

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YETİŞTİRME YURDUNDA YAŞAYAN ÇOCUKLARIN
GENEL RUH SAĞLIĞI DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Aytaç YILMAZ**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr. Ümit SEVİĞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞTİRME YURDUNDA YAŞAYAN ÇOCUKLARIN
GENEL RUH SAĞLIĞI DURUMLARININ
BELİRLENMESİ

Tezi Hazırlayan
Aytaç YILMAZ

Tezi Yöneten
Prof.Dr. Ümit SEViğ

Hemşirelik Programı
Yüksek Lisans Tezi

Ağustos 2005
KAYSERİ

Prof.Dr. Ümit SEVİĞ danışmanlığında Aytaç YILMAZ tarafından hazırlanan "Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Çocukların Genel Ruh Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi" konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

12/09/2005

(Tez savunma sınav tarihi yazılacak)

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof. Dr. Osman GÜNAY

Üye : Prof. Dr. Ümit SEVİĞ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Meral BAYAT

Osman Günay
Ümit Seviğ
Meral Bayat

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 07.10.05 tarih ve 340... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. M. BAYAT



III

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamı yönlendiren ve destekleyen; Sayın Prof. Dr. Ümit SEVİŐ'e, istatistik verilerin düzenlenmesinde yardımlarını esirgemeyen; Sayın Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, özverili desteğinden dolayı; Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral BAYAT'a, anket çalışması için gerekli izinlerin alınmasında kolaylık sağlayan; Kayseri Sosyal Hizmetler İl Müdürü Sayın Őahin ÖZTARHANACI'ya, sevgili aileme ve bütün çalışma arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

YETİŞTİRME YURDUNDA YAŞAYAN ÇOCUKLARIN GENEL RUH SAĞLIĞI DURUMLARININ BELİRLENMESİ

ÖZET

Kayseri yetiştirme yurtlarında kalan çocukların genel ruh sağlığı durumlarının belirlenmesi konulu araştırma tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evreni Kayseri'deki yetiştirme yurtlarında yaşayan 265 çocuktur. Ancak okuma yazma bilmeyen, zihinsel özrü bulunan, koruyucu aile yanında yaşayan, yatılı okullarda okuyan ve çalışmaya katılmak istemeyen 64 çocuk dışındaki 201 çocuk değerlendirmeye alınmıştır. Onay tarihinden itibaren 1 aylık süre içinde yapılabilmesine ilişkin izin kararıyla çalışma Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kararıyla 22-10-2004 - 22-01-2005 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Verilerin toplanmasında tanımlayıcı bilgileri içeren 19 soruluk anket formu ve Genel Sağlık Anketi -12 kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin istatistik analizinde ki-kare testi, çoklu lojistik regresyon analizi ve alfa güvenilirlik analizi uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda çocukların cinsiyetlerinin, öğrenim durumlarının, akran ilişkilerinin, günlük öğün sayılarının, sigara içme durumlarının ruh sağlıklarıyla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlara dayanılarak risk taşıyan genç gruba stresle etkin baş etme yollarını geliştirici programlar oluşturulması, adölesan döneminin normal özellikleri, bireye yaklaşım ve iletişim konusunda yetiştirme yurdu çalışanlarının eğitilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Ruh sağlığı, Adölesan, Yetiştirme yurdu

DETERMINING THE GENERAL MENTAL HEALTH CONDITIONS OF CHILDREN LIVING IN THE ORPHANAGES

ABSTRACT

The study on determining the general psychological health conditions of children living in the orphanages in Kayseri has been planned and applied to be descriptive. 265 children living in all of the orphanages in Kayseri have been included within the circle of the study. But the study has been applied to 201 children, excluding the children who are illiterate, mentally retarded, or those attending in boarding schools, living with protective families or refusing to respond to the survey. In accordance with the decision of the general directorate, which stated that it should be applied for 1 month following the date of approval, the study was applied between the dates of 22.10.2004 and 22.01.2005. The children who were not present at the orphanages during these dates were excluded from the study.

To gather data, a survey consisting of 19 questions with descriptive information and General Health Survey 12 have been used. The data have been evaluated in a computerized setting (or on a computer). In the analysis of the data, chi-square, logistic regression analysis and alpha security analysis have been used.

The result of the survey shows that their mental health is related to their sexes, education, peer relations, the number of meals they have daily and cigarette addiction. As a result it has been suggested that programs which produce strategies for the youth under risk to deal with stress be developed and the staff of the orphanages be educated about the normal characteristics of adolescence, communication and approach to individuals.

Key words : Mental Health, Adolescence, Orphanages

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. 8-18 YAŞ GRUBU ADÖLESANLARIN GENEL ÖZELLİKLERİ	6
2.2. ADÖLESAN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	8
2.3. ADÖLESAN SAĞLIK SORUNLARI	9
2.3.1. Adölesanlarda Ruh Sağlığı Sorunları	9
2.3.2. Adölesanlar ve Okul Sağlığı.....	10
2.4. AİLE ORTAMININ ÖNEMİ.....	11
2.5. YUVA BAKIMININ ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİSİ	12
2.6. ÇOCUK BAKIMINDA KURUMSALLAŞMA	13
2.7. TÜRKİYE’DE ÇOCUKLARIN KORUNMASI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER VE ÇOCUK YUVALARININ DURUMU	14
2.8. KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUK VE GENÇLERİN YETİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK KURUM BAKIM HİZMETİ VE ETKİLERİ	17

	<u>Sayfa No</u>
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM	26
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ....	27
3.4.1. Veri Toplama Aracı.....	27
3.4.2. Verilerin Toplanması.....	27
3.4.3. Ön Uygulama.....	28
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.5. ETİK KONULAR VE İZİNLER	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	48
6. KAYNAKLAR	57
EKLER	
Ek-1 Kişisel bilgi anketi	
Ek-2 GSA 12	
Ek-3 İzin	
ÖZGEÇMİŞ	

VIII

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 2.1. Adölesanlar da döneme göre biyopsikososyal değişimler	7
Tablo 2.2. Türkiye deki yetiştirme yurdu sayısı ve çocuk dağılımı	16
Tablo 4.1. Çocukların sosyo demografik özellikleri	30
Tablo 4.2. Çocukların yaşam biçimleri ile ilişkili özelliklerine göre dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların GSA 12 puanlarının dağılımı	33
Tablo 4.4. Çocukların yaş gruplarına göre GSA 12 puanlarının dağılımı	33
Tablo 4.5. Çocukların cinsiyetlerine göre GSA 12 puanlarının dağılımı	34
Tablo 4.6. Çocukların cinsiyet ve yaşlarına göre GSA 12 puanlarına dağılımı	35
Tablo 4.7. Çocukların öğrenim durumlarına göre GSA 12 puanlarının dağılımı	36
Tablo 4.8. Çocukların annelerinin hayatta olma durumlarına göre GSA 12 puanları dağılımı	36
Tablo 4.9. Çocukların babalarının hayatta olma durumlarına göre GSA 12 puanları dağılımı	37
Tablo 4.10. Çocukların yetiştirme yurdunda yaşama yılına göre GSA 12 puanlarının dağılımı	37
Tablo 4.11. Çocukların kardeş sayılarına göre GSA 12 puan dağılımı	38
Tablo 4.12. Çocukların aile bireylerinden görüştüğü kişilere göre GSA 12 puan dağılımları	39
Tablo 4.13. Çocukların aile ile iletişimlerini değerlendirme durumlarına göre GSA 12. puan dağılımları	39
Tablo 4.14. Çocukların kaldığı odadaki kişi sayısına göre GSA 12 puan dağılımları	40

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.15. Çocukların arkadaş ilişkilerine göre GSA 12 puan dağılımları	41
Tablo 4.16. Çocukların sigara kullanım durumlarına göre GSA 12 puan dağılımları	41
Tablo 4.17. Çocukların kahvaltı yapma durumlarına göre GSA 12 puan dağılımlar	42
Tablo 4.18. Çocukların yemek öğün sayılarına göre GSA 12 puan dağılımları	42
Tablo 4.19. Çocukların hastalık durumlarına göre GSA 12 puan dağılımları	43
Tablo 4.20. Çocukların önemli kaza geçirme durumlarına göre GSA12 puan dağılımları...	43
Tablo 4.21. Çocukların son 6 ay içindeki sağlık problemi yaşama durumlarına göre GSA 12 puan dağılımları	44
Tablo 4.22. Çocukların ders başarı dağılımlarına göre GSA 12 puan dağılımı	44
Tablo 4.23. GSA 12'den 2 ve üstü puan alınmasında etkili olabilecek risk faktörlerinin çoklu lojistik regresyon analizi ile incelenmesi	45

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlığın ayrılmaz bir parçası olan ruhsal sağlık sorunları günümüz toplumunda çok sık gözlenmektedir. Ruh sağlığı sorunlarının sınırları çizilemese de, klinik tanımında uyum yapabilme, bireyde aşırı anksiyete olup olmaması, id-ego-süper ego arasında denge halinin olup olmaması gibi kriterler dikkate alınmıştır. Buna göre bu denge, düzen ve uyumun sağlanamadığı durumlarda ruh sağlığı sorunlarından söz edilir. Ruh sağlığı sorunu olanlar istatistiksel olarak tanımlandığında çoğunluğa uymayan ve çan eğrisinin iki uçunda kalan kişilerdir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre de sağlık, yalnız hasta ya da sakat olmama durumu değil, bedensel – sosyal - ruhsal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tanım içinde yer alan ruhsal iyilik hali tanımı; bireyin toplumla, kendisi ve çevresini oluşturan kişilerle barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir.

Yüzyıllar boyunca insanlar çeşitli bulaşıcı hastalıkların yaptığı salgınlarla karşı karşıya kalmışlardır. Günümüzde ise diğer sağlık sorunlarının yanı sıra ruhsal sağlık sorunları da gerek yaygınlıkları, gerekse kronikleşme eğilimleri nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ruhsal bozuklukların topluma maliyeti bu nedenle çok yüksektir. Başka bir deyişle ruh sağlığı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ancak

ülkemizde ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular sınırlıdır.

2002 verilerine göre Dünyada 6.3 milyar insan bulunmaktadır. Bu nüfusun yaklaşık üçte biri yani 2.1 milyarı çocuk yaşta olanlardır.

Türkiye genç nüfusa sahip bir ülkedir. Nüfusunun % 41.1'ini 0-18 yaş grubu, % 35'ini 8-18 yaş grubu oluşturmaktadır. Türkiye'de 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre 10-19 yaş grubu nüfusun genel nüfus içerisindeki oranı % 21.6'dır. Toplumun % 41.1'ini oluşturan çocukların sağlığını korumak bir sonraki neslin fiziksel ve zihinsel kapasitesine dolayısıyla toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesine yapılabilecek yatırımların en önemlisidir.

Ruhsal gelişim döneminin tam ortasında yer alan adölesan dönemi özel bir öneme sahiptir. D.S.Ö. adölesan grubunun tanımını; 10-19 yaş grubu nüfusu olarak yapmıştır.

Adölesan dönemi insan hayatında önemli bir geçiş devresidir. Bireyin çocukluktan olgunluk çağına eriştiği bir dönemdir. Adölesan ne çocuktur nede yetişkindir. Bu dönemin özelliği bedensel ve ruhsal değişikliğin ortaya çıkması ve bu değişikliklerin kişinin sosyal yaşantısını da etkilemesidir. Bedensel ve ruhsal değişiklikler, kişinin nasıl bir yetişkin olacağını belirlemesi açısından önemlidir. Adölesan dönemi; fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişme ile başlayan ve gelişmenin sona ermesiyle biten erişkin döneme geçiş evresidir. Çok hızlı değişikliklerin ve yeniliklerin olduğu bu dönem beraberinde beslenme, öğrenme, okul problemleri, ilaç ve madde bağımlılığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ruhsal ve davranışsal bozukluklar, seksüel bozukluklar, erken gebelikler, yaralanmalar, şiddet, hipertansiyon, hiperlipidemi, depresyon ve suisit girişimleri gibi çok önemli problemleri getirmektedir.

Adölesanların ruhsal sorunlarının yetişkinliğe taşınması, aile ve sosyal yaşamlarının yanında, okula devam edenlerin okul başarılarını da olumsuz etkilemesi nedeniyle önemlidir. Erken tanı ve tedavisi yapılmayan bütün sağlık sorunları gibi ruhsal sorunlarda kronikleşmekte ve tedavisi güçleşebilmektedir.

Toplumların kalkınması sağlıklı, zinde ve yetenekli kuşakların yetişmesine, çocukların sağlıklı olarak gelişmesi ise yaşadıkları ortam ve koşullara bağlıdır.

Yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ana - babasız kalmış veya çeşitli nedenlerle onların şefkat ve ilgisinden mahrum olmuş, uygun bedensel ve zihinsel gelişme ortamı bulamamış adölesan dönemi çocuklarının farklı sorunları olacağı tahmin edilmektedir.

Yetiştirme yurtları bakıma muhtaç çocuklara barınak sağlamak, yemek ihtiyaçlarını karşılamak, bedensel ve ruhsal sağlıklarını korumak ve geliştirmek üzere kurulmuşlardır. Çok küçük yaşlardan beri aile ve özellikle anne bakımından yoksun yuvada ya da yetiştirme yurdunda yetişen çocuklar çoğu zaman kurumsal bakımın olumsuz etkilerini taşımaktadır.

Her çocuk, gelişiminin değişik evrelerinde çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Öz ailesinin yanında yaşayan çocuklarda görülebilecek sorunlar, kurum bakımı altındaki çocuklarda daha sık ve yoğun yaşanmakta ve uzun sürmektedir. Bunda kurum bakımının bir aile ortamından daha farklı özelliklere sahip olması etkilidir. Kurum bakımı; kurumların yapısal özelliklerine, hizmet veren personelin nitelik ve niceliğine, hizmetlerden beklentilerine göre farklılıklar gösterebilir. Ülkemizde yürütülme biçimiyle, çocuklarla yüz yüze temas halinde olan personel anne-baba rolü almayı istemektedir. Ancak vardiyalı çalışmalar, çalışma süresinin sınırlılığı personelin çocuklarla günün değişik saatlerinde birlikte olabilmelerine izin vermektedir.

Sağlıklı bir geleceğin oluşmasına katkıda bulunacak kurum ve kuruluşlar içinde yetiştirme yurtlarının önemli bir rolü vardır. Burada yaşayan çocukların bedensel, toplumsal ve ruhsal sağlıkları ile bugünden ilgilenmek mutlu ve sağlıklı bir toplumun geleceğini hazırlamak demektir. Ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlık / iyilik yönünden önemli bir risk grubunu oluşturan bu nüfusun ele alınması temel sorumluluktur.

Yetiştirme yurtlarındaki çocuklar, özellikle çocukluk çağından gençlik dönemine geçiş olan adölesan dönemde gerek ruhsal, gerekse bedensel gelişmelerinde pek çok sorunla karşılaşabilirler, bu nedenle dikkatle izlenmeleri ve bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Yapılan araştırmalarda yuvalarda yetişen, okul çağında ve sonraki yıllarda izlenen çocuklarda; genel bir ilgisizlik ve çevreyi umursamazlık, öğrenmeye karşı ilgisiz kalma ve okulda başarısızlık, düşünme ve kavrama zayıflığı olduğu bulunmuştur. Çocuklarda donuk zeka, duygusal tepkilerde küntlük, çalma, saldırganlık ve okuldan kaçma gibi davranış bozukluklarının sık görülebildiği ve bu çocuklar içinde yetişkin çağda suça yönelenlerin olabildiği görülmüştür.

Ruh hastaları ve suçlular arasında yapılan araştırmalarda, bu kişilerin çocukluklarında, ana ve baba yitimine daha çok uğradıkları saptanmıştır. Özellikle depresyon denen ruhsal çökkünlük ve öz kıyım (intihar) eğilimi gösteren kişilerin geçmişlerinde (beş yaşından önce) anne ölümü yüksek oranda bulunmuştur. Ülkemizde 1991'de yapılan araştırmalara göre 15-24 yaş arası intihar oranı yüz binde 32.2, sigaraya başlama yaşı 12, uyuşturucuyla ilk tanışma yaşı ise 12-13 olarak belirlenmiştir.

Bir araştırmada bir yaşından sonra yuvaya yerleştirilmiş çocuklarla, doğumdan birkaç hafta sonra yuvaya yerleştirilmiş çocuklar karşılaştırılmış; bir yıl ana - babalı büyümiş çocukların, daha uyumlu oldukları görülmüş, buna karşın hiç anne sevgisi görmemiş olan çocukların çok uyumsuz ve saldırgan oldukları bulunmuştur.

Bachman ve Sigvardsson'un, erken kurum bakımının uzun dönemdeki etkilerine ilişkin yaptıkları çalışmada da; doğumdan hemen sonra gelip evlat edilinceye kadar 12 ay yuvalarda kalan 579 çocuğun 15 yaşında genel durumları incelenmiştir. Okul başarısı ve uyumlu sosyal ilişkiler yönünden bu çocukların diğerlerinden farklılık göstermedikleri bulunmuştur.

