



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**ERGEN YAŞTAKİ LİSANSLI SPORCULARDA ANKSİYETE VE  
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA – 2009**



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**ERGEN YAŞTAKİ LİSANSLI SPORCULARDA ANKSİYETE VE  
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ**

**BURSA – 2009**

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	19
Bulgular.....	25
I. Sosyodemografik Bulgular.....	25
II. Grupların Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması .....	32
Tartışma ve Sonuç.....	36
I. Genel Bulguların Değerlendirilmesi.....	36
II. Ergenlikte Spor ve Psikopatoloji.....	37
Kaynaklar.....	44
Ekler.....	50
Teşekkür.....	78
Özgeçmiş.....	79

## ÖZET

Ergenlik çağının en önemli özelliği hızlı bir değişim yaşanmasıdır. Ergenler, çocuklara göre, daha fazla biyopsikososyal değişimle baş etmek zorunda kalırlar. Çalışmamızda lisanslı olarak spor yapan ergenlerin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeylerini, organize olarak sporla uğraşmayan yaşlıları ile karşılaştırmayı amaçladık.

Çalışmaya, amatör ligde lisanslı olarak voleybol oynayan 20 kız ile organize spora katılmayan 20 sağlıklı kontrol (20 kız) olmak üzere, 12–18 yaş arasında toplam 40 ergen dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $185 \pm 14.62$  ay (15;5 yıl) olup, gruplar arası fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Sporcu grubun %60'ı en az 60 aydan beri, %25'i 49–59 aydan beri, %5'i 36–48 aydan beri, %10'u 25–35 aydan beri lisanslı olarak voleybol oynuyordu. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Durumluluk–Sürekli Kaygı Envanteri (STAI–I, STAI–II), Kısa Semptom Envanteri, Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS for Windows 13.0 paket programı kullanılmıştır.

Sporcuların kontrol grubuna göre daha iyi sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeye sahip ailelerden geldikleri saptanmıştır. Sporcu grubun, sporcu olmayan gruba göre depresyon, anksiyete, sosyal kaygı ve kısa semptom envanteri alt ölçekleri düzeyleri anlamlı ölçüde düşük (tümü  $p < 0,05$ ) saptanmıştır. Sporcu grubun yaşam kalitesi hem ergen hem de ebeveyn açısından sporcu olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır (ikisi de  $p < 0,05$ ).

Gelecekte Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında sporla ilgili daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve sporun ruh sağlığına etkilerinin üzerinde durulması faydalı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Ergen, spor, anksiyete, depresyon, sosyal kaygı, yaşam kalitesi, çocuk psikiyatrisi

## SUMMARY

### **Anxiety, Depression and Quality of Life in Adolescent Athletes**

The most prominent feature of adolescence is going through rapid changes. Compared to children, adolescents have to overcome more biopsychosocial changes. In our study we aimed at comparing levels of depression, anxiety and quality of life in amateur adolescent athletes and adolescents not participating in regular sport activities.

Forty female adolescents aged between 12–18 years were included: 20 were playing volleyball in the amateur league, while 20 were healthy controls not involved in organized sports activities. Mean age was  $185 \pm 14.62$  months (15;5 years), groups did not differ ( $p > 0.05$ ). Duration of volleyball license was minimum 60 months for 60%, 49–59 months for 25%, 36–48 months for 5% and 25–35 months for 10% of athletes. To all participants, a sociodemographic form, as well as the Children's Depression Inventory, State Trait Anxiety Inventory–STAI I–II, Brief Symptom Inventory, Social Anxiety Scale for Adolescents and the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) were applied. Statistical analysis was performed with SPSS for Windows 13.0.

Female adolescent athletes had a better socioeconomic and sociocultural background than controls. Depression, anxiety, social anxiety and brief symptom inventory subscale levels were significantly lower (all  $p < 0.05$ ) in athletes than in controls. Quality of life in female adolescent athletes was significantly higher than in female adolescents not participating in regular sports activities, according to adolescent and parent reports (both  $p < 0.05$ ).

Physical activities and sports should be further investigated in the field of child and adolescent psychiatric; and effects of sport activities on mental health should be emphasized.

