve depresyon belirtilerinde azalma, benlik saygısı düzeyinde ise artış belirlemiştir. Xia ve ark. (2013) Çin'de 17-23 yaş arasındaki adölesanlarda ÇBASDÖ ve SCL-90-R toplam puanı arasında negatif bir korelasyon saptamış, bir başka ifadeyle algılanan sosyal destek arttıkça ruhsal belirti düzeyinin azaldığını bulmuştur. Çinli lise öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada, ÇBASDÖ alt ölçek puanları arttıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinin azaldığı görülmüştür (Chou, 2000). Elmacı (2006) Kocaeli'deki, Bruwer ve ark. (2008) Güney Afrika'daki lise öğrencilerinde; Ellis ve ark. (2009) ise Avustralya'daki 7-17 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlarda ÇBASDÖ puanları arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığını saptamıştır. Santos ve ark. (2007) da benzer şekilde Amerikalı lise öğrencilerinde ÇBASDÖ puanı arttıkça depresyon belirtilerinin azaldığını, benlik saygısının arttığını bulmuştur. Adölesan yaş grubunda, farklı sosyal destek ölçekleri ile yapılan çalışmalarda da algılanan sosyal destek düzeyinin benlik saygısını olumlu yönde etkilediği (Akyol ve Salı, 2013; İkiz ve Çakar, 2010; Kahrıman ve Polat, 2003; Rosenfeld ve ark., 1998), şiddet ve zorbalık eğilimini ise azalttığı (Avcı ve Yıldırım, 2014; Sönmezay, 2010) görülmüştür. Adölesanlar ile yapılan başka bir çalışmada ise “sorunlarla baş ederken başkalarıyla yardımlaşır, desteklerini alırım” maddesinden yüksek puan alanlarda, KSE puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Çetin ve ark., 2004). Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda çeşitli kaynaklardan algılanan sosyal destek düzeyinin, geleceğe dair beklenti ve umut düzeyini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Çakar ve Karataş, 2012; Iovu, 2013; Kemer ve Atik, 2005).

Bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçtiği bu dönemde; fiziksel ve psikolojik değişimler, yüklenilen yeni roller ve kariyer planlarının temellerinin atılması gibi birçok etken sebebiyle adölesan zaman zaman ruhsal problemler yaşayabilmekte ve olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkamayan bireyde bu belirtiler daha ciddi boyutlara ulaşır sosyal yaşamı ve okul başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ruh sağlığındaki bozulmanın sonucunda, birey geleceğe yönelik daha karamsar bir düşünce yapısı geliştirebilir. Araştırma sonuçlarından görüldüğü gibi ailesinden, arkadaşlarından ve çevresindeki diğer kişilerden yeterli düzeyde sosyal destek alabilen adölesan, bu

zorluklar karşısında daha sağlıklı bir ruhsal yapıya ve pozitif gelecek beklentilerine sahip olmaktadır.

Araştırmada dikkat çeken bulgulardan biri, ÇBASDÖ kapsamındaki Aile alt ölçeğinin diğer alt ölçeklere göre, KSE'deki tüm alt ölçek ve global indekslerle ve EGBÖ'deki Evlilik ve Aile alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerle ve toplam puanla en yüksek korelasyon katsayısına sahip olmasıdır. Bir başka ifadeyle adölesanın psikolojik yönden iyilik halinin ve olumlu gelecek beklentilerinin oluşmasında, aileden algılanan sosyal destek, arkadaşlardan ve özel bir insandan algılanan sosyal desteğe göre daha büyük önem taşımaktadır. Yapılmış çalışmaların çoğundaki bulguların da bu yönde olduğu görülmüştür. Çakır ve Palabıyıkoglu'nun (1997) yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyonda en yüksek korelasyon katsayısı negatif yönde olmak üzere Aile alt ölçeğine, benlik saygısında ise pozitif yönde olmak üzere Özel Biri alt ölçeğine ait bulunmuştur. 14-16 yaş arasındaki adölesanlara Aile, Arkadaş ve Öğretmen alt ölçeklerinden oluşan farklı bir algılanan sosyal destek ölçeğinin uygulandığı bir çalışmada Aile alt ölçeğinin, psikolojik uyumun sağlanmasında ve depresif belirtilerin azalmasında en yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu saptanmıştır (Sayar, 2006). Aileden algılanan sosyal desteğin; depresif belirtilerin azalmasında (Bruwer ve ark., 2008; Moscardino ve ark., 2010), benlik saygısı oluşumunda (İkiz ve Çakar, 2010; Kahriman ve Polat, 2003) ve zorbalık içeren davranışların azalmasında (Sönmezay, 2010) diğer alt ölçeklere göre daha fazla katkı yaptığını gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların aksine, Akyol ve Salı (2013) benlik saygısı oluşumunda, arkadaş ve öğretmenden algılanan sosyal desteğin daha fazla önem taşıdığını belirlemiştir. Her ne kadar adölesan çağ; bireyin ailesinden kopmaya başladığı, arkadaş çevresine daha fazla önem verildiği ve kişilik yönünden özerkliğin kazanılmaya çalışıldığı bir dönem olarak bilirse de görüldüğü gibi aile, ruh sağlığının korunmasında ve olumlu gelecek beklentilerinin oluşmasında hala en önemli kaynak olarak görünmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, çalışmadaki erkeklerin ve kızların en yüksek puanı Aile alt ölçeğinden alması da bu düşüncüyü destekleyici bir bulgudur. Türkiye Ergen Profili çalışmasında adölesanların %53,2'si herhangi bir sorun olduğunda en çok destek aldıkları kişinin ebeveynleri olduğunu belirtmiş, buna kardeşlerin payı da eklendiği zaman, destek alınan kaynaklar arasında ailenin %65,7'lik oranla en önde geldiği görülmüştür (Başbakanlık, 2010).