Çocuğun anneden yoksun kalması ne kadar erken başlarsa ve ne kadar uzun sürerse, ortaya çıkacak davranış bozuklukları ve ruhsal dengesizliklerin o oranda ağır olacağı birçok araştırmada saptanmıştır.

Gökçe, 6972 sayılı Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkındaki Kanun'un ülkenin koşullarına uygun olup olmadığını ve uygulamada hangi noktaların ne derecede yeterli veya yetersiz olduğunu saptamak amacıyla 5 yetiştirme yurdunu kapsayan bir araştırma yapmıştır. Araştırma sonucunda anılan kanunun uygulamada yetersiz kaldığı bulunmuştur.

Yapılan karşılaştırmalı araştırmalar, koruyucu ailelerde yetiştirilen çocukların, zeka gelişmesi, ruhsal olgunluk, toplumsal uyum bakımından, yuva çocuklarından çok ilerde olduklarını ortaya koymaktadır.

Ruhsal sorunların yaygınlığının ve bu yaygınlığı belirleyen etkenlerin bilinmesi hem bilimsel ve klinik hem de ruh sağlığı politikalarının değerlendirilmesi açasından önemlidir. Ülkemiz genelinde olduğu gibi Kayseri ilinde de yetiştirme yurtlarında bu konuda yapılacak çalışma yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların genel ruh sağlığı durumlarının belirlenmesi, verilen sağlık hizmetlerinin planlanması ve yetiştirme

yurtlarında çalışan hemşirenin ruh sağlığı problemlerine dikkatlerinin çekilmesi, verilecek bakım hizmetlerinin planlanması, etkinliğinin artırılması için de önemlidir. Bu araştırma yetiştirme yurtlarında yaşayan çocukların genel ruh sağlığı durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu konuda yapılacak çalışma yetiştirme yurdunda verilen hizmetlerde hemşirenin rolünü belirlemek ve vurgulamak için ayrıca önem taşımaktadır.

Sağlık tanımını içerisinde ruhsal yönden sağlıklı olmanın da yer alması, ülkemizde ruh sağlığı ile ilgili sorunların oldukça yaygın olduğunun düşünülmesi, genç nüfusun toplam nüfusun önemli bir kısmını oluşturması, daha önce benzer bir araştırmanın yapılmamış olması nedeniyle yetiştirme yurdunda yaşayan çocuklarla, ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesine yönelik bu çalışma planlanmıştır.

Bu çalışmanın amaçları;

- ✓ Yetiştirme yurtlarındaki 8 ve üstü yaş grubundaki çocukların genel ruh sağlığı durumları hakkında bilgi sahibi olmak,
- ✓ Genel ruhsal durum ile bazı sosyo demografik özellikler arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. 8-18 YAŞ ADÖLESANLARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Çocuklukla erişkinlik arasında gençlik ya da delikanlılık adı verilen bir dönem yer alır. 10-21 yaş arasını kapsayan bu çağ ruhsal alanda önemli değişikliğin belirdiği, hızlı bir büyüme ve olgunlaşma çağıdır. Batı dillerinde “adolescence” diye bilinen bu dönemin sözlük anlamı ‘büyüme’dir. Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş grubunu adölesan olarak tanımlamış ve erken, orta, geç olarak üç döneme ayırmıştır. Adölesan dönemi, çocukların kimlik oluşumunu tamamlamaya, davranış biçimlerinin şekillenmeye başladığı bir dönem olduğu için kritik bir dönemdir. Bu nedenle bu dönemdeki sağlığı koruyucu, geliştirici müdahaleler, erken tanı ve tedavi çok önemlidir (1,2).

Adölesan çocuklukla erişkinlik arasında yer alan, gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir. Görünür ergenlik belirtileri kız çocuklarda ortalama 10, erkek çocuklarda ortalama 11-12 yaşlarında başlar (3).

Adölesan dönemi ruh sağlığı açısından özel bir önem taşımaktadır. Bu dönem yaşanan değişimlerden kaynaklanan sebeplerle birçok akut ve kronik ruhsal durumun görüldüğü bir dönemdir. Akut paranoid psikoz, akut mani, intihar, panik atak, akut stres bozukluğu anoreksiya nevrosa, bulimia nevrosa, alkol ve madde bağımlılığı gibi gelişim aşamalarının bu döneme özgü ya da bu dönemde ilk belirtileri ortaya çıkan ruhsal

sorunların iyi bilinmesi bu yaş grubuna yönelik ruh sağlığı programlarının oluşturulmasında önem taşımaktadır (3,4).

Adölesan dönemi çocuklarının döneme göre biyopsikososyal değişimleri tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2.1. Adölesanlar da Döneme Göre Biyopsikososyal Değişimler

Erken Adölesanlık (10-13 yaş)	
Puberte başlangıcı, gelişen vucüt ile ilgili kaygılar vardır.	Fiziksel olgunlaşmanın nasıl olduğu ile ilgili sorular, sıklıkla seksüel gelişimin evreleri hakkında ve aynı cinsteki yaşlılarında bu işlemin nasıl olduğu hakkında sorular vardır.
Sosyal çevresini aile dışında genişletme ve yaşlılarıyla ilişkilerde yoğunlaşma gözlenir.	Bazı dış sorumlulukları ebeveynlerle tartışarak teşvik etmek gerekir. Örneğin; doktor ziyareti, okul danışmanlarıyla temas.
Anlayış genelde somuttur.	Somut düşünme basit açık tarzda görsel ve sözlü iletişim gerektirir.
Orta Adölesanlık (14-16 yaş)	
Pubertal gelişim genelde tamamlanmıştır. Cinsel istekler ortaya çıkar.	Karşı cinsin dikkatini çekme yeteneğini keşfeder. Seksüel davranış ve deneyler başlar.
Aile değerlerinin devam etmesine rağmen yaşlılar davranışları belirler.	Yaşlılar ön plandadır. Asıl destek aileden çok yaşlılardır.
Bağımsızlık üzerine zıtlaşma (conflict) vardır.	Bağımsız hareket etme isteği artar. Kuralları tartışma ve görüşme yeteneği kazanır, ambivalans vardır.
Anlayış soyutlaşmaya başlar.	İmmatür ve tam gelişmemiş olduğunda, olabileceklerin farkına varır ama hayatla bütünleyemez.
Geç Adölesanlık (17-21 yaş)	
Fiziksel gelişim tamamlanmıştır. Cinsel rol artık tamamlanmıştır.	Seksüel tercihlerle ilgili kararlarda ve ilişkilerde daha rahat hissetmeye başlar. Bireysel ilişkiler daha önemlidir.
Narsizm azalır, paylaşma başlar.	Davranışla ilgili özel sorulara daha açıktır.
İdealisttir.	İdealizm, aile ve otorite şekilleriyle çarpışmaya neden olabilir.
Serbest bırakılma neredeyse sağlanır.	Serbest bırakılmayla kişisel hareketlerin sonuçlarının farkındadır.
Bilişsel gelişim tamamlanır.	Sağlık sonuçları için geniş dağılım seçeneğini anlayabilme kapasitesindedir.
İşlevsel rol tanımlanmaya başlar.	Hayat amaçlarının tartışılmasına olan ilgisi yoğundur. Çünkü bu evrenin temel işlevidir.

Tablo 2.1’de görüldüğü gibi adölesanların döneme göre biyopsikososyal değişimleri genel olarak şu gelişmeleri kapsar; puberte ve somatik büyüme tamamlanmıştır. Sosyal, duygusal ve zihinsel gelişme ile birlikte somut düşünmeden soyut düşünmeye geçiş

vardır. Bağımsız bir kişilik geliştirme ve aileden ayrılma, bir meslek veya beceri kazanmak için hazırlanma oluşmuştur (3).

2.2.ADÖLESAN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Adölesanlarda görülen sağlık sorunlarının bir kısmı hayatın daha önceki dönemlerinden köken alır. İntrauterin hayatta veya çocuklukta karşılaşılan beslenme yetersizlikleri, doğum travmaları, geçirilen infeksiyöz hastalıklar gençlik dönemini de etkilemektedir.

Çocukların sağlık düzeyinin annelerin sağlık düzeyi ile de ilişkili olduğunu unutmamak gerekir. Günümüzde dünya nüfusu 5 milyarı aşmıştır. Bu nüfusun üçte birini doğurganlık çağında olan kadınlar ve 5 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır.

Hastalık belirtileri göstermeyen, kronolojik yaşa uygun vücut büyümesi, fizyolojik olgunlaşma ve zeka gelişimi gösteren çocuk sağlıklı çocuk olarak tanımlanır. Çocuğun sağlık durumu ile büyüme ve gelişimi arasında çok yakın bir ilişki vardır. Çocuğun dünyaya sağlıklı gelebilmesi ve yaşamını sağlıklı sürdürebilmesi, intrauterin dönemde sağlıklı gelişmesi, doğum sırasında herhangi bir travmaya uğramaması ve doğumdan sonra da zararlı ortam faktörlerinden uzak kalması ile mümkün olabilir.

Toplumumuzda çocuklarda görülen hafif ve orta derecede malnütrisyon, ishal, infeksiyon ve genetik sorunlar henüz tam olarak çözümlenmemiştir. Ayrıca birçok iç ve dış faktörler çocuğun büyüme, gelişme ve sağlık durumunu etkilemektedir. Bu faktörler; prenatal ortam faktörleri, genetik faktörler, hormonal faktörler, postnatal (çevresel) faktörlerdir (3-5).

Belirtilen araştırma sonuçlarına göre adölesanların sağlık sorunlarının temel nedenleri arasında iyi beslenmeme, anne babanın eğitim seviyesinin düşüklüğü, aşırı nüfus artışı, kalabalık aile, sağlıklı barınak sağlayamama, sağlık hizmetlerinin iyi organize edilememesi, sağlığa verilen değerlerin yeterli olmaması ve çevresel koşullar gibi faktörler yer alabilmektedir (6).

2.3.ADÖLESANLARDA SAĞLIK SORUNLARI

Adölesanlarda görülen ölümlerin büyük çoğunluğu önlenabilir nedenlere bağlıdır. Dünyada ve Türkiye’de adölesanların genel sağlık sorunları benzerlik göstermektedir. Bu sorunlara ilişkin veriler incelendiğinde: Bu çağda ölümlerin başlıca iki nedeni araba kazaları ve kasıtlı ölüm nedenlerinden biri olan intihardır. Türkiye de 1991 yılı verilerine göre toplam saptanan 1228 intihar vakasının % 29.7’sini 15-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır (7). Dünyada uyuşturucu kullanma oranı 15 yaşından küçükler arasında yaygındır. Pakistan da uyuşturucuya başlama yaşı 12’nin hemen üzerindedir. 1996 yılında Ankara da yapılan bir araştırmada 12-18 yaş grubundaki öğrencilerin % 13’ünün sigara içme alışkanlığı olduğu saptanmıştır. 2002 yılında Ankara’da yapılan diğer bir araştırma sonucuna göre ise öğrencilerin % 4.8’inin halen sigara içtiği, % 13.8’inin bir kez denediği belirlenmiştir.

Bu dönemde jinekomasti, hirsütizm, mensturasyon düzensizlikleri, amonore gibi hormonal değişime bağlı sağlık sorunları görülebildiği gibi obezite, akne vulgaris, guatr, anemi gibi sorunlarda görülmektedir (8).

2.3.1. Adölesanda Ruh Sağlığı Sorunları

Ergenlik dönemindeki hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, benliğin henüz tam olarak olgunlaşmamış olması ve toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenlerle bu çağ sorunlarla yüklü fırtınalı bir dönemdir.

1998 Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında; kadınların % 22.4’ünde, erkeklerin % 10.9’unda herhangi bir ruhsal bozukluk olduğu saptanmıştır. Belirtilen araştırma sonuçlarına göre ülkemizde, her beş kişiden birinde ruhsal sorun olduğu, il merkezlerinde ruhsal sorunların daha yüksek olduğu, ayrıca çocukluk ve adölesan döneminde en sık depresif bozuklukların görüldüğü bildirilmiştir. Gençlerde, özellikle adölesan dönemde genç ailesi ve toplumla önemli çatışmalara düşer ve kendine bir çıkış yolu bulamazsa çeşitli psikolojik sorunlar gözlenebilmektedir.

Gençlik dönemi birçok psikiyatrik bozukluk riskini beraberinde getirmektedir. Bunlar arasında kişilik bozuklukları, nevrozlar, şizofreni, affektif bozukluklar, sigara, alkol, ilaç kullanma gibi alışkanlıklar sayılabilir (6,7).

Adölesanların % 10'unda psikolojik stres semptomları vardır. Ayrıca bu yaş grubunun % 8-22'sinde psikiyatrik bozukluk olduğu bilinmektedir. Adölesan dönemi boyunca anksiyete, panik bozukluk, affektif bozukluk, dikkat eksikliği şizofreni, yeme bozuklukları, depresyon görülebilir. Genel olarak prevalansı % 5 olan depresyon, intihar girişimi için en önemli nedenlerden biridir (10,11).

Genel popülasyonda prevalansı % 5-8 olan depresyon sıklığının 14-16 yaş civarında % 15'e kadar çıktığı ve bu yaşlarda yüksek intihar oranının bir sebebi olabileceği bildirilmiştir. Amerika da 15-24 yaş grubu gençlerin ölüm nedenleri arasında intihar 3. sırada yer almaktadır. Ülkemizde Devlet İstatistik Enstitüsü 2001 yılı kayıtlarına göre ise 15-24 yaş grubu intihar vakası % 29.7 olarak belirtilmiştir (9-11).

2.3.2.Adölesanlar ve Okul Sağlığı

Öğrenim çağındaki adölesanların fiziksel ve ruhsal sağlık bakımına ihtiyacı vardır (11).

Okul sağlığı çalışanları için öğrencilerin ruhsal gereksinimlerinin özellikleri şunlardır:

- ✓ Okula alışma sorunları
- ✓ İlişki zorlukları (ailevi sorunlar ortama uyum sağlayamama gibi)
- ✓ Lisan sorunları
- ✓ Başkaları tarafından istismar edilme
- ✓ Madde bağımlılığı
- ✓ Duygusal yıkım
- ✓ Psikopatolojiler
- ✓ Kendini tanımlama / Otonomi / Kontrol üzerindeki tehditler
- ✓ Zorlu geçişler (Okullaşma dönemi, yaşam koşullarındaki değişimler gibi)

Okullarda çeşitli tarama yöntemlerinin kullanılması ile yapılacak ruh sağlığı taramaları, birçok ruhsal sorunun erken tanınmasını sağlayabilir. Bu şekilde ruh sağlığı sorunu olan adölesanın uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi, kesin tanı konulması ve tedavisinin yapılması sağlanabilir (11).

2.4.AİLE ORTAMININ ÖNEMİ

Aile “en küçük toplumsal kurum” olarak tanımlanır. Anne – baba ve çocuklardan oluşan bu kuruluşun, yasalarla saptanan görevleri yanında, geleneklerle de belirlenen birçok işlevi vardır.

Ailenin çocuk üzerindeki etkisi çoğu kez doğumdan önce başlar. Ailenin o çocuğa karşı istekli ya da isteksiz oluşu, gerek ruhsal – kültürel, gerekse toplumsal – ekonomik yönden çocuğun gelişimine hazır olup olmadığı, çocuktan beklentileri, o çocuğun yaşantısını, ilk izlenimini ve çevresi ile duygusal iletişimini önemli ölçüde etkileyecektir (12-14).

“Çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu gelişmesi için, sevgi ve anlayışa gereksinimi olduğu çocuğun anne ve babasının himaye ve sorumluluğu altında maddi ve manevi güvenlik içinde büyümesi gerektiği”, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi’nde belirtilmektedir.

Ailesiyle olan iletişimi, çocuğun dünyasında büyük önem taşır. Anne baba ve çocuk üçgeninde, tarafların duygu ve düşüncelerini birbirlerine aktarmaları ve başarılı bir diyalog kurabilmeleri halinde sorunlarına çözüm bulmaları mümkündür (15).

Aile kurumu, çocuğun alacağı kavramları seçerek vermekte, onları yorumlamakta ve sonucu değerlendirmektedir. Bu seçici ve değerlendirici süreç, çocukta kişisel ve sosyal davranışlarla ilgili değer duygusunun gelişmesiyle sonuçlanmaktadır. Kişiliğin gelişmesi bireyin değerlerini temsil eder ve geniş ölçüde ailenin koşullandırılmasının bir sonucudur (14-16). Sıkı bağlarla bağlı bireylerin birbirlerine bağımlı olduğu bir aile sisteminde ortaya çıkan önemli bir sosyalleşme problemi, çocuğun tamamen dış kontrole duyarlı olarak gelişmemesidir (2). Çocuktan beklenen itaat ve bağımlılık uyarınca çocuk anne babanın, mutlak otoritesi altında kalabilir.

Çocuklar yaş ve cinslerine, kişilik özelliklerine ve anne - babaların beklentilerine uygun olarak aile içinde yerlerini alırlar. Aile üyelerinin değişik rolleri üstlenmesi ortak yaşamı biçimlendirir (14).