**Key Words:** Adolescent, sport, anxiety, depression, social anxiety, quality of life, child psychiatry.

# GİRİŞ

## Ergenlik

Ergenlik dönemi; latince büyüme, kıllanmak (*adolescere*) anlamına gelen biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin hızlandığı ve birbirleri ile yoğun etkileşim içine girdiği bir yaşam evresini tanımlamaktadır (1). Bu dönemde, genç hem sosyal dünyada kendine yer edinmeye çalışmakta hem de kendisiyle ilgili kişisel plan ve hedeflerini oluşturmaya ve gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Çocukluğa kıyasla uyum sağlanması gereken değişim alanları ve değişim hızı artmaktadır ve bu konuda zorluk çeken ergenlerde ruh sağlığı sorunları görülebilmektedir (2). Günümüzde geçmişe göre daha fazla ergenin ruh sağlığı sorunu yaşadığı bildirilmektedir; hem ergenlikte çocukluk dönemine göre prevalans artmakta, hem de günümüzde geçmişe göre ergenlik döneminde bildirilen ruh sağlığı sorunları artmaktadır (3).

Ergenlik çağının en önemli özelliği hızlı bir değişim yaşanmasıdır. Bu dönemin sonunda ergenlerden ebeveynleri ile erişkin tipi ilişki kurabilen, sağlıklı ve uzun süreli arkadaşlık ilişkileri olan, bağımsızlığını kazanmış, bireysel değerler sistemini oluşturmuş, mesleki hedeflerini belirlemiş, cinsel kimlik gelişimini tamamlamış, olumlu baş etme ve sorun çözme becerilerini kazanmış ve yaşadığı toplum içinde sosyal sorumluluklarını yerine getirebilen üretken bir erişkin olmaları beklenmektedir (4).

Ergenin yer aldığı aktiviteler, ergenin ortamını oluşturmada önemli birer faktördürler. Araştırmalar; yapılandırılmış ortam ve programlar doğrultusunda, belli bir amaca yönelik aktivitelere katılmanın ergenin benliğinin ve kimliğinin oluşmasında etkileri olduğunu göstermektedir (5–7).

Ergen ve çocuklar, ruh sağlığı sorunlarının görece olarak az incelendiği ve bu tür sorunların ele alınabileceği hizmet sunumunun hem nicelik hem de nitelik bakımından yeterli olmadığı bir nüfus kesimini oluşturmaktadır. Ergenlerde görülen ruhsal sorunların yaygınlığının ve ilişkili olduğu etmenlerin incelenerek ortaya konması sözü edilen gruba verilebilecek ruh sağlığı hizmetlerinin hem planlaması hem de sunulması için önemlidir (8).

Gençlik merkezlerindeki aktivitelere, okul kulüplerine, gönüllülük esaslı sosyal sorumluluk aktivitelere, resim, müzik gibi sanatsal aktivitelere katılımın bazı riskli davranışlara (örneğin madde deneme veya kötüye kullanımı, suçlu gruplara katılım) yönelimi önleme açısından önemli olduğu belirtilmiştir (9–12).

Ergenlerin sağlıklı olarak gelişmelerini desteklemek onların bulunduğu her yere yani ev, okul, sağlık kurumları, parklar, alışveriş merkezleri, spor okulları, eğlence yerleri ve hatta sokaklara ulaşmak anlamına gelir. Bu nedenle ergen dostu politikaların ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereksinim vardır (13).

## **Spor**

Spor kelimesinin köken olarak Lâtincede *disportare* ve *desport* "dağıtmak, birbirinden ayırmak, eğlence, neşe" anlamına gelen sözcüklerden 17.yüzyıldan sonra günümüze gelinceye kadar ilk hecesi aşınarak "Spor" biçimine dönüştüğü araştırmacılar tarafından öne sürülmektedir (14).

Spor; bireysel ya da takım olarak, belirlenmiş kural, yer, zaman ve alanda; değişiklikleri gözlenebilen, seriler halinde gerçekleştirilen ve bir amaç doğrultusunda yapılan organize insan davranışlarıdır (15).