Algılanan sosyal desteğin, ruhsal belirtiler ve gelecek beklentisi üzerindeki bu olumlu etkilerinin cinsiyete ve yaşa göre fark edip etmediğini görmek için cinsiyet gruplarında ve okul düzeyinde ayrı ayrı korelasyonlara bakılmıştır. Erkek ve kızlardaki korelasyon katsayıları genel olarak birbirine yakın bulunup, her iki grupta da araştırma grubunun genelinde olduğu gibi algılanan sosyal destek düzeyinin, ruhsal sağlığı ve gelecek beklentilerini olumlu etkilediği görülmektedir. Lise öğrencilerinden oluşan örneklem üzerinde farklı ölçeklerin kullanıldığı iki çalışmada da aile ve arkadaşan algılanan sosyal desteğin, her iki cinsiyette de depresyonu azalttığı görülmüş ve korelasyon katsayılarının birbirine yakın olduğu görülmüştür (Eskin ve ark., 2008; Moscardino ve ark., 2010). Ancak bu çalışmada, kızlarda özellikle EGBÖ’de yer alan Evlilik ve Aile alt ölçeğindeki düşük korelasyon katsayıları dikkat çekmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi Evlilik ve Aile alt ölçeği kızlarda daha düşük bulunmuş, bu alandaki beklentilere çeşitli kaynaklardan algılanan sosyal desteğin de kayda değer bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Ölçek puanlarının birbiriyle olan ilişkisine öğrenim düzeylerine göre ayrı ayrı bakıldığında, lise öğrencilerinde EGBÖ’deki Din ve Toplum alt ölçeğine, çeşitli kaynaklardan algılanan sosyal desteğin önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bunun dışındaki korelasyon katsayılarının oldukça yakın olduğu görülmüş, algılanan sosyal desteğin ruhsal sağlığı ve gelecek beklentilerini benzer oranlarda etkilediği belirlenmiştir. Bu bulgu da göstermektedir ki, bu dönemde yaş arttıkça algılanan sosyal destek ve olumlu gelecek beklentisi azalıp, ruhsal belirti sıklığı artış gösterse de algılanan sosyal desteğin önemi yaş artışından bağımsız olarak aynı önemde devam etmektedir. Algılanan sosyal destek, ruh sağlığı ve gelecek beklentisi arasında nedensel bir ilişki vardır, ancak bunlardan hangisinin neden, hangisinin sonuç olduğunu belirlemek güçtür. Tüm bu bulgulardan hareketle, yeterli düzeyde bir sosyal desteğin, adölesanlarda ruhsal durumu ve gelecek beklentilerini olumlu yönde etkilediği ileri sürülebileceği gibi, ruh sağlığı iyi olan bireyin kendisine verilen sosyal desteği yeterli olarak algıladığı da söylenebilir.

5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın en önde gelen kısıtlılığı, örneklemin sadece Samsun ilinin merkez ilçesi olan İlkadım’dan seçilmesidir. Bu sebeple çalışma sonuçlarının kent ya da ülke

genelini temsil etmesi beklenemez. Bir diğer önemli kısıtlılık da verilerin yalnızca anketler aracılığı ile toplandığı araştırmaların genel bir kısıtlılığı olarak beyana dayalı bilgilerin yer almasıdır. Kullanılan üç ölçekten ikisinin 7’li, diğerinin 5’li Likert tipte sorular içermesinin, özellikle ortaokul öğrencilerinde zorluk yarattığı görülmüştür ve bu çalışmadaki verilerin güvenilirliğini etkilemiş olabilir. Son olarak kesitsel nitelikteki bu çalışmada, araştırılan değişkenler aynı zaman diliminde sorgulandığı için, saptanan istatistiksel fark ve ilişkilerde hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunu belirlemek kolay değildir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma sonucunda adölesanlarda,

- 1) Algılanan sosyal destek düzeyinin;
 - a) Anne eğitim düzeyi ortaokul ve altında olanlarda,
 - b) Sigara ve alkol kullananlarda,
 - c) Düzenli olarak spor yapmayanlarda,
 - d) Daha önce psikiyatrik yardım almışlarda,
 - e) Lise öğrencilerinde daha düşük olduğu,
- 2) Ruhsal belirti düzeyinin;
 - a) Kızlarda,
 - b) Kardeşi olanlarda,
 - c) Sigara ve alkol kullananlarda,
 - d) Düzenli olarak spor yapmayanlarda,
 - e) Daha önce psikiyatrik yardım almışlarda,
 - f) Psikiyatrik ilaç kullananlarda,
 - g) Lise öğrencilerinde daha yüksek olduğu,
- 3) Gelecek beklentisi düzeyinin;
 - a) Sigara ve alkol kullananlarda,
 - b) Düzenli olarak spor yapmayanlarda,
 - c) Daha önce psikiyatrik yardım almışlarda,
 - d) Lise öğrencilerinde daha düşük olduğu,
- 4) Sigara ve alkol kullanımının ortaokuldan liseye geçişte büyük bir artış gösterdiği ve zararlı alışkanlıklara başlama açısından lise çağındaki adölesanların öncelikli risk grubu olduğu,
- 5) En önemli sosyal destek kaynağının aile olduğu,
- 6) Öfke ve saldırganlık içeren davranışların ve depresif belirtilerin en fazla görülen ruhsal belirtiler olduğu,
- 7) Gelecekte en fazla beklentinin iş ve eğitim alanında olduğu,
- 8) Algılanan sosyal desteğin, ruh sağlığını ve gelecek beklentilerini olumlu yönde etkilediği ve bu etkinin cinsiyete ve yaşa göre değişmediği görülmüştür.

Bütün sağlık sorunlarında olduğu gibi ruhsal sorunlarla da m¼cadele etmenin en etkin yolu hastalık ortaya ¼ıkmadan alınacak ¼nlem ve m¼dahalelerdir. Kişilik gelişiminde ve gelecekteki ruhsal sağlığın belirlenmesinde kritik bir s¼reç olan ad¼lesan ¼ađda, bireylere verilecek koruyucu sağlık hizmetleri bu anlamda b¼y¼k ¼nem taşımaktadır. Bu amaçla;

- Ad¼lesan sağlığı, sadece fiziksel hastalıklar a¼ısından değil daha b¼t¼nc¼l bir yaklaşımla ele alınmalı, bu ¼ađdaki bireylerin gerek bedensel gerekse ruhsal sorunlar a¼ısından yardım alabileceği uzman kişilerin ulaşılabirliği arttırılmalıdır.

- Ad¼lesanlar periyodik muayenelerin yanı sıra okullarda veya aile sağlığı merkezlerinde en azından erken, orta ve ge¼ ad¼lesan d¼nemlerde birer defa ruhsal değerlendirmeyi de i¼erecek şekilde genel sağlık kontrol¼nden ge¼melidir.

- Her okulda en az bir rehberlik ¼đretmeni bulundurulmalı, ¼đrencilerin rehberlik hizmetinden daha etkin faydalanmaları sağlanmalıdır. Ailenin fark edemediği bazı sorunlar okulda fark edilebilmekte, bu sorunların ¼öz¼m¼nde ve ad¼lesanın ailesi ve arkadaşılarıyla olan ilişkinin sağlıklı bir şekilde y¼r¼mesinde rehber ¼đretmenlere ¼nemli g¼revler d¼şmektedir.