Okul öncesi çocuğun eğitiminde en etkili toplumsal birim ailedir. Aile üyeleri arasındaki ilişkinin sağlıklı olması, çocuğun gerek bedensel, gerekse duygusal ve toplumsal dünyasını doğrudan etkiler (15).

2.5.YUVA BAKIMININ ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİSİ

Her çocuk, gelişiminin değişik evrelerinde çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Öz ailesinin yanında yaşayan çocuklarda da görülebilecek sorunlar, kurum bakımı altındaki çocuklarda daha sık ve yoğun yaşanmakta ve uzun sürmektedir. Bunda kurum bakımının bir aile ortamından daha farklı özelliklere sahip olması etkilidir.

Kurumların yapısal özelliklerine hizmet veren personelin nitelik ve niceliğine hizmetlerden beklentilere göre farklılıklar gösteren kurum bakımı, ülkemizde yürütüldüğü biçimde, çocuklarla yüz yüze temas halinde olan personel anne-baba rolü almayı isteseler de, vardiyalı çalışmalar, çalışma süresinin sınırlılığı nedeniyle çocuklarla ancak günün değişik saatlerinde birlikte olabilmektedirler. Gruplar da çok sayıda çocuk bulunması annelerin çocuklarla bireysel ilişki kurmasını güçleştirmekte, ilgisini pek çok çocuğa paylaşmak zorunda kalmaktadır (17).

Doğumdan kısa bir süre sonra, çeşitli nedenlerle anne ya da yerini tutan kişiden ayrılıp, yatılı yuvalara yerleştirilen çocuklarda gelişim bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu çocuklar iyi bakım ve beslenmeye karşın gelişemezler boy ve ağırlıkları yaşlarına göre geride kalır. Dayanma güçleri azalır, sık hastalanırlar ve hastalıkları ağır geçer. Beden gelişimindeki yavaşlıktan başka, bu çocukların daha az ağladıkları çevrelerine ilgisiz kaldıkları gözlenir. Çevrelerine boş bakışlarla bakarlar. İlgi ve uyardıya geç tepki verirler. Yuvalarda yetişen çocuklardaki bu bedensel ve zihinsel bozuklukların tümüne **Yuva Hastalığı** ya da **Kurum Hastalığı (Hospitalizm)** adı verilir. Bu hastalığın tek nedeni yatılı kurumlardaki ilgi, uyarma ve sevgi yetersizliğidir. Başka bir deyimle anne yoksunluğudur (18).

Anne yoksunluğu çocuğun zihinsel, duygusal, toplumsal ve bazen de bedensel gelişimini önemli oranda geride bırakır. Anne yoksunluğunun getirdiği sorunların yanı sıra kurum bakımından etkilenme çocuğun ilk kez hangi yaşta anneden yoksun kaldığına, bu yoksunluğun süresine, annenin yerini almış olan bakımın niteliklerine ve çocuğun kalıtsal yapısına göre değişir (18).

Araştırma sonuçlarına göre kurumda yaşayan çocuklarda gözlenen sorunların; kendi başına yemek yeme, gece yatağını ıslatma, aşırı hareketsizlik ve durgunluk, kendine ve başkasına zarar verme, ürkek ve çekingen olma, saldırganlık, çok yeme, parmak emme, dikkat dağınıklığı, gündüz altını ıslatma, öfke nöbetleri, tırnak yeme, aşırı bağımlılık, kurumdan kaçma davranışları olduğu ortaya çıkmıştır (17-19).

Kurumda bütün fiziksel gereksinimleri karşılanan çocuk her şeyi hazır olarak bulmaktadır. Bu şekilde yetişen çocuk hazırcı olmaya ve devamlı alıcı durumda kalmaya alışmaktadır. Kurumda kendisinden hiçbir beklenti olmadığından, sorumluluk duyguları yeterince gelişmemektedir.

Kurum bakımındaki çocuklar kalabalık gruplar halinde yaşadıklarından büyük çocuklar genelde küçük çocuklara kendi özel işlerini yaptırabilmekte, ya da şiddet uygulayabilmektedirler. Fazla sayıda çocuğun bir arada kalması sonucunda yaşları ile orantılı olarak cinsel arayışlar içine girmektedirler. Uygun örnekleri bulamadıkları zaman çeşitli cinsel sapmalar göstermektedirler. Toplu yaşantının bir parçası olarak benlik duyguları, sahip olma ve mülkiyet duygusunu yaşayamamaktadırlar (20).

2.6.ÇOCUK BAKIMINDA KURUMSALLAŞMA

Türkiye de çocuklara kurum bakımı hizmetleri, çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları, kreş ve gündüz bakım evleri, bakım ve rehabilitasyon merkezlerince verilmektedir. 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda bu kuruluşlar şu şekilde tanımlanmaktadır.

Çocuk Yuvaları : 0-6 yaş arası korunmaya muhtaç çocuklarla, gereğinde 12 yaşını doldurana kadar kız çocuklarının bedensel eğitsel psiko-sosyal gelişimlerini sağlıklı bir kişilik ve iyi alışkanlıklar kazanmalarını sağlamakla yükümlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır (21).

Yetiştirme Yurtları : 7-14 yaş arası korunmaya muhtaç çocukları korumak, bakmak ve bir iş ve meslek sahibi edinmeleri ve topluma yararlı kişiler olarak yetişmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır (21).

Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri : Bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan kişilerin fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler sağlamak ve devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşlarıdır (21).

Kurum bakımı; 2828 sayılı yasa gereğince korunmaya muhtaç çocuk olduğu kabul edilen, ailesinin yanında bakım olanağı olmayan, koruyucu aile ve evlat edinme hizmetlerinden yararlanmayan çocukların, grup ya da toplu olarak korunup bakılmaları

ve eğitilmeleri, bir iş veya meslek sahibi olarak sorumlu personelce ve 24 saat hizmet esasını gerektiren kuruluşlardır. (kreş ve gündüz bakım evleri hariç).

Kurum bakımı, hem kamuya ekonomik maliyetinin yüksek oluşu, hem de hizmetin sunulduğu grupta psiko–sosyal yoksunluklar nedeniyle tercih edilen bakım modeli değildir. Ancak bazı çocuklar için kurum bakımı zorunludur. Kurum bakımına gereksinimi olan çocuklar;

1. Kendisi ve toplumun yararı için bir süre çevresinden uzaklaşması gereken çocuklar, (Suça yönelmiş çocuklar)
2. Sorunlarının ortaya çıkmasında başlıca neden olan aile ortamı ve çevresinden ayrılmadıkça bu sorunları çözümlenmeyecek çocuklar,
3. Yoğun bir psikolojik tedavi özel eğitim ve yaşatları ile birlikte yaşantı yolu ile rehabilite olabilecek çocuklar,
4. Birbirinden ayrılmaları öngörülen çocuklar, olarak gruplandırılabilir.

Çocukların kurum bakımından yararlanabilmesi için acil onay ya da mahkemede alınan koruma kararı gereklidir (20).

2.7.TÜRKİYE DE ÇOCUKLARIN KORUNMASI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER VE ÇOCUK YUVALARININ DURUMU

Cumhuriyet döneminde çocukların korunması ile ilgili ilk yasal düzenlemeler 1926 yılında kabul edilen Medeni Kanun'un 272. maddesinde yer almaktadır. Medeni Kanunda "Ana – baba görevini yerine getirmediği takdirde yargıç çocuğun korunmasına ilişkin önlemleri almakla yükümlüdür" denilerek, gerekli durumlarda hakime çocuk hakkında korunma kararını alma yetkisini tanımıştır.

- ✓ 1930 yılında kabul edilen 1593 sayılı Umumi Hıfssıhha Kanunu ile 7 yaşından küçük olan terk edilmiş, öksüz, yetim ya da anne ve baba yaşayan çocukları gerek para ile gerekse parasız olarak kabul ederek, bakımı üstlenen resmi ve özel kurumlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının rehberliği ve denetimi altına alınmıştır.
- ✓ 1943 yılında 1959 sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu ile polis yardım isteyenlere, yardıma muhtaç olan çocuklara, özürlü ve kimsesizlere yardım etmekle yükümlü tutulmuştur.

- ✓ Korunmaya muhtaç çocuklarla ilgili ilk özel yasa 1945 yılında çıkarılan 5387 sayılı yasalardır. Bu yasada kimsesiz, terk edilmiş çocukları korumak, çocukların eğitim-öğretim ve bakımlarının sürekli bir çözüme kavuşturulması amacıyla Küçükleri Koruma Birlikleri kurulabileceği hükmü getirilmiştir. Fakat bu yasa 1957 tarih ve 6972 sayılı kanunla yürürlükten kaldırılmıştır.
- ✓ 1957 tarihli 6972 sayılı kanunla korunmaya muhtaç çocukların bakılıp yetiştirilmeleri ve bir meslek edinmeleri amacıyla korunmaya muhtaç çocuklar yasası çıkarılmış, bu yasa öğretim çağına girmemiş çocuklar için yetiştirme yurtları açılmasını öngörmüştür.
- ✓ 24.05.1983 tarihinde 2828 sayılı kanun ile korunmaya muhtaç çocuklara götürülen hizmetler Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı'na bağlı bir kuruluş olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun sorumluluğuna verilmiştir (21).

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun 3. maddesi b fıkrasında, Korunmaya muhtaç çocuk: "Beden, ruh ve ahlak gelişmeleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup, ana veya babasız, ana veya baba veya her ikisi de belli olmayan, ana veya baba veya her ikisi tarafından terk edilen, ana veya babası tarafından ihmal edilip, fuhuş, dilencilik, alkollü içkiler veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başı boşluğa sürüklenen çocuk" olarak tanımlanmıştır (21).

2828 sayılı kanunun 4. maddesinin k fıkrasında "Türk örf, adet, inanç ve milli ahlakına sahip kendisine güvenen insan sevgisi ve saygısı ile dolu Atatürkçü düşünce ve Atatürk ilke ve inkılaplarına uygun olarak yetiştirilebilmeleri, bir iş veya meslek sahibi yapılmaları koruma kararı kalktıktan sonra da toplum içinde izlenmeleri ve imkanlar ölçüsünde desteklenmeleri esastır." denilerek ileri yaşlarda da devlet desteğinin devam edebileceği vurgulanmaktadır.

Korunmaya muhtaç çocuklar için kurum bakımının dışında koruyucu aile ve evlat edindirme hizmetleri verilmektedir. 2003 yılından itibaren ilk dokuz aylık sürede 121 kız, 113 erkek olmak üzere 234 çocuk koruyucu aileye yerleştirilmiştir. Halen 297 kız, 294 erkek olmak üzere toplam 591 çocuk koruyucu ailenin yanında bakılmaktadır (22).

2004 yılı verilerine göre, Türkiye genelinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bağlı kuruluş sayıları ve yararlanan çocuk sayıları Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Türkiye deki Yetiştirme Yurdu Sayısı ve Çocuk Dağılımı

Kurum Çeşidi	Kurum Sayısı	Bakılan Çocuk
Kız yetiştirme yurdu	39	3420
Erkek yetiştirme yurdu	62	7089
Karma	4	
Toplam	109	10509

Ülkemizde çocuk yuvaları Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna bağlı olup bu kuruluşlarda korunmaya muhtaç çocuk özelliği olan 0-18 yaş grubunda çocukların bakımı, eğitimi, korunmasına yönelik hizmetler verilmektedir (22). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bağlı olarak bugün 39’u Kız yetiştirme yurdu ve 62’si Erkek yetiştirme yurdu olmak üzere toplam 101 yetiştirme yurdu bulunmaktadır. Bu yurtlarda 3420’si kız ve 7089’u erkek olmak üzere toplam 10509 çocuk ve genç bakılmaktadır. Bu çocuklardan ilkokula devam edenlerin sayısı 866’dır. Ortaokula devam edenlerin sayısı 4178, lise öğrenimi görenlerin sayısı ise 2567’dir. Bir yüksek okul veya fakülteye giden gençlerin sayısı da 246 kişidir. Yurtta barınıp ta bir iş yerinde çalışanların sayısı ise 1134 tür. Yurtta kalıp kuruluş atölyesinde çalışanlar ise 306 kişidir. Bu yurtlarda 160 da özürlü çocuk bakılmaktadır. Yurtlarda koruması ve bakımı yapıp da çoğu okulunu terk etmiş ve hiçbir işte çalışmayan, boşta bulunan çocuk ve gençlerin sayısı da 861’dir. Yurtlar da koruma altına alınıp ta, yurttan kaçıp, nerede olduğu bilinmeyen kaçak durumdaki çocukların sayısı 469’dur. Koruyucu aile yanında bulunanların sayısı 128’dir. Bunların yanı sıra 139 kız ve 534 erkek olmak üzere toplam 673 çocuk yurtlarda korunup bakılmak için sırada beklemektedir (22).

Sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumuna bağlı kuruluşlarda görevli 7081 personelin % 30’u meslek elemanlarından oluşmaktadır (21). Kuruluşlarda; 70 çocuğa 1 sosyal hizmet uzmanı, 196 çocuğa 1 psikolog, 20 çocuğa 1 öğretmen düşmektedir.

Türkiye’de bugünkü koşullarda, yuva ve yetiştirme yurtlarında çok sayıda çocuk, yakın yaşlardaki ve aynı cinsiyetteki çocuklarla bir arada kalmaktadır. Genellikle 10-20 çocuğa 1 bakıcı anne düşmektedir. Kuruluşların günlük işleri hizmetli personel tarafından gerçekleştirilmektedir. Günlük yaşam düzenli ve belli kurallara bağlıdır. Yapılacak işler önceden belirlenmiştir. Çocukların kurumdaki bu işleyiş içinde belirlenmiş görev ve sorumlulukları yoktur (23).

2.8.KORUNMAYA MUHTAÇ ÇOCUK VE GENÇLERİN YETİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK KURUM BAKIMI HİZMETİ VE ETKİLERİ

Ailenin bakım ve güdümünden yoksun kalmış çocuklara “korunmaya muhtaç çocuklar” adı verilir. Bu çocuklara “kimsesiz çocuklar” da denilmektedir. Bu çocuklar, çeşitli nedenlerle öz anne ve babası ile birlikte yaşamak gibi en doğal hakkından yoksun kalmışlardır (18). Güçray 1989’da korunmaya muhtaç çocuk tanımını çeşitli nedenlerle öz annesi ve babasıyla beraber yaşamak gibi en doğal hakkından yoksun kalan çocuk olarak yapmıştır. Çağlarda benzer bir tanım yapmıştır. Çağlara göre korunmaya muhtaç çocuk, çeşitli nedenlerle bedensel, psikolojik, sosyal, duygusal ve ahlak gelişimi için gerekli asgari koşullardan yoksun kalan çocuktur (24,25).

Bu tanımlar, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununun 3 maddesinde yapılan tanımla uygunluk göstermektedir.

Kimsesiz ve korunmaya muhtaç duruma gelme, ailede çocuğun konumu ve ilişkilerini değiştirir. Aile birliğinin kurulamamasına ve ailenin yapısal olarak parçalanmasına yol açan nedenler çocuğun ve gencin ailesiz, kimsesiz kalması sonucunu doğurur. Bir aileye sahip olmayan ya da aile içinde kalamayan çocuklar toplum ve sosyal ilişkiler içinde korumasız olarak yaşamlarını sürdürürler. Kırsal ve kentsel alanda bu konumdaki çocuklar, ailenin yönlendirilmesinden uzak koşullar içinde kendini bulur. Kişisel ve sosyal olarak yetişme sorunu ağırlık kazanır. Sosyal koruma hizmetlerinin yetersiz düzeyde olması nedeniyle, bu konumdaki çocuklar ve gençler toplum içinde bir dizi sorunun kaynağını oluştururlar (25).

Kimsesiz olan veya aile ortamları çocuk yetiştirmeye uygun olmayan evlerde yaşayan çocuklar sorunu, dünyada ve ülkemizde yıllardır üzerinde durulan konulardan biridir. Her toplum çağlar boyunca bu soruna kendi hayat felsefesi, gelenek ve görenekleri,

inançları doğrultusunda çözüm bulmaya çalışmıştır. Başlangıçta birçok toplumlarda dini kurumların, yardım kurumlarının ve hayırsever kişilerin girişimleriyle gerçekleştirilen kimsesiz ve bakıma muhtaç çocukların bakımı ve eğitimi olgusu, devlet-eğitim ilişkisi geliştikçe devletin temel görevleri arasında yer almıştır. Günümüzde bu olgu, yalnızca devletlerin yasalarının da değil, üye olan tüm devletlerin ortak görüşü olarak Birleşmiş Milletler'in İnsan Hakları Bildirisi'nde yer almaktadır. Birleşmiş Milletler'in 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. ve 26. maddelerinde şu ilkeler yer almaktadır.

“Özel yardım görmek analığın ve çocukluğun hakkıdır. Evlilik içinde veya dışında doğsunlar, bütün çocuklar bu haklardan yararlanırlar. Herkesin eğitilmeye hakkı vardır. Eğitim parasızdır. İlköğretim mecburidir. Çocuklarına verilecek eğitim çeşidini seçmek ana babanın hakkıdır”(26).