## **Sporcu Kavramı**

Günümüzde spor herkesin rahatlıkla yapabileceği, bireylerin serbest zamanlarında planlı veya plansız durumlarda kolaylıkla faaliyet göstereceği konuma ulaşmıştır. Birey, maddi imkanları çerçevesinde çeşitli spor kulüplerine üye olarak veya kendi imkanlarıyla her gün spor yapabilecek konumdadır. Toplumun hemen hemen tüm bireylerinin bir şekilde sporla tanıştığı günümüzde, sporu diğer insanlardan çok daha farklı şekilde, yoğunlukta ve amaçta icra eden bir kesim, *sporcu* kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Sporcu olmayan kişiler için spor yapmak mesleki bir iş değildir. Spor yapan kişi için gönüllülük esastır. Spor yapan kişi, sınırlarını kendisi belirleyebilir, arzu ettiği zaman sporu terk edebilir. Sporcu ise, spor yapanlara



göre daha sistematik, yoğun, şiddetli fiziksel aktivitelerde bulunan ve tüm bu faaliyetlerinin sonucunda kendisine rakip olan sporcularla müsabaka eder (16). Sporcu için spor, disipline kurallar çerçevesinde özel zamanın ayrıldığı, bilimsel metot ve programlar dahilinde mutlak başarının hedeflendiği bir müsabaka alanıdır. *Sporcu*, yaşantısını faaliyet gösterdiği spor branşına göre planlar.

Sporcu kavramı kendi içerisinde profesyonel sporcu ve amatör sporcu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. *Profesyonel sporcular*, sporu meslek haline getirmiş, hayatını idame kurallarını faaliyet gösterdikleri spor sayesinde yerine getiren, sporu öncelikle geçim aracı olarak kullanan kişilerdir. *Amatör sporcular* ise profesyonel sporculara yakın bir çalışma temposunda olup maddi kazanç beklemeyen ancak en az profesyonel sporcular kadar kazanmak isteyen ve bu amaç doğrultusunda sporun mücadelecisi, yarışmacı ortamında kazanma ve kaybetme duygularını yaşayan kişilerdir (16).

### **Spor Dalları**

Spor dalları, özelliklerine göre çeşitli biçimlerde sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırmalarda farklı çıkış noktaları temel alınmaktadır. Spor dalının özelliklerine ve ruhsal–bedensel yönlerine göre yapılan bir sınıflandırma aşağıda verilmiştir (17).

#### **1. El–göz eşgüdümünü gerektiren spor dalları**

Eller ve gözler başta olmak üzere, farklı organların uyumlu olarak birlikte çalışmasını gerektiren, algılama ve dikkat gibi süreçlerin önemli olduğu atıcılık, okçuluk gibi spor dallarıdır. Bu spor dallarını yapan sporcular dış uyaranlara karşı duyarlıdır, ruhsal gerginlik yarışma sonuna doğru artar.

#### **2. Bedenin bütün olarak katıldığı ve genel eşgüdüm gerektiren spor dalları**

Bu spor dallarında amaç, estetik yetkinliğe ulaşmaktır. Bedenin tümünün uyum içinde harekete katılması gerekir. Bu grupta jimnastik, artistik patinaj, kule atlama gibi spor dalları sayılabilir.

### **3. Bedenin tüm enerjisinin kullanılmasını gerektiren spor dalları**

Bu grupta kondisyonun bazı özelliklerinin daha önemli olduğu spor dalları yer alır. Örneğin, atletizmde kısa mesafe koşuları kuvvete dayanırken, uzun mesafe koşuları dayanıklılığa, yüzme ve kürek sporu ise hem kuvvete hem de dayanıklılığa dayanır. Bu spor dallarının etkinlikleri yapıldığında ruhsal gerginliği azaltır ya da giderir.

### **4. Yaralanma ve ölüm tehlikesinin bulunduğu spor dalları**

Bu gruptaki spor dallarında hızlı ve doğru karar verme süreci önem kazanır. Bu gruptaki spor dalları ile uğraşan kişilerin en önemli özellikleri yoğun bir macera ve heyecan arama özelliklerinin olmasıdır. Bu grupta otomobil yarışı, paraşütçülük, sürat kayağı, dağcılık gibi spor dalları yer alır.

### **5. Bireysel mücadele gerektiren spor dalları**

Bu gruptaki spor dallarında sporcular doğrudan rakipleriyle mücadele etmek zorunda olduklarından, kondisyon önem kazanmaktadır. Güreş, judo, boks gibi spor dalları bu grupta yer alır.

### **6. Takım sporları**

Birden çok oyuncunun birlikte mücadele ettiği spor dallarını kapsar. Bu spor dallarında teknik ve taktik özelliklerle bunlara uyum önemlidir. Başarı ya da başarısızlık takımdaki sporcuların tümüne aittir, bu nedenle sporcuların sorumlulukları ve zorlanma düzeyleri bireysel spor yapanlarınkine göre daha azdır. Başarı için takım arkadaşlarının özelliklerini iyi tanıma, yardımlaşma, dayanışma, grup dinamiği, sağlıklı iletişim gereklidir.