- Bu d¼nemde verilecek sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimi sadece ad¼lesana değil ebeveynlere de sunulmalı; anne-baba veya ¼ocuđun bakımını ¼stlenen aile ¼yeleri, ad¼lesan sağlığı ve ad¼lesana yaklaşım konusunda bilgilendirilmeli, ebeveyn ve ¼ocuklar arasında etkili bir iletişim sağlanmalıdır. Aile ¼yeleri birlikte daha fazla vakit ge¼irmeye, sosyal ve k¼lt¼rel faaliyetlere katılmaya teşvik edilmeli, b¼ylece aile i¼i bağların kuvvetlenmesi sağlanmalıdır.

- Ad¼lesanlar sağlık kurumlarında, okullarda ve kitlesel iletişim ara¼larının yardımıyla; sigara, alkol ve diğer zararlı alışkanlıklar hakkında bilinçlendirilmeli, ad¼lesanların bu maddelere ulaşmasını engelleyen yasaların uygulanması da denetlenmelidir.

- D¼zenli olarak spor yapmanın sadece beden sağlığı değil ruh sağlığı ¼zerinde de olumlu etkiler oluşturmasından hareketle; ad¼lesanların yaklaşıp yarılarında saptanan d¼zenli spor yapma alışkanlığı oranı y¼kseltilmeli, okullarda beden eğitimi derslerinin nicelik ve niteliği arttırılarak ¼đrenciler a¼ısından daha cazip hale getirilmelidir. Bu derslerde zorlayıcı uygulamalar yerine, her ¼đrenci yetenek ve ilgisine g¼re bir veya daha fazla spor dalına y¼nlendirilmelidir.

- Sağlık hizmetleri planlanırken, ruhsal bozuklukların sebep olduğu sağlık, sosyal ve ekonomik yükü azaltmak adına, adölesan ruh sağlığında kapsayıcılığın ve ulaşılabilirliğin arttırılmasına yönelik politikalar geliştirilmelidir.

- Erken adölesan dönemden orta adölesan döneme doğru bozulan ruh sağlığı, gelecek beklentisi ve sosyal destek algısının nedensel faktörleri kalitatif çalışmalarla derinlemesine araştırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Acar N.V., Yıldırım İ., Ergene T., (1996). Bireylerin Dindarlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 12:45-56.

Ağaoğlu B., (2008). Depresif Bozukluklar. Çetin F.Ç., Coşkun A., Pehlivan Türk B., İşeri E., Türkbay T., Miral S., Uslu R., Motavallı N., Ünal F. (ed): Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 373-374.

Ahioğlu E., (2011). Piaget ve Ergenlikte Bilişsel Gelişim. Kastamonu Eğitim Dergisi, 19(1):1-10.

Aidan Y., Benbenishty R., (2011). Future Expectations of Adolescents in Residential Care in Israel. Children and Youth Services Review, 33:1134-1141.

Ak H., (2014). Mesleki ve Teknik Eğitim Kurumları Öğrencilerinin İnternet Kullanım Alışkanlıkları ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Aydın Üniversitesi - Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Akal A., (2010). Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ile Öfke İfade Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Aktepe E., Demirci K., Çalışkan A.M., Sönmez Y., (2010). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23(2):100-108.

Akyol A., Salı G., (2013). Yatılı ve Gündüzlü Okuyan Çocukların Benlik Kavramlarının ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 21(4):1377-1398.

Al-Krenawi A., Graham J.R., Maymon Y.K., (2009). Analysis of Trauma Exposure, Symptomatology and Functioning in Jewish Israeli and Palestinian Adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 195:427-432.

Al-Krenawi A., Graham J.R., Slonim-nevo V., (2002). Mental Health Aspects of Arab-Israeli Adolescents From Polygamous Versus Monogamous Families. *The Journal of Social Psychology*, 142(4):446-460.

Aldwin C.M., (2007). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective*. Second Edition, The Guilford Press, New York, 104-283.

Alyanak B., (2008). Boşanma ve Çocuk. Çetin F.Ç., Coşkun A., Pehlivan Türk B., İşeri E., Türkbay T., Miral S., Uslu R., Motavallı N., Ünal F. (ed): *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 763.

APB (Amerikan Psikiyatri Birliği), (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, çev.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 113-230.

Artar M., (2003). Depremi Yaşayan Ergenlerin Gelecek Beklentilerinin İçeriği. *Kriz Dergisi*, 11(3):21-27.

Ateş B., (2011). Ortaöğretim Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Atılganlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum.

Avcı M., (2011). Yazgının Yokluğunda Suçun Varlığı Meselesi ya da Ailenin Parçalanmasının Suçla İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(1):121-140.

Avcı Ö.H., Yıldırım İ., (2014). Ergenlerde Şiddet Eğilimi, Yalnızlık ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1):157-168.

Aydın B., (2013). Çocuk ve Ergen Psikolojisi. 4. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 190-205.

Aydınlı S., (2014). Ergenlerin Öfke İfade Biçimleri, Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri, Umutsuzluk Seviyeleri ve Çatışma Çözme Yaklaşımlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Aydoğdu H., Çam M., (2013). Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(3):137-144.

Aylar E., (2012). Bir Örnek Olay İncelemesi: Sosyo-Kültürel Teori Bağlamında Geleceğe Yönelik Hedefler ve Öz-Düzenleme. Kastamonu Eğitim Dergisi, 20(3):767-782.

Baker Ö.E., Özgülük S.B., Turan N., Danışık N.D., (2009). Ergenlerde Görülen Psikolojik Belirtilerin Yordayıcıları Olarak Ruminasyon ve Öfke/ Öfke İfade Tarzları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4(32):43-53.

Baltacı H.Ş., İşleyen F., Özdemir S., (2012). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Romantik İlişki Durumları ve Sosyal Ağ Kullanımlarına Göre Etkileşim Kaygısı ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8(2):25-36.

Balyılmaz H., Taş F., Yavuz B., Erol H., (2011). Tip 1 Diyabetli Adölesanların Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Dirim Tıp Gazetesi, 86(1):13-19.

Baran M., Küçükakça G., Ayran G., (2014). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sigara Kullanımı Üzerine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(1):9-15.

Barrera M., Fleming C.F., Khan F.S., (2004). The Role of Emotional Social Support in the Psychological Adjustment of Siblings of Children with Cancer. *Child: Care, Health & Development*, 30(2):103–111.

Başbakanlık, (2010). Türkiye’de Ergen Profili 2008. Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Ankara.

Bayhan P., Işıtan S., (2010). Ergenlik Döneminde İlişkiler: Akran ve Romantik İlişkilere Genel Bakış. *Aile ve Toplum*, 5(20): 33-44.

Baynal F., (2015). Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1):206-231.

Beets M.W., Vogel R., Forlaw L., Pitetti K.H., Cardinal B., (2006). Social Support and Youth Physical Activity: The Role of Provider and Type. *American Journal of Health Behavior*, 30(3):278-289.