28 Haziran 1959 tarihinde UNESCO Türkiye Milli Komisyonu, 7. Genel Kurulunda kabul edilen Türk Çocuk Hakları Bildirisi'nin 5. maddesinde ise korunmaya muhtaç çocuklar sorunu şöyle ele alınmaktadır.

“Özürlü, intibaksız çocukların iyileştirilmeleri, sıkıntı içindeki çocukların kurtarılmalari, durumlarına uygun bir meslek için kendi hayatlarını kurtarabilecek derecede başarılı ve güvenli yetiştirilmeleri, ana baba ile birlikte devletin bu amaçla kurulmuş örgütlerinin ödevidir”(26).

Ülkemizde bu durumdaki çocuklar halen yürürlükte bulunan 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ile koruma altına alınıp bakımı, korunması, yetiştirilmesi ve eğitimi yapılmaktadır.

Sistemli ve programlı hizmetler bütünü olan “Sosyal Hizmetler” ülkemizde oldukça uzun bir geçmişe dayanmaktadır. Sosyal Hizmetlerin hizmet kapsamında bulunan korunmaya muhtaç çocuklarla ilgili ilk adım, 1868 yılında Mithat Paşa'nın Tuna valisi iken bu bölgede açtığı İslahanelerle atılmıştır. 19.yüzyılda kurumsallaşan sosyal yardım kuruluşları arasında Darülfafaka, yetim çocuklara okuma olanağı sağlamıştır. Darülaceze'ler de korumasız yaşlıların yanı sıra kimsesiz ve terk edilmiş çocuklara da bakılmıştır.

1914 yılında ise Darüleytam'lar (yetimhaneler) kurulmuştur. 5 Aralık 1922 tarihinde çıkarılan 2042 sayılı Darüleytam'lar yönetmeliğine göre; göçmenlere, mülteci

yetimlere, şehit ve fakir çocuklara eğitim, öğretim ve temel sosyal gereksinimleri karşılama görevi darüleytamlara verilmiştir.

3 Haziran 1921'de Mustafa Kemal Atatürk'ün emri ile Dr. Fuat Umay ve arkadaşları tarafından Himaye-i Eftal cemiyeti kurulmuştur. Bu cemiyetin adı, 1935 yılında Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu olarak değiştirilmiştir. Bu kurum özellikle 0-12 yaş korunmaya muhtaç çocukların bakımı ile ilgilenmiştir.

1949 yılında çıkarılan 5387 sayılı yasa ile korunmaya muhtaç çocukların bakımı ve yetiştirilmesi 0-6 yaş grubu için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na, 7-18 yaş grubunun bakımı ve yetiştirilmesi ise Milli Eğitim Bakanlığı'na verilmiştir. Böylece bugünkü çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarının temeli atılmıştır.

1957 yılında bu yasa yeniden değiştirilip düzenlenerek 6972 sayılı Korunmaya Muhtaç Çocuklar hakkında kanun çıkarılmıştır. Yasayla, daha önce Sağlık ve Sosyal Yardım ve Milli Eğitim bakanlıklarının yanı sıra, korunmaya muhtaç çocukların mali açıdan desteklenmeleri için Mahalli İdareler Koruma Birlikleri'ni de sorumlu hale getirmiştir. Mahalli İdareler'in bütçelerinin belli bir yüzdesi korunmaya muhtaç çocuklara ayrılmıştır.

12 Eylül 1980'de oluşturulan Milli Güvenlik Konseyi'nin 4.5.1981 tarih ve 51 sayılı kararıyla Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu'nun yeniden düzenlenmesi ve faaliyetlerinin geliştirilmesi görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiştir.

1983 yılında, geniş kapsamlı bir yasal düzenleme ile bütün sosyal hizmet kuruluşları ve Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kaldırılarak tümünü içerecek biçimde 24.5.1983 tarih ve 2828 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kurulmuştur. 2828 sayılı kanunla korunmaya muhtaç çocuklar net bir şekilde tanımlanmış ve bu çocukların yaşa göre bakılacakları kurumları belirtilmiş ve ayrı ayrı sınıflandırılmıştır. Buna göre: Çocuk yuvaları (0-12 yaş), Yetiştirme yurtları (13-18 yaş) arasındaki çocuk ve gençlerin bakılacakları kurumlar olarak tespit edilmiştir. Bazı çocuk yuvaları da (0-6 yaş) ve (7-12 yaş) grubuna hizmet verecek şekilde iki gruba ayrılmıştır.

1989 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun 179. ve 181. maddeleri değiştirilerek, 18 Mart 1989 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinden ayrılarak, Sosyal Hizmetler Danışma Kurulu ile kamu tüzel

kişiliğe sahip, katma bütçeli Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü adını almıştır. Başbakanlık makamına bağlı bir kuruluş olarak korunmaya muhtaç çocuklara hizmet vermeye başlamıştır (20).

Kurum hizmetleri, kuruluşlar ve programlar aracılığıyla yürütülmektedir. Kurumun taşradaki hizmetleri organize edebilmek üzere her ilde bir sosyal hizmetler il müdürlüğü vardır. Kuruluşları ise sırasıyla; Çocuk Yuvaları, Yetiştirme Yurtları, Kreş ve Gündüz Bakım Evleri, Rehabilitasyon Merkezleri ve Huzurevleridir.

Kurum, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerle ilgili esaslara sosyal hizmetler politikası ve hedeflerine uygun olarak tespit etmek ve uygulamak, ilgili kuruluşlar arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak; öncelikle korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti ve korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlayıcı hizmetleri yürütmekle sorumlu kılınmıştır (27).

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'ndan yararlanacak özellikteki çocuklar, illerde bulunan Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerine başvurarak koruma kararı aldırırlar. Bu başvuruyu, mahalli ve mülki amirler, sağlık kurum ve kuruluşları, genel kolluk kuvvetleri, belediye zabıtalrı veya çocuğun ebeveynleri de yapabilirler.

Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nce bu başvuru sosyal çalışma uzmanlığının çocuk hakkında yaptığı inceleme sonucunda çocuğun durumu koruma kararı alınmasına uygun ise bu olumlu görüş ve çocuk durum fişi de doldurularak bir dosya halinde ilgili mahkemeye gönderilir. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü görevini ve yetkili mahkemede alınan koruma kararından sonra çocuk uygun görüldüğü bir çocuk yuvası, yetiştirme yurdu veya ilgili kuruma yerleştirilir.

2828 sayılı kanun çerçevesinde günümüzde korunmaya muhtaç çocuklara devletçe sağlanan hizmetler; Çocuk Yuvaları (0-12 yaş grubu için), Yetiştirme yurtları (13-18 yaş grubu için), Koruyucu Aile ve Evlat Edindirme şeklindedir (21).

Ülkemizde 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile korunmaya muhtaç çocuk kapsamındaki 13-18 yaş grubu çocuklar için aile yerine geçebilecek yetiştirme, korunma, bakım ve barındırma işlemini yetiştirme yurtları üstlenmiş bulunmaktadır. Yetiştirme yurdu; 13-18 yaş arası korunmaya muhtaç çocukları korumak, bakmak ve bir iş veya meslek sahibi edindirilmeleri ve topluma

yararlı kişiler olarak yetiştirilmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü bir sosyal hizmet kuruluşudur (21).

Kimsesiz ve korunmaya muhtaç duruma gelen ergenin yetişme süreci, kişisel ve sosyal sorunlarla iç içedir. Belirli yaşlarda korunma altına alınan ergenler, yetiştirme yurtlarında toplum adına yetiştirilmektedirler (15).

Bu kurumlar, insan güç ve potansiyelinin değerlendirilip korunmasında, işlevsel kılınmasında, özellikle de gelişmekte olan ülkeler için önemli rolü ve işlevi olan kurumlardır. 18. yüzyıl sonlarından başlayarak, iç ve dış savaşların yanı sıra, sanayileşme sürecinin sarsıntılarıyla birlikte hızlı ve etkin sosyal değişme sürecini yaşamış olan Avrupa toplumlarında, yetiştirme yurtları oldukça hızlı bir gelişme süreci göstermiştir. Buna rağmen günümüzde çeşitli sebeplerle sayıları giderek artan korunmaya muhtaç çocuklara ülkemizde istatistiklerinde gösterdiği gibi nicelik ve nitelik olarak tam anlamıyla yeterli hizmet verilememektedir.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı olarak bugün ülkemizde en yaygın olarak hizmet veren, kurum bakımı türü çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarından oluşan kurum bakımındadır. Konumuz açısından burada üzerinde durulması gereken yetiştirme yurtlarıdır. Yetiştirme yurtlarında korunması ve bakımı yapılan okuma çağında bulunan çocuk ve gençler devlet okullarına devam ettirilmekte; okuyamayanlar için ise kendi bünyesinde kurulu atölyelerde veya toplum içindeki diğer fabrika veya atölyelerde bir meslek kazanmaları için yönlendirme çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca 18 yaşını doldurduktan sonrada kız ve erkek ayrımı yapılmaksızın işe yerleştirilene kadar bu hizmet sürdürülmektedir. Yeni çıkarılan 3413 sayılı kanun ile kamu kuruluşları her yıl personel kadrolarının binde birini korunmaya muhtaç gençler için kullanmak zorundadır. Buna göre son iki yıl içinde bu kanun gereği 1000 kadar genç çeşitli işlere yerleştirilmiştir (27).

Ergenlik çağında yetiştirme yurdundan gelen gençler, bu kurumlarda, kişilik gelişimlerini yeterince tamamlayamamakta, çevreleri ve kendileriyle uyum sağlayamamaktadırlar. Yetiştirme yurtlarında bulunan gençlerin sosyal çevreye açılmaları ve sosyalleşebilmeleri, kişiliklerinin oluşumu ve yetişmeleri açısından gerekli olmaktadır. Bu olanağı bulamayan gençler, yurt yaşamı içinde, sosyal çevreden kopuk gelişme ve yetişme koşulları içinde kalırlar. Yetiştirme yurdundaki yetiştirme

anlayışından doğan sınırlamalar ve çevresel olanaksızlıklar gençlerin yetişmelerinde, sağlıklı bir benlik ve kişilik gelişiminde belirli sorunları gündeme getirmektedir.

Normalde, bir çocuk, kendisini iyi olarak düşünür. Çünkü ana-babası tarafından sevilir ve bakılır. Ana ve babalarından uzak olan korunmaya muhtaç çocuklar, hem değerlilik duygusunun gelişimi için gerekli olan sevgi ve bakımdan yoksundurlar, hem de onlardan uzak kaldıkları sürece sevgi ve bakımlarının anne ve babalarından elde etme şansını tamamen kaybederler. Sadece sevgiye bağlı olarak kazanılan değer duygusunu değil, sevgisinin kendisini de kaybederler (27-29). Bu nedenle çocuk bakım yuvalarında ve yetiştirme yurtlarında yetişen çocuk ve gençler için “aile ihtiyacı” karşılanamamaktadır.

Kurum bakımının çocuğun ve gencin bedensel zihinsel ve sosyal gelişimi üzerinde olan etkilerini inceleyen araştırmalarda, bu çocukların zeka düzeyleri, bedensel ve sosyal gelişim düzeyleri yaşlarına göre normalin altında bulunmuştur. Bu duruma ilişkin olarak Spitz ve Wolf (1945) yaptıkları araştırmada, yaşamın ilk yılını çocuk yuvasında geçiren 61 çocukla annelerinin yanında olan 103 çocuğun gelişim bölümlerini karşılaştırmalı olarak bir yıl boyunca Hetzer-Wolf Baby Testini kullanarak incelemişlerdir. Her iki gruptaki çocukların gelişim bölümleri 1. ve 4. aylar ile 9. ve 12. aylarda ölçülmüştür. Anneleriyle yaşayan çocukların gelişim bölümlerinde bir yıl boyunca önemli bir değişiklik olmamasına karşın yuvalardaki bebeklerin gelişim bölümlerinde önemli bir düşüş görülmüştür. Yuva çocuklarının 1. ve 4. aylardaki gelişim bölümü ortalamaları 72’ye düşmüştür, yılın sonunda ise 45’e düşmüştür (30).

Ülkemizde de birçok araştırmacı, çocuk yuvalarında ve yetiştirme yurtlarında koruma altına alınan ve kurum bakımı gören çocuklarla ilgili araştırmalar yapmıştır. Yapılan bu araştırmalar, yurt dışında yapılan araştırmalarla bulgular açısından paralellik göstermektedir. Bu araştırmalarda korunmaya muhtaç çocuklar; davranışları, psiko sosyal özellikleri, bedensel gelişimleri, dil gelişimleri, benlik gelişimleri, kaygı ve korkuları, uyumları, aile ilişkileri ve benzeri birçok yönden aileleri yanında kalan çocuk ve gençlerle karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Sonuçta; yuva ve yurt çocuklarının aileleriyle yaşayan çocuklara göre, gelişimlerinin geri olduğu, kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, uyum düzeylerinin daha düşük olduğu davranış bozukluğu gösterdikleri, aile ilişkilerinin ve sosyalleşmelerinin zayıf olduğu ve bu çocuk ve gençlerin aile sahibi olanlara oranla daha sorunlu oldukları görülmüştür (31).

Yetiştirme yurdunda kalan gençler ailesi yanında kalan yaşlılarıyla karşılaştırıldığında, yetiştirme yurdunda kalan gençler, psikolojik sağlık yönünden daha çok risk altındadırlar. Yaşamının ilk yıllarında ve sonraki yıllarda çocuk yuvası ve yetiştirme yurtlarında bulunan çocuk ve gençler, çevredeki olumsuz koşullardan fazlasıyla etkilenebilmektedirler. Kuramsal olarak çocuk bakımını çocuğun gereksinimine göre gerçekleştirilmesi gerektiği öne sürülse de, uygulamada bu düzenlemenin çocuğun gereksinimlerine göre değil, ulaşılabilir olanaklara göre olduğunu gözlemektedir (29).

Birçok araştırma bulgusunun ortaya koyduğu gibi; anne yoksunluğu, aile yoksunluğu ve olumsuz çevre koşulları gibi nedenler, kurum çocuklarının ve gençlerin psikolojik sağlığını, davranışlarını ve kişiliklerini olumsuz bir biçimde etkileyebilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların genel ruh sağlığı durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Kayseri il merkezindeki Talas Erkek Yetiştirme Yurdu (8-12 yaş), Ahmet Baldöktü Kız Yetiştirme Yurdu (8-12 yaş), 13-18 yaş Kız Yetiştirme Yurdu ve 13-18 yaş Erkek Yetiştirme Yurdu yapılmıştır.

Talas Çocuk Yuvası: Yurt binası ilk olarak 1992 tarihinde yapılmıştır. Bina 3 katlı olup, tek blok şeklindedir. Talas çocuk yuvası 109 kişi kayıtlı olup 85 kişi bakım altında bulunmaktadır. 8-12 yaş arası çocuklara bakım verilmekte, 13 yaşına geldiklerinde erkek yetiştirme yurdunda kalmaktadırlar. Yetiştirme yurdunda kalan çocuklara her ay bir miktar cep harçlığı verilmektedir. (Aylık 20 YTL) Ayrıca yurt idaresi tarafından giyecek sağlanmaktadır. 24 öğretmen 10 temizlik şirketi personeli ve 9 idari personel olmak üzere toplam 43 personel ile hizmet vermektedir.

Ahmet Bal Döktü Çocuk Yuvası: Ahmet Baldöktü Kız Yetiştirme Yurdunda 50 kişi kayıtlı olup 48 kişi bakım altında bulunmaktadır. 8-12 yaş arası çocuklar kalmakta 13

yaşına geldiklerinde ise kız yetiştirme yurdunda kalmaktadırlar. Yetiştirme yurdunda kalan çocuklara her ay bir miktar cep harçlığı verilmektedir. (Aylık 20 YTL) Ayrıca yurt idaresi tarafından giyecek sağlanmaktadır. 3 katlı binada 19 öğretmen 5 idari personel olmak üzere toplam 24 personel bulunmaktadır.

Kız Yetiştirme Yurdu: Yurt binası ilk olarak 1985 yılında yapılmıştır. Bina 4 katlı, tek blok şeklindedir. Yurdun toplam personel sayısı 25 dir. Yurt da 13-18 yaş arası korunmaya muhtaç 86 kız çocuğu kayıtlı olmakta bunlardan 66 kişi bakım almaktadır. 18 yaşına gelenler eğer iş bulamamışlarsa kendilerine iş bulunana kadar yurttan misafir olarak kalabilmektedirler.

Erkek Yetiştirme Yurdu: Erkek yetiştirme yurdu Kayseri şehir merkezinde bulunmaktadır. 3 katlı binada 21 personel mevcuttur. 81 kayıtlı çocuk olup 66 çocuk fiilen yuvadan yararlanmaktadır. Çocukların 15 tanesi yatılı okullarda kalmaları ve koruyucu aile yanında bulunmaları nedeniyle yuvada sürekli kalmamaktadır.

Yetiştirme yurdundaki çocukların eğitimleri yurt çevresindeki yakın okullara kayıtları yapılarak devam etmektedir. Grup sorumluları, çocukların okuldaki öğretmenleri ile periyodik olarak görüşmekte ve etüd saatlerinde derslerine yardımcı olmaktadır. 18 yaşını dolduranlar eğer iş bulamamışlarsa kendilerine iş bulunana kadar yurttan misafir olarak kalabilmektedir. Yurttan kalan çocuklara her ay bir miktar cep harçlığı verilmektedir. (14 yaşından küçükler için 20 YTL ve 14 yaşından büyükler için 30 YTL çocuklara sorumlu öğretmenler tarafından verilmektedir.) Ayrıca yurt idaresi tarafından giyecek sağlanmaktadır. Çocukların odalarında ahşap yataklar, elbise dolapları bulunmaktadır. Yemekler yurtlarda hazırlanmakta ve sabah 8, öğle 12 ve akşam 5 saatlerinde düzenli olarak servis edilmektedir. Yurttan her gün sıcak su bulunmakta, çocuklara rahat banyo yapabilecekleri mekânlar sağlanmaktadır. Yurttan kalanların çamaşırları görevli personel tarafından yıkanmaktadır. Yatakhaneler 4, 8, 10 ve 12 şer kişilik odalar şeklindedir. Yurt binalarında kütüphane, bilgisayar odası ve televizyon odası bulunmaktadır. Yurt binalarında revir bulunmakta ve kurumdaki sağlık hizmetleri kurum hemşiresi tarafından yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve çocukların tedavi ve takipleri kurum hemşiresi tarafından yapılmaktadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni yetiştirme yurtlarında kalan toplam 265 çocuktan oluşmaktadır. Tam sayım metodu ile araştırma evreninin tamamının çalışmaya alınması planlanmış, ancak okuma yazması olmayan, zihinsel özrü bulunan, çalışmaya katılmak istemeyen, koruyucu aile yanında kalan ve yatılı okullarda okuyan 64 çocuğa anket uygulanmamıştır. Talas Çocuk Yuvasında kalan 48 erkek çocuk, Ahmet Baldöktü Çocuk Yuvasında bulunan 48 kız çocuk, Kız yetiştirme yurdundaki 51 kız çocuk ve Erkek yetiştirme yurdundaki 54 erkek çocuk olmak üzere toplam 201 çocuğa anket uygulanmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler : Genel Sağlık Anketi (GSA-12) puanı

Bağımsız değişkenler : Sosyo demografik özellikler;

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Anne ve babanın hayatta olma durumu
- Yetiştirme yurdunda kalış süresi
- Aile bireyleri ile görüşme durumu
- Aile ilişkileri
- Yetiştirme yurdunda kaldığı odadaki kişi sayısı
- Arkadaş ilişkisi
- Sigara kullanım durumu
- Kahvaltı yapma durumu
- Günlük öğün sayısı
- Son 6 ayda sağlık problemi yaşama durumu
- Kronik hastalığı ve sürekli ilaç kullanma durumu
- Önemli kaza geçirme durumu
- Ders başarıları

3.4.VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.4.1. Veri Toplama Aracı

Veriler literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından oluşturulan yetiştirme yurtlarında yaşayan çocuğa ait sosyo-demografik özelliklerini içeren 19 sorudan oluşan anket formu (Ek.1) ve genel ruh sağlığını belirlemeye yönelik 12 sorudan oluşan GSA-12 ile toplanmıştır (Ek 2).

1972 yılında, Manchester Üniversitesi'nden Dr. David Goldberg tarafından geliştirilen GSA, toplumda ve farklı klinik ortamlarda başarıyla kullanılan, kısa, uygulaması kolay ve pratik bir ölçektir. Genel psikopatoloji düzeyi saptamada, toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmada, ruhsal sorunu olduğu halde, kişiyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya sevk edecek türden rahatsızlıkları saptamada kullanılır (33).

En sık kullanılan kısa biçimleri GSA 28 ve GSA 12'dir. GSA 12 ve GSA 28; GSA 60 içindeki fiziksel semptomlarla karışan 12 madde çıkartıldıktan sonra kalan gruptan seçilmiştir. GSA'nın Türkçeye ilk çevirisi Dr.T.Bedirhan Üstün ve Dr. Murat Rezaki tarafından yapılmıştır. Anketin ilk geçerlilik çalışması Ekim 1990'da Dünya Sağlık Örgütü'nün "Genel Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlarda Ruhsal Bozukluklar" araştırmasının ilk basamağı olarak Gölbaşı Sağlık Ocağında Dr.Cengiz Kılıç tarafından yapılmıştır.

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise ölçek güvenilirdir (32). GSA 12 geçerliliği Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağına Başvuran 16 yaş üzeri 86 hastada Şimdiki Durum Muayenesi de kullanılarak araştırılmıştır. GSA 12'nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alpha) 0.78, duyarlılığı 0.74, test tekrar test korelasyonu 0.84 ($p < 0,001$), iki yarım güvenilirliği (Spearman Brown) 0,81 bulunmuştur (33). Bu çalışmada GSA 12 yetiştirme yurdunda bulunan 8 yaş ve üstü tüm çocuklara uygulanmıştır. Ankara Gölbaşı sağlık ocağı bölgesinde 16 yaş ve üzeri güvenilirliğe bakıldığından bu çalışma için 8-16 yaş arası güvenilirliğe bakılmış, GSA 12 güvenilirlik katsayısı 16 yaş ve altında 0.78 bulunmuştur, 17 yaş ve üstü çocuklarda 0.80 bulunmuştur.

3.4.2. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.4.3.Ön Uygulama

Anket formundaki soruların uygunluğunu belirlemek için kız yetiştirme yurdundaki 20 kız çocuğuna anket formu uygulanmıştır. Sorular anlaşılabilirliği yönünden kontrol edilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır. GSA-12 anketi daha önce uygulanmış olması sebebiyle ön denemesi yapılmamıştır.

3.4.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kullanılan GSA 12 toplumda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak için kullanılır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır (hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık). Her soru katılımcının son zamanlarda yakınmasının olup olmadığına dair bir sorudan ve her zamankinden az'dan her zamankinden daha fazlaya uzanan 4 şıklı bir cevaptan oluşmaktadır. Anketin ilk iki şikkında ruhsal durumların her zamanki gibi olduğunu, son iki şikkında ise her zamankinden daha kötü olduğunu ifade eden cevaplar bulunur. Bu dört sütün katılımcı tarafından 0, 1, 2, 3 olarak kodlanır. Toplam puanın ilk iki sutuna 0, son iki sutuna 1 puan vererek hesaplanması şeklinde yaygın bir uygulama vardır. (David Goldberg buna GHQ tipi puanlama adını vermiştir.) GHQ tipi puanlamanın kullanıldığı geçerlilik çalışmalarının çoğunda en uygun kesme noktası GSA 12 için 0-1 ve 2 puan ve üzeri olduğu gösterilmiştir. Vaka bulma çalışmalarında bu puanın üstünde kalanlar “vaka” kabul edilirse en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerleri elde edilmektedir (33).

Bu çalışmada da GSA-12 değerlendirilirken kesme noktası Kılıç'ın yaptığı gibi 0-1 puan ve 2 ve üzeri puan olarak alınmıştır. GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olanlarda 0- 1 puan olanlara göre ruhsal rahatsızlık görülme sıklığının daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Buna göre GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olanlar genel ruh sağlığı açısından yüksek riskli grup olarak değerlendirilmiştir (33).

Anket formu ve ölçek ile toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilerek yüzdeliklerle ifade edilmiş verilerin analizinde ki kare testi, çoklu lojistik regresyon analizi ve alfa güvenilirlik analizi kullanılmıştır.

3.5.Etik Konular ve İzinler

Araştırmada GSA 28 uygulanması planlanmıştır. Gerekli onayı almak için Sosyal Hizmetler Genel M¼d¼rl¼ğ¼ne çalışmanın konusu, amacı ve kullanılan ¼lek hakkında bilgi verilmiştir. Ancak SHÇEK Genel M¼d¼rl¼ğ¼nden içeriğinde intiharla ilgili sorular olması ve çocukların bu sorulardan etkilenererek depresyona girebilecekleri gerekçesiyle GSA-28 ile ilgili olarak gerekli izin alınamamıştır. GSA 12 uygulanması planlanmış ve gerekli izinlerin alınması amacıyla ¼lek hakkında tekrar bilgi verilmiş proje ile ilgili gerekli izinler alınarak çalışma tamamlanmıştır.

Anket formları uygulanmadan ¼nce çalışmanın amacı ve uygulanış şekli ile ilgili açıklamalar yurt m¼d¼rlerine ve çocuklara yapılmıştır. Çocuklara anket formunun nasıl doldurulacağı açıklanmıştır. İsim yazılmayacağı belirtilmiştir. Y¼z y¼ze g¼r¼ř¼lerek anket formları doldurulmuştur. Katılmak istemeyenlere anket uygulanmamıştır.

Araştırmaya başlamadan ¼nce yurt m¼d¼rllerinden çocukların sorunları hakkında bilgi alınmıştır. Yurdun mutfak, yemek salonu, tuvalet, banyo, yatakhane, televizyon ve bilgisayar odası, amaşırhane, bulaşık hane gibi b¼l¼mleri gezilmiştir. Çocukların eğitimleri, nerelerde çalıştıkları, yurdun işleyiş tarzı, gelir kaynakları hakkında bilgi alınmıştır.

4. BULGULAR

Kayseri yetiştirme yurdunda yaşayan 8 yaş ve üzeri 201 çocuğa ait sosyo-demografik özellikler aşağıda sunulmuştur. Çalışma kapsamına 8 yaş ve üzeri 201 çocuk alınmıştır.

Tablo 4.1. Çocukların Sosyo- demografik Özellikleri (N:201)

Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
9 yaş ve altı	31	15.4
10-13 yaş	80	39.8
14-16 yaş	46	22.9
17 yaş ve üstü	44	21.9
Cinsiyet		
Kız	102	50.7
Erkek	99	49.3
Eğitim durumu		
1-5 sınıf	81	40.2
6-8 sınıf	60	29.9
Lise	60	29.9
Anne sağ		
Evet	143	71.1
Hayır	47	23.4
Bilinmiyor	11	5.5

Tablo 4.1.'in devamı

Demografik Özellikler	Sayı	%
Baba sağ		
Evet	106	52.7
Hayır	70	34.8
Bilinmiyor	25	12.5
Yuvada kalış süresi		
1-3 yıl	53	26.4
4-6 yıl	72	35.8
7-10 yıl	36	17.9
10 yıl ve üstü	40	19.9
Kardeş sayıları		
1-3 kardeş	92	45.8
4-6 kardeş	96	47.8
7 kardeş ve üstü	13	6.4
Aile fertleri ile görüşme		
Anne	44	21.9
Baba	15	7.5
Anne-baba	15	7.5
Kardeş	62	30.8
Anne-baba-kardeş	47	23.3
Akraba	18	9.0
Aile ile iletişim		
Kötü	28	13.9
Orta	80	39.8
İyi	93	46.3
Toplam	201	100

Tablo 4.1'de yetiştirme yurdunda kalan çocukların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Yaş gruplarına göre 9 yaş ve altı çocuk % 15.4'ünü, 10-13 yaş arası çocuk % 39.8'ini, 17 yaş ve üstü yaş grubu % 21.9'unu oluşturmaktadır. Çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı yaklaşık olarak eşittir. Çocuklardan % 40.2'si ilkokul, % 29.9'u ortaokul öğrencisi iken, lise çağında ya da liseyi bitirmiş grup ise % 29.9'unu oluşturmaktadır. Çocuklardan % 71.1'i annelerinin, % 52.7'si babalarının hayatta olduğunu ifade etmişlerdir. Yetiştirme yurdunda toplam kalma süresi 1-3 yıl arası kalanlar % 26.4'ü iken, 10 yıl ve daha fazla yıl kalanlar % 19.9'u dur. Araştırmaya katılan çocuklardan 1-3 arası kardeşe sahip olanlar % 45.8'ini, 4 ve daha çok kardeşi olanlar % 54.2'sini oluşturmaktadır. Kardeşi ile görüşen çocukların %'si 30.8 dir. Çocukların % 13.9'u ailesi ile iletişimini kötü olarak nitelendirirken, % 46.3'ü ailesi ile iletişimlerinin iyi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Çocukların Yaşam Biçimleri ile İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Kaldığı odadaki kişi sayısı		
4 kişi	20	10.0
6 kişi	78	38.8
8 kişi	52	25.8
10 kişi	20	10.0
12 kişi	31	15.4
Arkadaş ilişkisi		
Kötü	16	8.0
Orta	58	28.8
İyi	127	63.2
Sigara içme		
Evet	50	24.8
Hayır	151	75.2
Kahvaltı yapma		
Evet	165	82.1
Hayır	36	17.9
Yemek öğün sayısı		
2 öğün	34	16.9
3 öğün	136	67.7
4 öğün	31	15.4
Son 6 ayda sağlık problemleri olan		
Var	70	34.8
Yok	131	65.2
Kronik hastalığı olan		
Var	36	17.9
Yok	165	82.1
Sürekli ilaç kullanımı		
Var	30	14.9
Yok	171	85.1
Kaza geçirme durumu		
Evet	30	14.9
Hayır	171	85.1
Ders notları		
Geçer	12	6.0
Orta	55	27.3
İyi	85	42.3
Pekiyi	49	24.4
Toplam	201	100

Tablo 4.2’de çocukların yaşam biçimleri ile ilişkili özellikleri görülmektedir. Veriler incelendiğinde araştırmaya katılan çocuklardan % 90’ı 6 ya da daha fazla kişilik odalarda kalmaktadırlar. Yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların % 8’i akran ilişkisini

kötü olarak değerlendirirken % 63.2'si iyi olarak değerlendirmiştir. Çocuklardan % 24.8'i sigara kullanmakta, % 75.1'i sigara içmemektedir. Çocuklardan % 82.1'i sabah kahvaltısı yapmakta, çocukların günlük öğün sayısı 4 olanlar % 15.4'ü iken, 3 öğün yemek yiyenlerin %'si 67.7'dir. Tanısı konulmuş bir kronik hastalığı olan çocukların %'si 17.9 iken, hasta olmayanların %'si 82.1'dir. Hasta olan çocukların % 14.9'u düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Önemli bir kaza geçirdiğini ifade edenler % 14.9, son altı ay içerisindeki sağlık problemi yaşayanlar % 34.8 dir. Çocukların son yıla ait ders notları iyi ve pekiyi olanların %'si 66.7'dir. % 33.4'ünün ise ders notları orta ve geçerdir.

Tablo 4.3. Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Çocukların GSA 12 Puanlarının Dağılımı

GSA-12 puanları	Sayı	%
0-1	86	42.8
2 ve üstü	115	57.2
Toplam	201	100

Tabloda 4.3'de yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların GSA-12 puan dağılımları verilmiştir. Tablo incelendiğinde 201 çocuktan % 42.8'inin GSA 12 puanı 0-1 arasında iken, % 57.2'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. Yani çocukların % 57.2'si ruh sağlığı açısından riskli grupta yer almıştır.