Berk L., (2009). *Child Development. Eight Edition*, Pearson Education, Boston, 200.

Biddle S.J., Asare M., (2011). Physical Activity and Mental Health in Children and Adolescents: A Review of Reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11):886-895.

Biddle S.J., Mutrie N., (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions*, 2nd edition. Routledge, New York.

Blake K., Davis V., (2008). *Adolesan Hekimliği*. Kliegman R., Marcante K., Jenson H., Behrman R. (ed): *Nelson Pediatriinin Temelleri Beşinci Edisyon* (F. Ovalı, M. Altındış, çev.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 342-347.

Bruwer B., Emsley R., Kidd M., Lochner C., Seedat S., (2008). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49:195-201.

Bütün C., Beyaztaş F.Y., Dokgöz H., Özdemir L., Beyaztaş A., Polat O., Şahin F., (2013). Sivas'ta Akranlar Arası Şiddet-Anket Çalışması. *Medicine Science*, 2(4):885-895.

Catalano R.F., Berglund M.L., Ryan J.A., Lonczak H.S., Hawkins J.D., (2004). Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1):98-124.

Ceral S., Dağ İ., (2005). Ergenlerde Algılanan Anne Baba Tutumlarına Bağlı Benlik Saygısı, Depresiflik ve Genel Psikolojik Belirti Düzeyi Farklılıkları. *3P Dergisi*, 13(4):233-241.

Census Bureau, (2013). United States Department of Commerce. <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php?N=%20Results%20&T=10&A=aggregate&RT=0&Y=2013&R=1&C=> (Erişim Tarihi 05/01/2015).

Ceylan A., Özen Ş., Palancı Y., Saka G., Aydın Y.E., Kıvrak Y., Tangolar Ö., (2003). Lise Son Sınıflarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Zararlı Alışkanlıklar: Mardin Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(3):144-150.

Cheng L.A., Mendonça G., Júnior J.C., (2013). Physical Activity in Adolescents: Analysis of the Social Influence of Parents and Friends. *Jornal de Pediatria*, 90(1):35-41.

Cheng S.T., Chan A.C., (2004). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Dimensionality and Age and Gender Differences in Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37:1359-1369.

Chou K.L., (2000). Assessing Chinese Adolescents' Social Support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences*, 28:299-307.

Cicognani E., (2011). Coping Strategies with Minor Stressors in Adolescence: Relationships with Social Support, Self-Efficacy, and Psychological Well-Being. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(3):559-578.

Colson E.R., (2013). Sağlığın Desteklenmesi ve Hastalıkların Önlenmesi. Rudolph C.D., Rudolph A.M., Lister G.E., First L.R., Gershon A.A. (ed): *Rudolph Pediatri*, 22. Baskı (Z. Aycan, S. Çetinkaya, çev.), Güneş Tıp Kitabevleri, 1:27-39.

Coşkun Y., (2007). Ortaöğretim Öğrencilerinin Umutsuzluk Durumları ve Aile İşlevselliği İlişkinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 26(26):11-26.

Coşkun Y., Akkaş G., (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1):213-227.

Çağan Ö., Pehlivan E., (2012). Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının GSA-12 ile Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(2):88-95.

Çakar F.S., Karataş Z., (2012). Ergenlerin Benlik Saygısı, Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri: Bir Yapısal Eşitlik Modeli Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(4):2397-2412.

Çakır Y., Palabıyıkoglu R., (1997). Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1):15-24.

Çalışkan N., Aslander M., (2014). Aile İçi İletişim ve Siber Yaşam: Teorik Bir Çözümleme. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(2):263-277.

Çam Z., Çavdar D., Seydoğulları S., Çok F., (2012). Ahlak Gelişimine Klasik ve Yeni Kuramsal Yaklaşımlar. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(2):1211-1225.

Çaman Ö.K., Özcebe H., (2011). Ankara’da Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenler: Ruhsal Belirtileri, Fiziksel Etkinlik Düzeyi ve İlişkili Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2):93-103.

Çetin F.Ç., Akdemir D., (2012). Türkiye’de Gençlerin Benlik Saygısı. Eskin M., Dereboy Ç., Harlak H., Dereboy F. (ed): *Türkiye’de Gençlik Ne Biliyoruz Ne Bilmiyoruz*, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 69-78.

Çetin F.Ç., Canat S., Kılıç E., Şenol S., Rugancı N., Öncü B., Hoşgör A.G., Işıklı S., Avcı A., (2004). Ergen ve Ruhsal Sorunları: Durum Saptama Çalışması. *Türkiye Bilimler Akademisi Raporları*, 4:21-23.

Darendeliler F., Neyzi O., Bundak R., (2010). Büyüme-Gelişme ve Bozuklukları. Neyzi O., Ertuğrul T. (ed): *Pediyatri*, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1:123.

Deniz M.E., (2012). Erken Çocukluk Döneminde Gelişim. 4. Baskı, Maya Akademi Yayınevi, Ankara, 23-259.

Dereboy Ç., (2012). Ergen Gelişimi ve Ruhsal Sorunları Profil Araştırmaları. Eskin M., Dereboy Ç., Harlak H., Dereboy F. (ed): *Türkiye’de Gençlik Ne Biliyoruz Ne Bilmiyoruz*, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 152-157.

Derman M.T., (2013). 10-11 Yaş Çocuklarının Saldırganlık ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *The Journal Of Academic Social Science Studies*, 6(2):879-889.

Derman O., (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 63:19-21.

Derogatis L.R., (1992). *BSI: Administration, Scoring, and Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

Dilek H., Aksoy A.B., (2013). Ergenlerin Benlik Saygısı ile Anne-Babalarının Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 14(3):95-109.

Dişçigil G., (2013). Adolesan Dönemde Koruyucu Sağlık Bakımı, Taramalar ve Aşılar. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 4(1):27-30.

Dizer D., (2008). Sakarya İlindeki Liseli Ergenlerin 1999 Marmara Depremi Sonrası Travmayı Algılama, Sosyal Destek Sistemleri ve Umutsuzluk Belirtilerinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Doğan T.. (2008). Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyi Hali. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(30):30-44.

Dost M.T., Keklik İ., (2014). Sürekli Kaygı, Umutsuzluk ve Benlik Saygısının Ergenlerin Riskli Davranışlarını Yordama Gücü. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 13(51):195-208.

Duncan S.C., Duncan T.E., Strycker L.A., (2005). Sources and Types of Social Support in Youth Physical Activity. Health Psychology, 24(1):3-10.

Dursun O.B., Güvenir T., Özbek A., (2010). Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, (3):401-416.

Duru E., (2008). Üniversiteye Uyum Sürecinde Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Doğrudan ve Dolaylı Rollerini. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(29):13-24.

Durukan İ., Karaman D., Kara K., Türker T., Tufan A., Yalçın Ö., Karabekiroğlu K., (2011). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24(2):113-120.

Duyan V., Gelbal S., Var E.Ç., (2013). Sosyal İlişki Unsurları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44:159-169.

Düzgün Ş., (2003). Öğrencilerin Psikolojik Belirtileri ile Ana-Baba Tutumları Arasındaki İlişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(1-2):149-162.

Edwards L.M., (2004). Measuring Perceived Social Support in Mexican American Youth: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2 (2):187-194.

Ehtiyar R., Üngüren E., (2008). Lise ve Üniversitede Turizm Eğitimi Alan Öğrencilerin Demografik Değişkenlerinin Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerine Etkilerinin Araştırılması. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2:34-51.

Eime R.M., Young J.A., Harvey J.T., Charity M.J., Payne W.R., (2013). A Systematic Review of the Psychological and Social Benefits of Participation in Sport for Children and Adolescents: Informing Development of a Conceptual Model of Health Through Sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(98):1-21.

Eker D., Arkar H., (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34:17-25.

Eker D., Arkar H., Yıldız H., (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1):17-25.

Ekşi A., (2010). Psikososyal Gelişme ve Ruhsal Sorunlar. Neyzi O., Ertuğrul T. (ed): Pediyatri, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2:1761-1778.

Elliott G.C., (2009). Family Matters: The Importance of Mattering to Family in Adolescence. Wiley-Blackwell, 1. Edition, 8.

Ellis A.A., Nixon R.D., Williamson P., (2009). The Effects of Social Support and Negative Appraisals on Acute Stress Symptoms and Depression in Children and Adolescents. British Journal of Clinical Psychology, 48:347-361.

Elmacı F., (2006). The Role of Social Support on Depression and Adjustment Levels of Adolescents Having Broken and Unbroken Families. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 6(2):421-431.

Emiroğlu F.N.İ., Baykara B., (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal Fobi. Çetin F.Ç., Coşkun A., Pehlivantürk B., İşeri E., Türkbay T., Miral S., Uslu R., Motavallı N., Ünal F. (ed): Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 320.

Er G., Çamlıyer H., Çamlıyer H., Çobanoğlu G., Er N., (1999). Çocuk ve Ergenlerde Spor Etkinliklerinin Davranış ve Sosyal Gelişim Üzerine Etkileri. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 3(3):29-38.

Ercan G., (2005). Puberte Fizyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi 43:9-16.

Erdoğan İ., Tamar M., Erdoğan E., (2002). Major Depresif Bozukluk Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Belirti Dağılımının Karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 9(3):144-153.

Eroğlu Y., Peker A., (2011). Aileden ve Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Siber Mağduriyet: Yapısal Eşitlik Modeliyle Bir İnceleme. Akademik Bakış Dergisi, 27:1-15.

Erözkan A., (2004). Lise Öğrencilerinin Sosyal Karşılaştırma ve Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13:1-18.

Ersoy E., Küçükkaragöz H., (2010). Öğretmen Adaylarının Umutsuzluk Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre Belirlenmesi. e-Journal of New World Sciences Academy, 5(4):1534-1542.

Eser D.T., Üstün B., (2011). Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ergen ve Ebeveynlerinin Öfke İfade Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(3):111-116.

Eskin M., (2000). Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışıyla İlişkileri. Klinik Psikiyatri, 3:228-234.

Eskin M., Ertekin K., Harlak H., Dereboy Ç., (2008). Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4):382-389.

Gökçay G., (2010). Çocuk Sağlığı Hizmetleri. Neyzi O., Ertuğrul T. (ed): Pediatri, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1:54-55.

Görker I., Korkmazlar Ü., Durukan M., Aydoğdu A., (2004). Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı. Klinik Psikiyatri, 7:103-110.

Gültekin B.K., (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4):583-594.

Güneş F., Arslan C., Eliüşük A., (2014). Atılganlık Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası Problem Çözme, Algılanan Sosyal Destek ve Atılganlık Düzeyleri Üzerine Etkisi. Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(1):456-474.

Gürsoy E., (2010). Ergenlerde Sosyodemografik Özelliklere ve Algılanan Sosyal Destek ile Akran Zorbalığına Maruz Kalmanın İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Gürsu O., (2012). Ergenlerde Psikolojik Sağlığın Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi, 5(1):110-130.

Güven İ.G., Güçray S.S., (2009). Ergenlerin Psikolojik Belirtileri ve Genel Sağlık Örüntüleri. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 30:119-136.

Güzel H., (2005). Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyal Destek Algıları ve Bunu Etkileyen Etmenler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Hatipoğlu N.Ş., (2013). Adolesanlarda Psikososyal Gelişim. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 4(1):12-15.

Hintze J., (2014). NCSS and PASS 14. Number Cruncher Statistical Systems; Kaysville, Utah. <http://www.ncss.com/software/pass/> (Erişim Tarihi 28/10/2014).

HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü), (2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Ankara.

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim Tarihi 05/01/2015).

Hünük D., Ali R., Yıldırım G., Aşçı H., (2013). 6. - 8. Sınıf Öğrencilerinin Fiziksel Aktiviteye Katılımında Algıladıkları Sosyal Desteğin Rolü. Eğitim ve Bilim, 38(170):3-18.

Iovu M.B., (2013). Future Expectations of Senior High Schoolers in Romania. International Journal of Adolescence and Youth

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02673843.2013.810162> (Erişim Tarihi 08/07/2015)

Irwin Jr. C.E., Shafer M.A., Moscicki A.B., (2013). Adolesan Bakımın İlkeleri. Rudolph C.D., Rudolph A.M., Lister G.E., First L.R., Gershon A.A. (ed): Rudolph Pediatri, 22. Baskı (Z. Aycan, S. Çetinkaya, çev.), Güneş Tıp Kitabevleri, 1:265-277.

İkiz F.E., Çakar F.S., (2010). Perceived Social Support and Self-Esteem in Adolescence. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5:2338-2342.

İşeri E., (2012). Ülkemizdeki Gençlerde Anksiyete. Eskin M., Dereboy Ç., Harlak H., Dereboy F. (ed): Türkiye’de Gençlik Ne Biliyoruz Ne Bilmiyoruz, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 345.

Kahriman İ., Polat S., (2003). Adölesanlarda Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2):13-24.

Kalyencioğlu D., Kutlu Y., (2010). Ergenlerin Aile İşlevi Algılarına Göre Uyum Düzeyleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 18(2):56-62.

Karadağ Ö., (2008). Ankara’da Bulunan Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Karataş Z., (2012). Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(19):257-271.