Tablo 4.4. Çocukların Yaş Gruplarına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Yaş grupları	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
9 yaş ve altı	14	45.2	17	54.8	31	100
10-13 yaş	40	50.0	40	50.0	80	100
14-16 yaş	17	37.0	29	63.0	46	100
17 yaş ve üstü	15	34.1	29	65.9	44	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$$X^2=3.770$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.4'te çocukların yaşlarına göre GSA 12 puan dağılımları verilmiştir. 9 yaş ve altı çocukların % 54.8'inin.GSA-12 puanı 2 ve üzerinde iken, 17 yaş ve üzeri çocukların % 65.9'u, 14-16 yaş arası çocukların ise % 63.0'ı, 10-13 yaş arası çocukların % 50.0'si GSA 12'den 2 ve üzerinde puan almıştır. Yaş ilerledikçe GSA 12'den 2 ve üzeri puan alma durumu artmasına rağmen yüzde olarak görülen bu fark istatistiksel analizde anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Çocukların Cinsiyetlerine Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Cinsiyet	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kız	36	35.3	66	64.7	102	100
Erkek	50	50.5	49	49.5	99	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$$X^2=4.748$$

$$p<0.05$$

Tablo 4.5'de çocukların cinsiyetlerine göre GSA 12 puanlarının dağılımı incelendiğinde kız çocuklarının % 64.7'sinin GSA-12 puanı 2 ve üzerinde iken, erkek çocuklarının % 49.5'inin 2 ve üzerinde puan aldıkları bulunmuştur. İki grup arasında GSA-12'den 2 ve üzerinde puan alma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.05$) Bir başka deyişle kız çocuklarının % 64.7'sinin GSA-12 puanının 2 ve üstünde olması bu farkı yaratmıştır. Erkek çocukların GSA 12'den aldıkları puanlarının kız çocuklarına göre ruh sağlığı riski açısından daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Tablo 4.6. Çocukların Cinsiyet ve Yaşlarına Göre GSA-12 Puanlarına Dağılımı

Cinsiyet	GSA 12 puanları							İstatistik test
Yaş	0-1		2 ve üzeri		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kız	9 ve altı	6	35.3	11	64.7	17	100	X ² =2.834 p>0.05
	10-13	16	45.7	19	54.3	35	100	
	14-16	8	27.5	21	72.5	29	100	
	17 ve üstü	6	28.5	15	71.5	21	100	
	Toplam	36	35.3	66	64.7	102	100	
Erkek	9 ve altı	8	51.7	6	42.9	14	100	X ² =1.622 p>0.05
	10-13	24	53.3	21	46.7	45	100	
	14-16	9	53.0	8	47.0	17	100	
	17 ve üstü	9	39.1	14	60.9	23	100	
	Toplam	50	50.5	49	49.5	99	100	

Tablo 4.6 incelendiğinde 14 -16 yaş arası kız çocuklarından % 72.5'inin, 17 yaş ve üstü kız çocuklarının % 71.5'inin GSA-12'den 2 ve üstü puan aldığı bulunmuştur. 17 yaş ve üstü erkek çocuklardan % 60.9'unun GSA-12 puanı 2 ve üzerindedir. Her iki cinsiyette de 17 yaş ve üstü grup adölesan çağındaki çocuklar ruh sağlığı açısından riskli grupta yer almıştır. Yaş grupları ve cinsiyet arasında önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.7. Çocukların Öğrenim Durumlarına Göre GSA 12 Puanlarına Dağılımı

Öğrenim durumu	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul	41	50.6	40	49.4	81	100
Ortaokul	26	43.3	34	56.7	60	100
Lise	19	31.7	41	68.3	60	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$X^2=5.067$

$P<0.01$

Tablo 4.7 de çocukların öğrenim durumlarına göre GSA 12 puan dağılımları incelendiğinde ilkokul öğrencilerinin % 49.4'ü GSA 12'den 2 ve üzerinde puan alırken, % 50.6'sı GSA 12'den 0-1 puan alarak riskli grupta yer almamıştır. Ortaokul öğrencilerinin % 56.7'si, lise öğrencilerinin % 68.3'ü GSA 12'den 2 ve üzeri puan almışlardır. Öğrenim durumu arttıkça GSA 12'den 2 ve üzeri puan alma durumu da artış göstermektedir. Lise çağındaki çocukların çoğunluğu ruh sağlığı açısından riskli grupta yer almıştır. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 4.8. Çocukların Annelerinin Hayatta Olma Durumlarına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Anne sağ	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	58	40.6	85	59.4	143	100
Hayır	24	51.1	23	48.9	47	100
Bilinmiyor	4	36.4	7	63.6	11	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$X^2=1.791$

$p>0.05$

Tablo 4.9. Çocukların Babalarının Hayatta Olma Durumlarına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Baba sağ	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	49	46.2	57	53.8	106	100
Hayır	27	38.6	43	61.4	70	100
Bilinmiyor	10	40.0	15	60.0	25	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=1.100$ $p>0.05$

Tablo 4.8’de çocukların annelerinin hayatta olma durumlarına göre GSA 12 puan dağılımları incelendiğinde anneleri hayatta olan çocukların % 59.4’ü GSA12’den 2 ve üzeri puan alırken, anneleri hayatta olup olmadığını bilmeyen çocuklardan % 63.6’sı GSA 12’den 2 ve üzeri puan almışlardır.

Tablo 4.9’da çocukların babalarının hayatta olma durumlarına göre GSA 12 puan dağılımları incelendiğinde babaları hayatta olan çocuklardan % 53.8’inin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken babaları hayatta olmayan çocukların % 61.4’ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerinde bulunmuştur. İstatistiksel analizde fark anlamsız bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 4.10. Çocukların Yetiştirme Yurdunda Yaşama Yılına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımları

Yetiştirme yurdunda kalış süresi	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-3 yıl	24	45.3	29	54.7	53	100
4-6 yıl	32	44.4	40	55.6	72	100
7-9 yıl	16	44.4	20	55.6	36	100
10 yıl ve üstü	14	35.0	26	65.0	40	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=1.247$ $p>0.05$

Tablo 4.10’da çocukların yetiştirme yurdunda yaşama yılına göre GSA 12 puan dağılımları verilmiştir. Yetiştirme yurdunda kalma süresi arttıkça GSA 12’den 2 ve üzeri puan alma durumu artmıştır. Yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların yaşama yılına göre GSA 12 puanlarına bakıldığında 10 ve daha fazla yıl yaşayanların % 65’i GSA 12’den 2 ve üstü puan alırken, 1-3 yıl arası yaşayanların % 54.7’si GSA 12 den 2 ve üzeri puan almışlardır.

Tablo 4.11. Çocukların Kardeş Sayılarına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Kardeş sayısı	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-3 kardeş	46	50.0	46	50.0	92	100
4-6 kardeş	37	38.5	59	61.5	96	100
7 ve üstü	3	23.1	10	76.9	13	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$$X^2=4.725$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.11’de çocukların kardeş sayılarına göre GSA 12 puanlarına dağılımları incelendiğinde; kardeş sayısı arttıkça GSA 12 den 2 ve üzeri puan alma durumu artmaktadır. 1-3 kardeşi olanların % 50’sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken, 7 ve daha fazla kardeş sayısına sahip çocukların % 76.9’unun GSA-12 puanı 2 ve üzerindedir. Çocukların sahip olduğu kardeş sayısı arttıkça ruh sağlıkları açısından da risk artmaktadır. Ancak yapılan istatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Çocukların Aile Bireylerinden Görüştüğü Kişilere Göre GSA-12 Puanlarının Dağılımı

Görüştüğü aile bireyleri	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne	16	36.4	28	63.6	44	100
Baba	9	60.0	6	40.0	15	100
Anne-baba	9	60.0	6	40.0	15	100
Kardeş	26	41.9	36	58.1	62	100
Anne-baba-kardeş	19	40.4	28	59.6	47	100
Akraba	7	38.9	11	61.1	18	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=4.610$ $p>0.05$

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi sadece anneleri ile görüşen çocukların % 63.6’sının GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken, sadece baba ve anne baba her ikisi ile de görüşenlerin % 40.0’ının GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. Anne, baba, kardeş aile fertlerinin çoğunluğuyla görüşenlerin % 59.6’sı GSA 12’den 2 ve üzeri puan almışlardır. Sadece anne ve sadece akraba ile görüşme yapan çocukların, kardeş ve anne-baba-kardeş ile görüşme yapan çocuklara göre ruh sağlığı açısından riski daha yüksektir. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Çocukların Aile ile İletişimlerini Değerlendirme Durumlarına Göre GSA-12 Puanlarının Dağılımları

Aile ile iletişim	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kötü	11	39.3	17	60.7	28	100
Orta	38	47.5	42	52.5	80	100
İyi	37	39.8	56	60.2	93	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=4.610$ $p>0.05$

Tablo 4.13’de çocukların aile ile iletişimlerine göre GSA 12 puan dağılımlarında görüldüğü gibi aile ile iletişimlerini iyi ve kötü olarak değerlendirenlerin arasında GSA 12’den alınan puanlar birbirine yakındır. Aile ile iletişimini kötü olarak niteleyenlerden % 60.7’si GSA 12’den 2 ve üzerinde puan alırken, aile ile iletişimlerini iyi olarak niteleyenlerin % 60.2’si GSA 12’den 2 ve üzeri puan almıştır.

Tablo 4.14. Çocukların Kaldığı Odadaki Kişi Sayısına Göre GSA-12 Puanlarının Dağılımları

Kişi sayısı	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4 kişi	6	30.0	14	70.0	20	100
6 kişi	41	52.6	37	47.4	78	100
8 kişi	21	40.4	31	59.6	52	100
10 kişi	8	40.0	12	60.0	20	100
12 kişi	10	32.3	21	67.7	31	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$$X^2=5.972$$

$$p>0.05$$

Tablo 4.14’te kaldığı odadaki kişi sayısına göre GSA 12 puan dağılımları incelendiğinde; 4 kişilik odada kalanların % 70.0’ının, 8 kişilik odada kalan çocukların % 59.6’sının, 10 kişilik odada kalanların % 60’ının, 12 kişilik odada kalanların % 67.7’sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. Genel olarak yetiştirme yurtlarında üniversiteye hazırlanan çocuklar 4 kişilik odalarda kalmaktadır. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Çocukların Arkadaş İlişkilerine Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımları

Akran ilişkisi	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kötü	3	18.8	13	81.3	16	100
Orta	18	31.0	40	69.0	58	100
İyi	65	51.2	62	48.8	127	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$$X^2=10.704$$

$$p<0.05$$

Tablo 4.15'te görüldüğü gibi akranlarıyla ilişkisini kötü olarak değerlendiren çocukların % 81.3'ü, orta olarak değerlendiren çocukların % 69'u, iyi olarak niteleyen çocukların ise % 48.8'i GSA-12 puanı 2 ve üzerinde bulunmuştur. Çocukların akran ilişkileri düzeldikçe ruh sağlığı riski azalmaktadır. İstatistiksel analizde akran ilişkisi ile GSA 12 arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.16. Çocukların Sigara Kullanım Durumlarına Göre GSA-12 Puanlarının Dağılımları

Sigara Kullanımı	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	13	26.0	37	74.0	50	100
Hayır	73	48.3	78	51.7	151	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$$X^2=7.661$$

$$p<0.05$$

Tablo 4.16'da çocukların sigara kullanım durumlarına göre GSA 12 puan dağılımlarında görüldüğü gibi, sigara kullanan çocuklardan % 74.0'ının, kullanmayan çocuklardan ise % 51.7'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17. Çocukların Kahvaltı Yapma Durumlarına Göre GSA-12 Puanlarının Dağılımları

Kahvaltı yapma	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapıyor	74	44.8	91	55.2	165	100
Yapmıyor	12	33.3	24	66.7	36	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=1.601$ $p>0.05$

Tablo 4.17 incelendiğinde yetiştirme yurdunda yaşayan çocuklardan kahvaltı yapanların % 55.2'sinin yapmayanların ise % 66.7'sinin GSA 12'den aldıkları puan 2 ve üzerindedir. Kahvaltı yapmayan çocuklar ruh sağlığı açısından daha riskli gruptadır. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18. Çocukların Yemek Öğün Sayılarına Göre GSA-12 Puanlarının Dağılımları

Öğün sayısı	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2 öğün	7	20.6	27	79.4	34	100
3 öğün	58	42.6	78	57.4	136	100
4 öğün	21	67.7	10	32.3	31	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=14.732$ $p<0.05$

Tablo 4.18'de çocukların öğün sayılarına göre GSA 12 puan dağılımında görüldüğü gibi çocukların günlük öğün sayısı arttıkça GSA 12'den 2 ve daha fazla puan alma durumu azalmaktadır. Çocuklardan 2 öğün yemek yiyenlerden % 79.4'ü, 3 öğün yemek yiyenlerden % 57.4'ü, 4 öğün yemek yiyenlerden % 32.3'ü GSA 12 puanı 2 ve üzerinde çıkmıştır. Günlük öğün sayısı arttıkça ruh sağlığı açısından riskli grup azalmaktadır. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.19. Çocukların Hastalık Durumlarına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımları

Kronik Hastalığın varlığı	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	12	33.3	24	66.7	36	100
Hayır	74	44.8	91	55.2	165	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=1.601$ $p>0.05$

Tablo 4.19 incelendiğinde uzun süre devam eden tanısı sağlık kuruluşunda konmuş hastalık tanısı alan çocuklardan % 66.7'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde çıkmıştır. Kronik hastalık tanısı almanın bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği varsayımı nedeniyle hastalık tanısı alan çocukların % 66.7'sinin GSA 12'den 2 ve üzeri puan alması beklenebilir. Sürekli ilaç kullanan çocuklardan % 56.7'sinin kullanmayan çocukların ise % 57.3'ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. İstatistiksel analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Çocukların Önemli Kaza Geçirme Durumlarına Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımları

Kaza geçirme durumu	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	11	36.7	19	63.3	30	100
Hayır	75	43.9	96	56.1	171	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

 $X^2=1.601$ $p>0.05$

Tablo 4.20 incelendiğinde önemli kaza geçiren çocukların % 63.3'ünün, geçirmeyen çocukların ise % 56.1'inin GSA 12 puan dağılımları 2 ve üzerindedir. Kaza geçiren çocuklar kaza geçirmeyen çocuklara göre daha fazla risk altındadır. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.21. Çocukların Son 6 Ay İçindeki Sağlık Problemi Yaşama Durumlarına Göre GSA 12 Puan Dağılımları

Sağlık problemi yaşama durumu	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	25	35.7	45	64.3	70	100
Hayır	61	46.6	70	53.4	131	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$X^2=2.194$

$p>0.05$

Tablo 4.21 incelendiğinde son 6 ay içinde sağlık problemi yaşayanlardan % 64.3'ünün sağlık problemi yaşamayanlardan ise % 53.4'ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerinde çıkmıştır. Sağlık problemi yaşama ruh sağlığı açısından riskli grupta yer almayı artırmaktadır. İstatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Çocukların Ders Başarı Dağılımlarına Göre GSA 12 Puan Dağılımı

Ders başarı durumu	GSA 12 puanları					
	0-1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Geçer	2	16.7	10	83.3	12	100
Orta	21	38.2	34	61.8	55	100
İyi	37	43.5	48	56.5	85	100
Pekiyi	26	53.1	23	46.9	49	100
Toplam	86	42.8	115	57.2	201	100

$X^2=5.953$

$p>0.05$

Tablo 4.22'de çocukların ders başarı dağılımlarına göre GSA 12 puan dağılımlarına bakıldığında ruhsal problemler okul başarısını etkileyebilmektedir. Buna bağlı olarak okul başarısı düştükçe GSA 12'den 2 ve üzeri puan alma durumunun arttığı görülmüştür. Son yıla ait ders notlarından geçer not alan çocukların % 83.3'ünün, orta not alan öğrencilerin % 61.8'inin, iyi not alan çocukların % 56.5'inin, pekiyi not alan çocukların ise % 46.9'unun GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.23. GSA12'den 2 ve üstü puan almada etkili olabilecek risk faktörlerinin çoklu lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

Risk Faktörleri	GSA-12 PUANI						Odds Ratio	% 95 güven aralığı (Min-Max)
	0-1		2 ve üzeri		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş								
17 yaş ve üstü	14	45.2	17	54.8	31	100	1.000	
14-16 yaş	40	50.0	40	50.0	80	100	8.292	0.914-7.524
10-13 yaş	17	37.0	29	63.0	46	100	4.304	0.671-27.610
9 yaş ve altı	15	34.1	29	65.9	44	100	2.073	0.535-8.028
Cinsiyet								
Erkek	36	35.3	66	64.7	102	100	1.000	
Kız	50	50.5	49	49.5	99	100	4.229	1.756-10.183*
Öğrenim								
Lise	41	50.6	40	49.4	81	100	1.000	
6-8 sınıf	26	43.3	34	56.7	60	100	0.367	0.070-1.920
1-5. sınıf	19	31.7	41	68.3	60	100	0.490	0.128-1.881
Anne								
Bilinmiyor	58	40.6	85	59.4	143	100	1.000	
Anne ölü	24	51.1	23	48.9	47	100	0.710	0.103-4.880
Anne sağ	4	36.4	7	63.6	11	100	0.310	0.050-1.917
Baba								
Bilinmiyor	49	46.2	57	53.8	106	100	1.000	
Baba ölü	27	38.6	43	61.4	70	100	0.644	0.164-2.528
Baba sağ	10	40.0	15	60.0	25	100	0.761	0.223-2.601
Kalış Süresi								
10 ve üstü	24	45.3	29	54.7	53	100	1.000	
7-10 yıl	32	44.4	40	55.6	72	100	0.731	0.217-2.456
4-6 yıl	16	44.4	20	55.6	36	100	0.452	0.134-1.526
1-3 yıl	14	35.0	26	65.0	40	100	0.866	0.257-2.916
Kardeş Sayısı								
7 ve üstü	46	50.0	46	50.0	92	100	1.000	
4-6	37	38.5	59	61.5	96	100	0.582	0.098-3.444
1-3	3	23.1	10	76.9	13	100	0.593	0.104-3.376