Kaya F., Oğurlu Ü., (2015). Benlik Saygısı, Zeka ve Akademik Başarı İlişkisi. *International Journal of Human Sciences*, 12(1):951-965.

Kemer G., Atik G., (2005). Kırsal ve İl Merkezinde Yaşayan Lise Öğrencilerinin Umut Düzeylerinin Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Karşılaştırılması. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21:161-168.

Kessler R.C., Avenevoli S., Costello E.J., Georgiades K., Green J.G., Gruber M.J., He J.P., Koretz D., McLaughlin K.A., Petukhova M., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Merikangas K.R., (2012). Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69(4):372-380.

Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E., (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:593-602.

Kılıç S., Tektaş N., Pala T., (2014). Devlet ve Vakıf Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 18(2):169-186.

Kırımoğlu H., Çokluk G.F., Yıldırım Y., (2010). Yatılı İlköğretim Bölge Okulu 6. 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Spor Yapma Durumlarına Göre Yalnızlık ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi (Hatay İli Örneği). *Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(3):101-108.

Koç M., (2010). Demografik Özellikler ile Dindarlık Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 19(2):217-248.

Kodan S., (2013). Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk ve Akılcı Olmayan İnanışlar Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(2):175-190.

Kreipe R., McAnarney E., (2001). Adolesan Dönemi. Behrman R., Kliegman R. (ed): Nelson Essentials of Pediatrics Üçüncü Edisyon Türkçe (M. Tuzcu, S. Tuzcu, çev.), Nobel Tıp Kitabevleri, 226.

Kula E., (2008). Endüstri Meslek Lisesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri ve Saldırganlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kulaksızoğlu A., (2000). Ergenlik Psikolojisi. 3. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 113-235.

Kurt A., (2009). Dindarlığı Etkileyen Faktörler. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 18(2):1-26.

Küçük S., Bayat M., (2012). Ortaöğretim Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(2):103-111.

Maya İ., Uzman E., Işık H., (2012). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Girişimcilik Düzeylerini Farklı Kaynaklardan Algıladıkları Sosyal Desteğin Yordaması. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi, 7(1):23-48.

McWhirter E.H., McWhirter B.T., (2008). Adolescent Future Expectations of Work, Education, Family, and Community Development of a New Measure. Youth Society, 40(2):182-202.

Moscardino U., Scrimin S., Capello F., Altoè G., (2010). Social Support, Sense of Community, Collectivistic Values, and Depressive Symptoms in Adolescent Survivors of the 2004 Beslan Terrorist Attack. Social Science & Medicine, 70:27-34.

Oğuztürk Ö., Akça F., Şahin G., (2011). Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyi ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Üzerinden İncelenmesi. Klinik Psikiyatri, 14:85-93.

Okyay P., Ergin F., (2012). Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme. Eskin M., Dereboy Ç., Harlak H., Dereboy F. (ed): Türkiye’de Gençlik Ne Biliyoruz Ne Bilmiyoruz, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 3.

Otrar M., Demirbilek M., (2013). Ebeveynleri Birlikte Olan Ergenler ile Parçalanmış Aileye Sahip Ergenlerin Benlik Saygıları ve Atılganlık Düzeyleri Üzerine Bir İnceleme. Eğitimde Politika Analizi Dergisi, 2(2): 21-40.

Öksüz Y., Ayvalı M., (2012). İlköğretim 4.ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı ile Sosyal Uyum Düzeyi İlişkisi. International Journal of Social Science, 5(3):151-167.

Özcan H., Subaşı B., Budak B., Çelik M., Gürel Ş.C., Yıldız M., (2013). Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi. Journal of Mood Disorders, 3(3):107-113.

Özcebe H., (2002). Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 11(10):374-377.

Özçakar N., (2010). Birinci Basamakta Adolesana Yaklaşım. Turkish Family Physician, 1(1):23-28.

Özdemir İ., (2013). Aile Yanında Yaşayan ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Kaygı Düzeyleri ve Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özdemir O., Özdemir P., Kadak M., Nasıroğlu S., (2012). Kişilik Gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(4):566-589.

Özdemir Ş., Torlak Ö., Vatandaş C., (2013). Aile Yaşam Döngüsü ve Tüketim. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Merkezi Yayınları, 4:37.

Özdemir Y., (2014). Ana-Baba Ergen Çatışması ve Ergenlerde Depresyon Belirtileri: Benlik Saygısının Aracı Rolü. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 27(3):211-220.

Özen M., Serhadlı Z., Türkcan A., Ülker G., (2010). Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23:60-65.

Özer A., Gençtanırım D., Ergene T., (2011). Türk Lise Öğrencilerinde Okul Terkinin Yordanması: Aracı ve Etkileşim Değişkenleri ile Bir Model Testi. Eğitim ve Bilim, 36(161):302-317.

Özmen D., DüNDAR P.E., Çetinkaya A.Ç., Taşkın O., Özmen E., (2008). Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9:8-15.

Öztop D.B., (2012). Adolesanda Ruhsal Sorunlar. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 16(ek):14-18.

Öztop D.B., Öztürk A., Ünalın D., Mazıcıoğlu M., Balcı E., Gün İ., (2011). Lise Öğrencilerinde Depresyon ve Davranış Sorunlarının Yaygınlığı. Anatolian Journal of Psychiatry, 12:204-211.

Öztürk E., (2014). Türkiye’de Aile, Şiddet ve Kadın Sığınmaevleri. 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum, 3(7):39-342.

Öztürk M.O., Uluşahin A., (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 94-784.

Pakdemir M., (2011). Çatışma Yaşanan Bölgelerdeki Üniversite Gençlerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Yordanmasında Travmatik Yaşantılar, Sosyal Destek ve Dünyaya İlişkin Varsayımların Rolü ve Çatışma Yaşanmayan Bölgelerdeki Üniversite Gençleri ile Karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Parlaz E., Tekgül N., Karademirci E., Öngel K., (2013). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. Turkish Family Physician, 3(2):10-16.

Pehlivan E., Yekeler B., (2015). Malatya’da Yarı Kırsal Bir Bölgede Ergenlerde Özsaygı ile Fiziksel Şiddete Maruziyet Arasındaki İlişki. Medicine Science, 4(1):1934-1946.

Pehlivantürk B., (2008). Somatoform Bozukluklar. Çetin F.Ç., Coşkun A., Pehlivantürk B., İşeri E., Türkbay T., Miral S., Uslu R., Motavallı N., Ünal F. (ed): Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 424.

Pehlivantürk B., (2012). Türk Gençlerinde Somatoform Bozukluklar ve Stigmatizasyon. Eskin M., Dereboy Ç., Harlak H., Dereboy F. (ed): Türkiye’de Gençlik Ne Biliyoruz Ne Bilmiyoruz, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 391-397.