*p<0.05

Tablo 4.23. 'ün devamı

Risk Faktörleri	GSA-12 PUANI						Odds Ratio	% 95 güven aralığı Min-Max
	0-1		2 ve üzeri		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Aile ile Görüşme								
Anne	16	36.4	28	63.6	44	100	1.000	
Baba	9	60.0	6	40.0	15	100	0.679	0.151-3.059
Anne-Baba	9	60.0	6	40.0	15	100	0.252	0.039-1.639
Kardeş	26	41.9	36	58.1	62	100	0.251	0.039-1.609
Anne-Baba-Kardeş	19	40.4	28	59.6	47	100	0.708	0.176-2.842
Akraba	7	38.9	11	61.1	18	100	0.545	0.112-2.653
Aile İle İletişim								
İyi	11	39.3	17	60.7	28	100	1.000	
Orta	38	47.5	42	52.5	80	100	0.971	0.292-3.236
Kötü	37	39.8	56	60.2	93	100	0.463	0.192-1.120
Kaldığı Odadaki Kişi Sayısı								
12 kişi	6	30.0	14	70.0	20	100	1.000	
10 kişi	41	52.6	37	47.4	78	100	0.882	0.171-4.553
8 kişi	21	40.4	31	59.6	52	100	0.308	0.079-1.197
6 kişi	8	40.0	12	60.0	20	100	0.323	0.086-1.212
4 kişi	10	32.3	21	67.7	31	100	0.732	0.161-3.333
Arkadaş İlişkisi								
İyi	3	18.8	13	81.3	16	100	1.000	
Orta	18	31.0	40	69.0	58	100	7.834	1.331-4.616*
Kötü	65	51.2	62	48.8	127	100	3.364	1.405-8.053*
Sigara								
Hayır	13	26.0	37	74.0	50	100	1.000	
Evet	73	48.3	78	51.7	151	100	1.924	0.685-5.405
Öğün sayısı								
4 öğün	7	20.6	27	79.4	34	100	1.000	
3 öğün	58	42.6	78	57.4	136	100	9.972	2.127-46.762*
2 öğün	21	67.7	10	32.3	31	100	7.110	2.132-23.710*
Ders durumu								
Geçer	2	16.7	10	83.3	12	100	1.000	
Orta	21	38.2	34	61.8	55	100	3.809	0.410-35.369
İyi	37	43.5	48	56.5	85	100	0.842	0.271-2.614
Pekiyi	26	53.1	23	46.9	49	100	0.927	0.354-2.248

*p<0.05

Tablo 4.23 incelendiğinde birçok yönden benzer özellik gösteren çocuklardan bazıları risk altında bulunurken, bazıları risk altında yer almamaktadır. Cinsiyet, öğrenim durumu, sigara içme, arkadaş ilişkisi ve öğün sayısı ile GSA 12 arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 10-13 yaş arası çocuklar, 9 ve altı yaş grubundaki çocuklara göre ruh sağlığı açısından 8 kat daha fazla risklidir. Kız çocuklar, erkek çocuklara göre, aile içi iletişimi kötü olanlar normal olanlara göre, ruh sağlığı açısından 4 kat daha fazla risk altında olma olasılığı vardır. Arkadaş ilişkisi kötü olanlar, iyi olanlara göre, 2 öğün yemek yiyenler, 4 öğün yemek yiyenlere göre ruh sağlığı açısından 7 kat daha fazla riskli olma olasılığına sahiptir. Dersleri geçer olan öğrenciler, pekiyi olan öğrenciler göre 3 kat daha fazla riskli olma olasılığına sahipken, sigara içenler içmeyenlere göre 5 kat daha fazla riskli olma olasılığı vardır. Diğer bağımsız değişkenlerde yüzdeler arasındaki fark anlamlı olmasına rağmen ilişki önemli bulunamamıştır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma Kayseri Sosyal Hizmetler Kurumu, faaliyet alanı içinde yer alan yetiştirme yurtlarındaki tüm 8-18 yaş grubu çocuklara uygulanmıştır. Yapılan çalışmadan elde edilen GSA 12 puanları öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Analizde bağımlı değişken olarak GSA 12 puan dağılımları ve ruh sağlığında risk açısından GSA 12'den alınan 0-1 puan ile 2 ve üzeri puan kullanılmıştır. 0-1 puan alanlar ruhsal bozukluk açısından düşük risk ve 2 ve üzeri puan alanlar yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma 99 kız 102 erkek çocuğu olmak üzere toplam 201 kişiye uygulanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların % 42.8'i GSA 12'den 0-1 puan alırken, % 57.2'si 2 ve üzeri puan alarak riskli gruba girmiştir (Tablo 4.3). Ana-babanın ayrılık, boşanma ve evlilik çatışmaları çocuklarda sıklıkla davranış bozukluklarına neden olmaktadır. Yetiştirme Yurdundaki ocukların büyük bir kısmının düzensiz aile ilişkileri olduğu için çocuklarda birtakım ruhsal problemler olabileceği tahmin edilmekteydi. 1974 yılında Etimesgut Fatma er Yetiştirme yurdunda yapılan, çocuklarda görülen psikiyatrik semptomları araştıran çalışmaya göre de yetiştirme yurdunda yaşayan çocuklarda ruhsal gelişme bozuklukları görülmektedir. Bu durumda yurttan kalmanın önemli bir risk faktörü olduğu düşünülebilir.

Yaş grupları arasında GSA 12'den 2 ve üzeri puan alma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş ilerledikçe çocukların GSA 12'den 2 ve üzeri puan alma durumu artmıştır. Çalışmaya katılan çocukların % 21.9'u 17 yaş ve üzerinde bulunmuştur. 9 yaş ve altı çocukların %54.8'i, 10-13 yaş arası çocukların % 50.0'si, 14-16 yaş arası çocukların ise % 63.0'ü GSA 12'den 2 ve üzerinde puan alırken, 17 yaş üzeri çocukların ise % 65.9'u 2 ve üzerinde puan almıştır (Tablo 4.4, 4.6).

Literatürde yaşın adölesanlar da ruhsal sağlığı etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Özellikle 17-21 yaş arası adölesanlar da ruhsal sorunlar, özellikle de depresyon diğer yaş gruplarına göre önemli derecede azalmaktadır (36). Bunun nedeni olarak, gençler genelde 17 yaşına geldiklerinde ergenlik döneminin getirdiği ruhsal karmaşaları büyük oranda halletmiş ve iç dünyalarındaki iniş çıkışlardan kurtulmuş oldukları söylenebilir. Batıkent Lisesinde Kasım –Aralık 2003'de yapılan bir çalışmada benzer bulgular elde edilmiştir (34). Ancak sağlıklı kişilik gelişimi 18 yaşından sonra yerini kalıcı kişilik bozukluğuna bırakmaktadır. En maliyn akıl hastalıklarından sayılan şizofreni bütün dünyada çoğunlukla adölesan ve genç erişkin hastalığıdır. Hastalığın ortaya çıkan semptomları, çevre tarafından gençlik döneminin psikolojik özelliği olarak kabul edilip teşhis ve tedavinin gecikmesine sebep olabilir. Genel popülasyonda prevalansı % 5-8 olan depresyonların, sıklığının 14-16 yaş civarında % 15'e kadar çıktığı ve bu yaşlardaki yüksek intihar oranının bir sebebi olabileceği bildirilmektedir (35).

Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülme oranının % 20-30 arasında değiştiği ve bunların çoğunluğunun depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda bu sorunların kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (36).

Erkek ve kız çocuklar arasında GSA 12 puanının 2 ve üzerinde olması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Tablo 4.5 ve 4.6 incelendiğinde kız çocuklarının % 64.7'si GSA 12'den 2 ve üzerinde puan alırken, erkek çocuklarının % 49.5'inin GSA 12'den 2 ve üzerinde puan aldıkları bulunmuştur. Bu bulgu kız çocuklarının yarıdan fazlasında ruhsal belirtilerin olduğunu ve ileri bir psikiyatrik tanılamaya gidilmesi gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Erdoğan (1985), adölesanlar üzerinde yaptığı, belirli toplumsal durumların algılanmasında

cinsiyet farklılıkları konulu araştırmasında 150 kız 150 erkek olmak üzere toplam 300 adölesan üzerinde çalışma yapmıştır. Elde ettiği veriler üzerinden şu sonuçlar çıkmıştır. Kızlar kendilerine verilen toplumsal durumlara, genel anlamda erkeklere oranla daha az değişiklik yapmak istemişlerdir. Yine kızlar, erkeklere oranla daha az değiştirmek istedikleri bu durumları erkeklerden daha rahat olarak algılamışlardır. Bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, cinsiyetin toplumsal durumların algılanmasında etkili olduğu, kişiler arası ilişkilerin yeniden kurulup düzenlenmesinde de kız ve erkekler arasında farklılıkların bulunduğu görülmüştür. Bazı araştırmalar depresyon ve yeme bozuklukları gibi ruhsal sorunların kızlarda daha sık olduğunu göstermektedir (36-42).

Bu çalışmada; eğitim durumu arttıkça ruh sağlığının olumlu yönden etkilenmesi bekleniyordu. Fakat böyle bir ilişki bulunmamıştır. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi ilkökul öğrencilerinin % 49.4’ünün GSA 12’den aldıkları puan 2 ve üzerinde iken, ortaokul öğrencilerinin % 56.7’si, lise öğrencilerinin % 68.3’ü GSA 12’den 2 ve üzeri puan almışlardır. Öğrenim durumu arttıkça GSA 12’den 2 ve üzeri puan alma durumu da artış göstermektedir. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu sonuçta diğer bağımsız değişkenlerinde olaydan soyutlanamayacağı ve yetiştirme yurdunda kalmanın da etkisiyle birçok sosyal uyum ve kişilik problemlerinin yaşandığı adölesan yaş grubundan kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. Danişoğlu (1990) da koruma kararı alınmış korunmaya muhtaç çocukların % 88.7’sinin 7-18 yaş grubunda olduğunu, bu durumun koruma kararı alınanların devletin eğitim imkanlarından faydalanmak istemelerinden kaynaklandığını belirtmiştir (28).

Anneleri hayatta olan çocukların % 59.4’ü GSA 12’den 2 ve üzeri puan alırken annelerinin hayatta olup olmadığını bilmeyen çocuklardan % 63.6’sı GSA12’den 2 ve üzeri puan almışlardır. İstatistiksel analizde fark anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.8). Anne yoksunluğu ya da annenin hayatta olup olmadığının bilinmemesi çoğunlukla ruh sağlığı açısından çocukları etkileyebilmektedir. Yüzdeler arasında fark olmasına rağmen daha büyük sayılarla çalışıldığında bu fark istatistiksel olarak ta ortaya çıkabilir. Babaları hayatta olan çocuklardan % 53.8’inin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken, babaları hayatta olmayan çocukların % 61.4’ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerinde bulunmuştur. İstatistiksel analizde fark anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.9). Çalışmamızda anne ve babasından ayrı yaşayan çocukların evlilik birliğinin bozulmasına bağlı olarak olumsuz olarak etkilendiği bulunmuştur. Özellikle boşanma

sonrasında başka birisi ile yaşayan ebeveyne karşı ve çevreye karşı çocuklar agresif duygular besleyebilir. Bu durumlarda, çocukların toplumdan utanabileceği ve arkadaşları arasında alay konusu olabileceği, dolayısıyla ruh sağlıklarını olumsuz olarak etkilenebileceği belirtilmektedir (37).

Hetherington (1972) ebeveynleri boşanmış ya da babası ölmüş kız çocukları üzerinde ebeveyn yokluğunun etkilerini araştırmıştır. Cinsiyet rolüne uygun davranımlar ölçüldüğünde babası olan ve babası olmayan kız çocukları arasında çok önemli bir fark bulunamamıştır. Ancak babası olmayan kız çocuklarının heteroseksüel gelişimlerinde, babası olan kızlara göre farklılıklar olduğunu saptamıştır. Annenin baskın olduğu ev ortamında yetişen kız çocuklarında cinsellik korkusu olduğu cinsellik konusunda rahatsızlık hissettikleri ya da erken yaşta cinsel ilişkiler kurdukları erkeklere karşı uygun olmayan saldırganlıkla ortaya çıkan davranış biçimleri gösterdikleri saptanmıştır. Bu davranış biçimleri öncelikle babası ölen kız çocuklarında, daha sonrada ebeveynleri boşanmış kız çocuklarında görülmektedir. Her iki grup kız çocuğunun da erkeklerle ilişki kurmada problemleri olduğu ve erkeklerle ilgili genel kaygıları olduğu saptanmıştır (43).

Tablo 4.10 incelendiğinde ise yetiştirme yurtlarında yaşayan çocukların yurttan yaşama yılı arttıkça GSA 12'den 2 ve üzeri puan alma durumları da artmaktadır. 10 ve daha fazla yıl yaşayanların % 65'i GSA 12'den 2 ve üstü puan alırken, 1-3 yıl arası yaşayanların GSA 12 puanı % 54.7'dir ($p>0,05$). Yapılan bir araştırma, 1 yaşından sonra yetiştirme yurtlarına yerleştirilen çocuklarla, doğumdan birkaç hafta sonra yuvaya yerleştirilen çocuklar karşılaştırılmış, bir yıl anne babasıyla büyümüş çocukların daha uyumlu oldukları görülmüş, buna karşın hiç anne sevgisi görmemiş olanlar çok uyumsuz ve saldırgan bulunmuştur. İlk birkaç yılda çekilen anne yoksunluğu bütün yaşam boyu silinmeyen izler bırakır (12,30).

Almqvist yaptığı araştırmada çocukluk döneminde kurumsal bakım ve çocuk sağlığının genç insanların psikolojik sağlığıyla ilişkisini araştırmış. Bu araştırma için, 482 kurum deneyimi geçirmiş Fin'li çocuğun davranışları 21 yaşına gelinceye kadar kontrol edilerek izlenmiş, kurumsal bakım görmüş çocuklar aileleri tarafından yetiştirilmiş çocuklarla ruh sağlığı yönünden karşılaştırılmıştır. 15 ile 21 yaş arası çocukların psikiyatrik durumları gözlenerek kaydedilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen

bulgular, kurum bakımı yaşantısı geçirmiş olanların, aileleriyle yaşayanlardan daha fazla sorunlu olduklarını göstermiştir (43).

Çocuklardan 1-3 kardeşi olanların % 50'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken, 7 ve daha fazla kardeş sayısına sahip çocukların % 76.9'unun GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. Kardeş sayısı arttıkça GSA 12'den 2 ve daha fazla puan alma durumu da artmıştır (Tablo 4.11). TNSA sonuçlarına göre (1999) ülkemizde ortalama hane halkı büyüklüğü 4,3 olarak tespit edilmiştir. Bilindiği gibi kalabalık ailelerde giderlerin fazlalığı, gelir getiren kişi sayısının azlığı ve annenin çalışmaması çocukların çalışma yaşamına girmesinde etkili olabilmektedir. Ayrıca kalabalık olan ailelerde ailenin tüm çocuklarla yeterince ilgilenememesi, çocukların ihmal ya da istismara uğrama riskinin olması, çocukların sevgi gibi hoş olan duyguları dış ortamda aramasına neden olmaktadır (38).

Ailesi tarafından anlaşılmadığını düşünme adölesan döneminde sık karşılaşılan bir durumdur. Bu durum çeşitli ruhsal sorunlara eğilimi artırmaktadır. Sadece anneleri ile görüşen çocukların % 63.6'sının GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken, sadece baba ve anne baba her ikisi ile de görüşenlerin % 40.0'ının GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. ($p>0,05$) Aile ile iletişimini kötü olarak niteleyenlerden % 60.7'si GSA 12'den 2 ve üzerinde puan alırken, aile ile iletişimlerini iyi olarak niteleyenlerin % 60.2'si GSA 12'den 2 ve üzeri puan almıştır ($p>0,05$). Aile ile iletişimlerini iyi ve kötü olarak değerlendirenlerin arasında GSA 12'den alınan puanlar birbirine yakındır (Tablo 4.1,12,13).

Moller ve Callan (1990), 13-17 yaşlarındaki 296 adölesanın ebeveynleriyle iletişimlerinin doğasını algılamalarına ilişkin, bir iletişim cetveli kullanarak yaptığı araştırmada, ergenlerden bu iletişim cetvelini bir kez sadece anneleriyle, bir kez de sadece babalarıyla iletişimleri için doldurmalarını istemiştir. Bulgular ergenlerin, ebeveynlerinin konuşmalarında üstün olma eğilimi gösterdiklerine inandığını göstermiştir. Jagawas (1982), gençlerle yaptığı bir çalışmada, çocuklarını kabul eden demokratik bir ortam içinde gelişme olanağı sağlayan, sevgi ve saygıya dayalı bir ilişkiye giren anne-babanın çocuklarında kendini kabul düzeyinin, çocuğunu reddeden ve onun gereksinimlerini yeterince karşılayamayan anne babanın çocuklarından daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yine bu araştırmada kendini kabul düzeyi yüksek olan çocukların, kendileriyle barışık bireyler oldukları, diğer insanlarla daha yakın ve doyurucu ilişkiler kurabildikleri, bağımsız insanları seven kişiler oldukları görülmüştür.

Bunun karşıtı olarak kendini kabul düzeyi düşük çocukların, içine kapanık, çekingen, ilişkilerinde olumsuz, saldırgan özelliklerine sahip oldukları ortaya konmuştur (30).

Kaldığı odadaki kişi sayısına göre bakıldığında 4 kişilik odada kalanların % 70,0'ının GSA 12 puanı 2 ve üzerinde iken, 6 kişilik odada kalan çocukların GSA 12'den 2 ve daha fazla puan alma durumu % 47.4'tür ($p>0,05$). Odalarda kalan çocuk sayısı arttıkça risk artmakta ancak 4 kişilik odada kalan çocuklar genellikle üniversite sınavlarına hazırlanan 17 ve üzeri yaş grubunu oluşturmaktadır. Akranlarıyla ilişkisini kötü olarak değerlendiren çocukların % 81.3'ünün, iyi olarak niteleyen çocukların ise % 48.8'inin GSA 12 puanı 2 puan ve üzerinde bulunmuştur. Yaşlıları ile ilişkilerini iyi olarak değerlendiren ve kötü olarak değerlendiren çocuklar arasında GSA-12'den 2 ve üzerinde puan alma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.14, 4.15). Depresyon tanı kriterlerinden biri de sosyal fonksiyonlarda bozulmadır. Ayrıca bazı kişilik bozukluklarında da ilişkilerin kötüye gitmesi, sağlam ilişkiler kuramama gibi sorunlar gözlenebilir (39).

Sigara kullanan çocuklardan % 74,0'ının kullanmayan çocuklardan ise % 51,7'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir. İstatistiksel analizde fark anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur. (Tablo 4.16) Genç kendisini arkadaş çevresine kabul ettirebilmek amacı ile değişik davranışlara yönelebilir ve bu arada zararlı alışkanlıklar edinebilir. Adölesan çağıdaki çocuk stresle baş etmede sigara içmeyi kullanabilir. 1996 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada 12-18 yaş grubundaki öğrencilerin % 13'ünün sigara içme alışkanlığı olduğu saptanmış, 2002 yılında yine Ankara'da yapılan diğer bir araştırma sonucuna göre ise öğrencilerin % 4.8'inin halen sigara içtiği, % 13.8'inin bir kez denediği belirlenmiştir (40,41).

Yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların kahvaltılı yapanların % 55.2'sinin yapmayanların ise % 66.7'sinin GSA 12 den aldıkları puan 2 ve üzerindedir. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.17). Çocuklardan 2 öğün yemek yiyenlerden % 79.4'ünün, 3 öğün yemek yiyenlerden % 57.4'ünün, 4 öğün yemek yiyenlerden % 32.3'ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerinde bulunmuştur. Günlük öğün sayısı arttıkça ruh sağlıklarının olumlu etkilendiği söylenebilir. İstatistiksel analizde fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

Adölesanlarda obezite, gençlerin olumlu beden algısına (body image) sahip olmalarını engelleyen, hem fiziksel kapasite ve uyum yetersizlikleri, hem de şişman görünümü

gözler önüne sermenin verdiği sıkıntı nedeni ile; sportif aktivitelere katılmasını, oyun gruplarına kabul edilmesini zorlaştıran, çevresi tarafından alaya alınması nedeni ile yaşlılarından ve karşı cinsten uzaklaşmasına sebep olabilen ve böylece gençlerin psikososyal gelişimini kötü yönde etkileyebilecek özellikleri ile ayrı bir önem taşımaktadır. Olumlu beden algısına sahip olmak adölesanın sadece huzur ve mutluluğu için değil kimlik kazanma ve kişilik gelişimi içinde önemlidir.

Uzun süre devam eden tanısı sağlık kuruluşunda konmuş hastalık tanısı alan çocuklardan % 66.7'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde çıkmıştır. ($p>0,05$) Sürekli ilaç kullanan çocuklardan ise % 56.7'sinin, kullanmayan çocuklardan ise % 57.3'ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerindedir ($p>0,05$) (Tablo 4.20). Son 6 ay içinde sağlık problemi yaşayanlardan % 64.3'ünün, sağlık problemi yaşamayanlardan ise % 53.4'ünün GSA 12 puanı 2 ve üzerinde çıkmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.21). Bazı klinisyenler yaşam olaylarının depresyon gelişiminde temel bir role sahip olduğunu ileri sürmektedir. Ancak genetik ve ruhsal yatkınlık varsa bozukluk gelişmektedir (36). Kronik hastalığın varlığı ve ilaç kullanma ruhsal sıkıntıyı artırarak risk oluşturuyor olabilir.

Okul başarısının sınıf ortalamasının altında olduğunu belirten öğrencilerle, başarısını sınıf ortalamasına uygun ve sınıf ortalamasının üstünde olduğunu belirten öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.22). Ancak başarılarını sınıf ortalamasının altında değerlendiren çocuklardan % 83.3'ünün pekiyi not olan çocukların ise % 46.9'unun GSA 12 puanları 2 ve üzerinde bulunmuştur. Bunun nedeni bizim çalışmamızda değerlendirmenin öğrencinin kendi ifadesine göre sınıf ortalamasına göre yapılması olabilir. Daha önceki çalışmalarda ise doğrudan çocukların okul başarısı sorulmuştur. Mercan ve Arkadaşları (1990), ergenlerin ana baba tutumlarının algılamalarının okul başarısı düzeylerine etkisini incelerken, yaş ortalaması 15.2 olan 79 kız, 60 erkek öğrenci örneklem olarak seçilmiştir. Okul başarısı düşük olan bu öğrencilerin, başarısızlıkları ile ana babalarının demokratik, otoriter ve ilgisiz olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (34,44). Çocuğun ruh sağlığını etkileyen olumsuz bir durum yoksa okul başarısı da artabilir.

19 değişken ile GSA 12 puanları ilişkilendirildiğinde en önemli değişkenlerin belirlenmesi için yapılan çoklu regresyon analizinde cinsiyet, öğrenim durumu, arkadaş

ilişkisi, öğün sayısı, sigara içme durumu ile GSA 12'den 2 ve üzerinde puan alarak riskli grupta yer almayı artırmaktadır (Tablo 4.23).

Adölesanların sağlık sorunları, sağlığın tanımından yola çıkılarak bedensel, ruhsal, sosyal ve toplumsal olarak düşünülmelidir. Bu sorunlar, onların intrauterin dönemden başlayan çocukluk evreleri ve çocukların yaşadığı ortam ile olan ilişkileri ile yakından ilgilidir.

Araştırma sonucunda; yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların % 57.2'sinin GSA 12 puanı 2 ve üzerinde bulunmuştur. GSA -12 puanı ile cinsiyet, öğrenim durumu, akran ilişkisi, sigara kullanım durumu, öğün sayısı, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaş, anne ve babanın hayatta olma durumu, yetiştirme yurdunda kalma süresi, kardeş sayısı, aile fertleri ile görüşme durumu, aile ile iletişimi, akran ilişkileri, kahvaltı yapma durumu ve sağlıkla ilgili verilerde yüzdeler arasında fark olmakla birlikte istatistiksel analizde fark anlamsız bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- ✓ Yetiştirme yurtlarındaki rehberlik hizmetleri özellikle genişletilmeli, öğretmenlere göre risk altındaki kişilerle bire bir ilişki kurulmalıdır (Tablo 4.3).
- ✓ Yetiştirme yurdundaki çocuklara adölesan döneminde karşılaşacakları ruh sağlığı sorunları ve baş etme yolları anlatılmalıdır. Bu nedenle yetiştirme yurdundaki çocukların ve sağlık personelinin de yaşa ve cinsiyete özel ruh sağlığı yaklaşımı ve tedavisi hakkında gerekli bilgileri olmalıdır (Tablo 4.4, 4.5 ve 4.6).
- ✓ Eğitim durumları arttıkça çocukların ruh sağlıkları olumsuz etkilenmiştir. Okulda alınan eğitimin yanı sıra çocuklara ruh sağlıkları açısından destekleyici programlar geliştirilmelidir (Tablo 4.7).
- ✓ Anne ve babanın hayatta olma durumunun bilinmemesi çocukların ruh sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları işbirliği ile çocuklar aileleri hakkında bilgilendirilmelidir (Tablo 4.8, 4.9).
- ✓ Yetiştirme yurdunda kalma süresi arttıkça ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle hem eğitici hem de sosyal aktivitelerini geliştirici kamplar ya da gezi programları düzenlenebilir (Tablo 4.10).

- ✓ Bireylerin aile ile iletişimini artıracak ve aile bireyleriyle görüşme sayısını artıracak düzenlemeler yapılmalıdır. Görüşme günleri ve saatleri düzenlenerek ailelerin ve çocukların bağları güçlendirilebilir (Tablo 4.12, 4.13).
- ✓ Yetiştirme yurtlarında yaşayan çocukların sevgi ve ilgi yoksunluğundan kaynaklanan sorunlarını en aza indirmek için grup sayıları azaltılmalı, bu sayede çocuk ile bakan kişi arasındaki duygusal ilişki artırılmalıdır. Kaldığı odadaki kişi sayıları da azaltılarak arkadaş ilişkileri desteklenmelidir (Tablo 4.14 ve 4.15).
- ✓ Yetiştirme yurtlarında sigara içen çocuk sayısı oldukça fazladır. Bu nedenle yurtlarda sigara ve sağlık konulu eğitim programları yapılmalıdır. Sigaranın sağlığa zararları konusunda çocuklar bilgilendirilmelidir (Tablo 4.16).
- ✓ Kahvaltı yapma durumu ve günlük öğün sayısı arttıkça ruh sağlığının olumlu etkilendiği bulunmuştur. Yetiştirme yurtlarındaki verilen öğün sayısı, ara öğünlerde verilerek artırılabilir (Tablo 4.17 ve 4.18).
- ✓ Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın korunması ve geliştirilmesi olup; bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle bireyler, sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgi, tutum ve becerileri geliştirme yeteneğine sahiptir ve bu nedenle hemşirelik uygulamaları yetiştirme yurtlarında da sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde öz sorumluluğun geliştirilmesine yönelik olmalıdır (35).

6. KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü, 1998, Sağlık Raporu, 1998: 13-14
2. Kağıtçıbaşı Ç. Aile İçi Etkileşim ve Çocuk Gelişimi, Türkiye’de Çocuğun Durumu. Ankara 1989:195-207
3. Rudolp C.D. Rudolph’s Pediatrics 21’st Edition, 1994: 223-224
4. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, İstanbul, 1997:98
5. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme, Hilal Matbaacılık A.Ş. İstanbul 1992:67-81
6. İnan F., Kayseri Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Sağlık Düzeyinin Araştırılması, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 1994
7. 24. Türk Pediatri Kongresi, Adölesan Sağlık Sorunları 1998:17-19
8. Hotaway W., Hay WW., Groothuis J.R., Paisley J.W. Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi Ankara, Barış Kitabevi, 1993:269-271
9. Keskin P. Lise Öğrencilerinde Görülen Ruhsal Belirtiler ve Öğretmenlerin Ruhsal Sorunları Seçebilmeleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995
10. Oxford Textbook of Public Health, Oxford University Press, Great Britain, Cilt 3. 2002:1624

11. Pekcan H. Okul Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. İçinde, Bertan M. ve Güler . (ed) Güneş Matbaası Ankara 1995:210
12. Gündüz Gedikoğlu. (ev. Ed.). ocuk Hastalıkları. Ankara. Güven Kitabevleri, 1978:87-88
13. ocuk Sağlığı El Kitabı, T.C.S.S.Y.B. Hıfıssıhha Okulu Tıbbi Eğitim Teknoloji Merkezi Projesi, No1. Ankara 1982: 27
14. Yavuzer H. ocuk ve Suç,5. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul 1993
15. Yavuzer H. Ana Baba ve ocuk, 5. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul 1993
16. Gençtan E. Psikoanaliz ve Sonrası, 5.Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul 1993:134
17. Kut S. Özaltın G. Bakırköy ocuk Yuvasında 3-12 Yaş ocuklarının Davranış Sorunlarında Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi, 1987:135-147
18. oşkun B. ocuk Ruh Sağlığı, İçinde, Türkiye’de ocuğun Durumu, Ankara 1989:125-133
19. Gençtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar Maya Matbaacılık: 6. Baskı. Ankara. 1982:120-121
20. 4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı alıőma Grupları n Raporu, Ankara 1994
21. Yürürlükteki Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu Kanunu Mevzuatı, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Ankara.1992:24
22. “2003 Yılı alıőmaları Değerlendirme Raporu ve 2004 Hedefleri”, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu Yayınları, Ankara 2003
23. Arma Z. “Koruyucu Aile Bakımındaki ocuğun Gelişim zellikleri”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi 1(2) 1983:16-22
24. ağlar A. ocuk Ruh Sağlığı ve Aile Güven Kitabevi, 1982:101.
25. En. ağlar ve zsoy, 1987:303-304
26. UNİCEF Türkiye Temsilciliği, 1990’ların ocuk Politikası Ulusal Kongresi Raporu (26-27 Mayıs 1989), ocuk Gelişimi ve Aile İçi Etkileşim, 1989:51

27. UNICEF, “Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu”, 1991:280
28. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Bilgi İşlem Merkezi İstatistikleri, Haziran 2003
29. Wangd L. “Nursing Care Of Infants And Children” Mosby (6 ed.) 1996:1026
30. World Health Organization Monograph Series, 1983:17-18
31. Erol N. ve ark. “Türkiye de Ruh Sağlığı Profili Raporu” 1.Baskı. Ankara Eksen Tanıtım Ltd.Şti.1998
32. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 5.Baskı Kaan Kitabevi 2004:632
33. Kılıç C.Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi. 1996,7(1):3-9
34. Taşkiran İ.ve ark. “Batıkent Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Genel Sağlık Anketi ile Değerlendirilmesi”, Kasım-Aralık 2003 Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D
35. 3.Halk Sağlığı Günleri 5-7 Mayıs 1993 Kayseri
36. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8.Basım. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri 2001:315-317
37. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, İstanbul, 1991: 18
38. Metin B., Akın A., Güngör İ., Dünya Sağlık Raporu, Ankara, 1998:88-101
39. Çuhadaroğlu F., Nöropsikiyatri Arşivi: Adölesanlarda Depresyon. 1992:146-150
40. Serim H. Adölesanlarda Sağlık Hizmeti Sunumu 46. Milli Pediatri Kongresi
41. Gümüş D., Ulukol B., Cin Ş., Adölesanlarda Sigara İçmeyi Etkileyen Faktörlerle İlgili Bir Okul Araştırması 46. Milli Pediatri Kongresi 2002
42. Türk Psikoloji Bülteni 4, Genel Sağlık Anketi Güvenlik ve Geçerlilik Çalışması 1999:105-112
43. Potts N.L.,Mandleco B.L. Pediatric Nursing Caring For Children And Their Families, Delmar, 2002:104-105

44. Özden Ö. ve ark. Gülveren Lisesi Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Genel Sağlık Anketi İle Değerlendirilmesi, Eylül-Ekim 2003, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D

EKLER

EK-1

**YETİŞTİRME YURDUNDA YAŞAYAN ÇOCUKLARIN GENEL RUH SAĞLIĞI
DURUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK ARAŞTIRMA ANKET FORMU**

SAYIN KATILIMCI

Yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların genel ruh sağlıklarını belirlemeye ilişkin bir çalışma yapmaktayım. Bu nedenle bu konu ile ilgili bazı sorular hazırlanmıştır. Sorulara içtenlikle ve doğru olarak cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Aytaç Yılmaz

Anket no:.....

1-Yaşınız ?.....

2-Cinsiyetiniz ?.....1-Kız.....2-Erkek

3-Öğrenim durumunuzu yazınız ?

4-Anneniz yaşıyor mu ? 1-Evet 2-Hayır 3-Bilmiyorum

5-Babanız yaşıyor mu ? 1-Evet 2-Hayır..... 3-Bilmiyorum

6-Kaç yıldan beri yetiştirme yurdunda yaşıyorsunuz ?.....

7-Kardeş sayınız ? (Kendiniz dahil).....

8-Aile fertlerinden görüştüğünüz kişiler var mı ?

1-Anne 2-Baba 3-Anne-baba 4-Kardeş 5-Anne baba kardeş 6-Akraba

9-Ailenizle iletişiminiz nasıl ?

1-Çok kötü 2-Kötü 3-Normal 4-İyi 5-Çok iyi

10-Kaldığınız odadaki kişi sayısı ?.....

11-Arkadaşlarımızla ilişkileriniz nasıl ?

1-Çok kötü 2-Kötü 3-Normal 4-İyi 5-Çok iyi

12-Sigara kullanıyor musunuz ?

1-Evet 2-Hayır

13-Sabahları kahvaltı yapar mısınız ?

1-Evet 2-Hayır

14-Günde kaç öğün yemek yersiniz ?

1-Bir 2-İki 3-Üç 4-Dört veya daha fazlası

15-Son 6 ay içinde sağlık problemi yaşadınız mı ?

1-Evet 2-Hayır

16-Uzun süre devam eden tanısı sağlık kuruluşunda konmuş kronik hastalığınız var mı ?

1-Evet 2-Hayır

17-Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı ?

1-Evet 2-Hayır

18-Hiç önemli bir kaza geçirdiniz mi ?

1-Evet 2-Hayır

19-Bu yıla ait ders notunuz ?

1-Geçer 2-Orta 3-İyi 4-Pekiyi

EK-2

GENEL SAĞLIK ANKETİ 12

1-Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

2-Kendinizi sürekli zorluk altında hissediyor musunuz?

Hissetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

3-Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

4-Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz ?

Hissetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

5-Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz ?

Hissetmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

6-Kendinize olan güveninizi kaybediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

7-Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

8-Yaptığınız işe dikkatini verebiliyor musun ?

Veremiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

9-İşe yaradığımı düşünüyor musun ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

10-Sorunlarıyla uğraşabiliyor musun ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

11-Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

12-Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz ?

Hiç çekmiyorum Her zamanki kadar Her zamankinden sık Çok sık

EK-3

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Aytaç YILMAZ, 03.06.1980 yılında Kayseri’de doğmuş olup, ilk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamlamıştır. 2003 yılında Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. Halen Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans öğrencisidir.