Pekcan H., (2012). Adolesan Sağlığı. Güler Ç., Akın L. (ed): Halk Sağlığı, Genişletilmiş İkinci Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1:486.

Piko B., (2001). Gender Differences and Similarities in Adolescents' Ways of Coping. The Psychological Record, 51:223-235.

Ramaswamy V., Aroian K.J., Templin T., (2009). Adaptation and Psychometric Evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Arab American Adolescent. Am J Community Psychol, 43:49-56.

Rosenfeld L.B., Richman J.M., Bowen G.L., (1998). Low Social Support among At-Risk Adolescents. *Social Work in Education*, 20(4):245-260.

Rothon C., Head J., Klineberg E., Stansfeld S., (2011). Can Social Support Protect Bullied Adolescents From Adverse Outcomes? A Prospective Study on the Effects of Bullying on the Educational Achievement and Mental Health of Adolescents at Secondary Schools in East London. *Journal of Adolescence*, 34:579–588.

Sağlık Bakanlığı, (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2007). Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sankır H., (2014). Gençlerin Sapmış ve Suçlu Davranışlara Yönelmelerinde Benlik Saygısının Etkisi: Lise 11. Sınıf Örneği. *Turkish Studies - International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(2):1311-1333.

Santos M., Richards C.S., Bleckley M.K., (2007). Comorbidity Between Depression and Disordered Eating in Adolescents. *Eating Behaviors*, 8:440-449.

Santrock J., (2012). Ergenlik (D. Siyez, çev.), 14. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 224-229.

Sarı B.A., (2013). Batman'da Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları. Klinik Psikiyatri, 16:7-17.

Sarıçam H., Yılmaz E., Gülbahçe A., Gülbahçe Ö., Çardak M., (2013). İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinde Benlik Saygısı, Farklı Yetenek ve Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. International Journal of Human Sciences, 10(1):525-540.

Satan A., (2011). Ergenlerde Akran Baskısı, Benlik Saygısı ve Alkol Kullanımı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 34:183-194.

Savaşır I., Şahin N.H., (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 9.

Sayar M., (2006). A Longitudinal Study of the Relationship Between Perceived Social Support and Psychological Well-Being of Adolescents From Low Socioeconomic Status. Boğaziçi University Institute of Social Sciences, Master of Arts, İstanbul.

Saydanoğlu T., Coşkun B., (2012). Ergenlerde Öfke ve Şiddet. Eskin M., Dereboy Ç., Harlak H., Dereboy F. (ed): Türkiye’de Gençlik Ne Biliyoruz Ne Bilmiyoruz, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Ankara, 483-484.

Seçer İ., Gülbahçe A., (2013). Çocuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. Middle Eastern and African Journal of Educational Research, 3:91-106.

Seginer R., (2003). Adolescent Future Orientation: An Integrated Cultural and Ecological Perspective. Online Readings in Psychology and Culture, 6(1):1-13.

Sezer Ö., (2010). Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 7(1):1-19.

Siyez D.M., Aysan F., (2007). Ergenlerde Görülen Problem Davranışların Psiko-Sosyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Yordanması. Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1):145-171.

Sönmezay H., (2010). Lise Öğrencilerinde Zorbalığın İletişim Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Steinberg L., (2007). Ergenlik (F. Çok, çev.), 1. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 352-512.

Şahin D., (2009a). Semiyoloji. Kulaksızoğlu B., Tükel R., Üçok A., Yargıç İ., Yazıcı O. (ed): Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, İstanbul, 30.

Şahin H., (2009b). Özel Sektör İşbirlikli Bir Mesleki ve Teknik Eğitim Kurumu Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi (İstanbul İli, Şişli Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Örneği). Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Şahin N.H., Durak A., (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 9(31):44-56.

Şahin N.H., Batıgün A.D., Uğurtaş S., (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2):125-135.

Şahin N.H., Batıgün A.D., Yılmaz B., (2007). Psychological Symptoms of Turkish Children and Adolescents After the 1999 Earthquake: Exposure, Gender, Location, and Time Duration. Journal of Traumatic Stress, 20(3):335-345.

Şencan B., (2009). Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ile Sosyal Yetkinlik Beklentisi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Şimşek H., (2011). Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Lise Öğrencilerinin Gelecek Beklentileri ve Gelecek Beklentilerini Etkileyen Faktörler. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi, 5(1):90-109.

Şişman F.N., Kadioğlu H., Ergün A., Erol S., (2013). Okul Çocuklarında Somatizasyon ve Somatik Belirtiler Nedeniyle Okul Revirine Başvuru Durumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(3):131-136.

Taşdan M., Yalçın T., (2010). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Örgütsel Güven Düzeyleri Arasındaki İlişki Düzeyi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 10(4):2569-2620.

Tatlıoğlu K., Karaca M., (2013). Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme, International Journal of Social Science, 6(6):1101-1123.

Tercanlı N., Demir V., (2012). Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi (Gümüşhane İli Örneği). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1):29-40.

Tezel A., Özkan H., Parlak A., (2012). Bir Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulama Programı: Erzurum İl Merkezinde Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeyleri. Bozok Tıp Dergisi, 2:(23-28).

Tokuç B., Evren S.M., Ekuklu G., (2009). Edirne ve Hayrabolu Mesleki Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(2):155-160.

Tuncer M., (2011a). Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. Turkish Studies - International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 6(3):1265-1275.

Tuncer M., (2011b). Yükseköğretim Gençliğinin Gelecek Beklentileri Üzerine Bir Araştırma. *Turkish Studies - International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 6(2):933-946.

Tüfekçiyaşar T., (2014). Lise 10. ve 11. Sınıf Öğrencilerinde Kaygı, Umutsuzluk ve Benlik İmgesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2014). İstatistiklerle Gençlik 2013, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.

Tümkaya S., Çelik M., Aybek B., (2011). Lise Öğrencilerinde Boyun Eğici Davranışlar, Otomatik Düşünceler, Umutsuzluk ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20(2):77-94.

Türkleş S., Hacıhasanoğlu R., Çapar S., (2008). Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):18-28.

Uğurlu O., (2011). Genel ve Zihinsel Sağlığın Yordayıcıları Olarak İyimserlik ve Karamsarlık. *Çankaya University Journal of Humanities and Social Sciences*, 8(1):81-90.

Uluçay T., Özpolat A., İşgör İ., Taşkesen O., (2014). Lise Öğrencilerinin Gelecek Beklentileri Üzerine Bir Araştırma. *NWSA-Education Sciences*, 9(2):234-247.

Ünalın P., Kaya Ç., Akgün T., Yıkılkan H., İşgör A., (2007). Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27:567-576.

Üner S., Bosı T.B., Velipaşaoğlu M., Üre İ., Topbaşı Z.H., Varol R.S., Sungur M.A., Sanhal C.Y., (2007). Ankara'da Bulunan İki Lisenin Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının GSA-12 ile Değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(1):25-31.

Wang Q., Hay M., Clarke D., Menahem S., (2012). The Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression in Adolescents with Heart Disease. *The Journal Of Pediatrics*, 161(5):943-946.

WHO (World Health Organization), (2014). <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> (Erişim Tarihi 06/05/2015).

Vidinlioğlu S.Ö., (2010). Ortaöğretim Öğrencilerinin Benlik Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Xia L.X., Ding C., Hollon S.D., Wan L., (2013). Self-Supporting Personality and Psychological Symptoms: The Mediating Effects of Stress and Social Support. *Personality and Individual Differences*, 54:408-413.

Yalçın İ., (2015). Relationships Between Well-Being and Social Support: A Meta-Analysis of Studies Conducted in Turkey. *Turkish Journal of Psychiatry*, 26(1):21-32.

Yavuz S., Özmete E., (2012). Türkiye’de Genç Bireyler ve Ebeveynleri Arasında Yaşanan Sorunların “Aile Yapısı Araştırması” Sonuçlarına Göre Değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları*, 7(29):9-27.

Yavuzer H., Demir İ., Meşeci F., Sertelin Ç., (2005). Günümüz Gençliğinin Gelecek Beklentileri. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2:93-103.

Yen J.Y., KO C.H., Yen C.F., Chen S.H., Chung W.L., Chen C.C., (2008). Psychiatric Symptoms in Adolescents with Internet Addiction: Comparison with Substance Use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62:9-16.

Yerlikaya İ., (2014). Devlet ve Özel Ortaokul Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi ve Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(8):865-877.

Yıldırım İ., (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13:81-87.

Yıldırım T., Atılı A., Çitil C., (2014). Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Aramaya Gönüllülükleri ile Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişki. e-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi, 5(2):89-104.

Yılmazel G., (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Sağlıkla İlişkili Davranışlar. New Symposium Journal, 51(3):151-157.

Yolcuoğlu İ.G., (2009). Türkiye’de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi. Aile Ve Toplum Dergisi, 5(18):1-20.

Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K., (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52(1):30-41.

8. EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMUTF), Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, Samsun'da devlet okullarında öğrenim gören adölesanların ruhsal durumları, algıladıkları sosyal destek düzeyi ve gelecek beklentilerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü arttıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Tarih: / /

1) Doğum tarihiniz (yıl) :

2) Cinsiyetiniz:

Erkek Kız

3) Doğum yeriniz:

Köy Belde İlçe Merkezi İl Merkezi Yabancı Ülke

4) Devam ettiğiniz

Okul:

Sınıf:

5) Anne: Sağ Yaşamıyor

Baba: Sağ Yaşamıyor

6) Anne Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Baba Eğitim Düzeyi: Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

7) Kardeşiniz var mı?

Hayır Evet (Kardeş sayısı:.....)

8) Sigara içiyor musunuz?

Hayır

Evet (Günde kaç adet içiyorsunuz:.....)

9) Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır

Evet (Ne sıklıkta kullanıyorsunuz:))

10) Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?

Hayır Evet

11) Düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?

Hayır Evet (Varsa belirtiniz:.....)

12) Daha önce psikiyatrist ve/veya psikologdan yardım aldınız mı?

Hayır Evet

EK-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

<i>Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyarak değerlendiriniz.</i>		Kesinlikle				Kesinlikle		
		Hayır				Evet		
1-	İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
2-	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
3-	Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4-	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5-	Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
6-	Arkadaşlarım bana yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
7-	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8-	Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9-	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10-	Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.	1	2	3	4	5	6	7
11-	Kararımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12-	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-3 Kısa Semptom Envanteri

	0	1	2	3	4
	Hiç Yok	Biraz Var	Orta Derece	Epey Var	Çok Var
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2.Baygınlık, baş dönmesi					
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol ettiği fikri					
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5.Olayları hatırlamada güçlük					
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrı					
8.Meydanlık (açık) yerlerde korkma duygusu					
9.Yaşamınıza son verme duygusu					
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11. İştahta bozulma					
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissi					
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16.Yalnızlık hissetme					
17.Hüzünlü, kederli hissetme					
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19.Ağlamaklı hissetme					
20.Kolayca incinebilmek, kırılmak					
21.İnsanların sizi sevmediğine, size kötü davrandığına inanmak					
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23.Mide bozukluğu, bulantı					
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25.Uykuya dalmakta güçlük					
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					

	Hiç Yok	Biraz Var	Orta Derece	Epey Var	Çok Var
27.Karar vermede güçlük					
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30.Sıcak, soğuk basmaları					
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32.Kafanızın bomboş kalması					
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük, zorlanma					
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41.Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43.Kalabalıklardan rahatsızlık duymak					
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45.Dehşet ve panik nöbetleri					
46.Sık sık tartışmaya girmek					
47.Yalnız bırakıldığında/kalındığında yalnızlık hissetmek					
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50.Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52.Suçluluk duyguları					
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK-4 Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeği

Yetişkin Olduğumda	1:Kesinlikle inanmıyorum	2	3	4	5	6	7:Kesinlikle inanıyorum
İş ve Eğitim							
1. Hayatımla ilgili başarmak istediğim şeyleri başarmış olacağım							
2. İstediğim şeyleri satın alabileceğim							
3. İyi bir iş bulacağım							
4. Hedeflediğim eğitim düzeyine ulaşacağım							
5. Hoşlanacağım bir iş bulacağım							
6. İstikrarlı bir iş bulacağım							
7. Geçimimi her zaman sağlayacağım							
8. Kendimi güvende hissedeceğim							
9. Kazandığım para bana ve hayat arkadaşıma yeterli gelecek							
10. İşim bana kendimle gurur duymam için fırsatlar verecek							
11. Mutlu bir hayatım olacak							
Evlilik ve Aile							
12. Evleneceğim							
13. Çocuklarım olacak							
14. 25 yaşından önce evli olacağım							
15. Evliliğim hep sürecek							
16. Çocuğum daima barış içinde yaşayacak							
17. Çocuğumun uzun bir hayatı olacak							
18. Çocuğuma güvenli bir ortam sağlayacağım							
Din ve Toplum							
19. Düzenli olarak toplumsal ve dini hizmetlere katılacağım							
20. Dini aktivitelere katılacağım							
21. Topluluğumda lider olacağım							
Sağlık ve Yaşam							
22. Uzun bir hayat yaşayacağım							
23. Sağlıklı bir diyet yapacağım							
24. Spor yapacağım							
25. Sağlığım iyi olacak							