Takım sporları çeşitli özelliklerine göre üç grupta incelenebilir (17).

#### **1. Takımların bir araçla birbirinden ayrıldığı spor dalları**

Rakip takımların sporcuları aralarındaki bir araçla birbirinden ayrılmıştır, doğrudan bir temas yoktur. Voleybol, tenis gibi spor dalları bu grupta yer alır. Başarılı olmak için çeviklik, dikkat, dikkatin sürekliliği, yaratıcılık gibi özellikler gerekir.

#### **2. Rakiple doğrudan mücadele etmeyi gerektiren takım sporları**

Bu grupta yer alan spor dalları yüksek düzeyde mücadele gücü gerektirdiği için sporcuların bedensel ve zihinsel zorlanmalara dayanma gücü, kuvvet, hız, yaratıcılık, yüksek düzeyde teknik ve taktik, mücadeleden

kaçmama gibi özellikleri önem kazanır. Futbol, basketbol, hentbol gibi spor dalları bu grupta yer alır.

### **3. Oyunda paralelliğin olduğu spor dalları**

Bu grupta takım oyuncularının sırayla yarıştığı, hepsinin aynı fiziksel güçlüklerle karşılaştığı spor dalları yer alır. Sporcuların yüksek düzeyde taktiğe, oyun zekasına sahip olmaları gerekir. Golf, beyzbol, bowling gibi spor dalları bu grupta yer alır.

### **Sporun Olumlu Etkileri**

Spora katılım yaşamın her döneminde önemlidir, özellikle çocuk, ergen, genç erişkinler için sağlığın pekiştirilmesi, hastalıklardan korunma ve psikososyal iyilik hali için daha kritik bir öneme sahiptir. Bu durum sedanter yaşam tarzı, obezite ve benzeri problemlerin gençlerde sıkça görüldüğü günümüzde özellikle önemlidir (18). Spor, ayrıca sporcuya kendini deneme, kendini akranlarla mukayese etme ve sağlıklı koşullarda yarışma ortamı sunar ki bunlar olumlu benlik saygısı, kendilik algısı ve mental dayanaklılığın gelişmesini kolaylaştırmaktadır (19–22).

1999 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada spor etkinliklerinin çocuk ve ergenlerde davranış ve sosyal gelişim üzerine etkileri araştırılmış; araştırmaya 6–15 yaş aralığında 26 kız ve 25 erkek katılmıştır. Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlere 2 ay aralıkla H. J. Eysenck Glenn Wilson'un sosyal gelişim envanteri uygulanmış ve spor etkinliklerine katılımın sosyal gelişimleri üzerine belirgin derecede olumlu katkıda bulunduğu saptanmıştır (23).

Herhangi bir sosyal aktivitede yer almamanın veya katılan sosyal aktivitenin belli bir program, denetim ve amaç çerçevesinde olmamasının akademik başarısızlık, antisosyal tavırlar, intihar ve yasa dışı madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (7).

2007 yılında Portekiz'de 10–18 yaş aralığındaki 3352 çocuk–ergen katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada spor yapma ve spora katılımı etkileyen demografik ve sosyokültürel faktörlerin ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; çocuk ve ergenlerin yaşları ile spora katılımı arasında ilişki saptanmamış; yüksek ve orta sosyoekonomik düzeye sahip

çocuk ve ergenlerin spora katılım oranları düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlardan yüksek saptanmış, ailesinde spora katılım olan çocuk–ergenlerin spora katılımı olmayanlara göre yüksek saptanmış, erkek cinsiyet kız cinsiyete göre daha yüksek oranda spora katılım göstermiş, spora katılım oranlarında akranların belirgin düzeyde olumlu etkiye sahip olduğu saptanmıştır (24).

Doğan ve ark. (25), Sivas'ta 697 üniversite öğrencisinin aktif sosyal etkinliklere katılma oranları ve benlik saygısı düzeylerini belirledikleri araştırmalarında, spor yapan öğrencilerde beden imgesi değerlendirmesinin spor yapmayanlara göre daha olumlu olduğu sonucuna varmışlardır. Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde ise sosyal etkinliklere katılma derecesi, yüksek sosyo–ekonomik düzeydekiler ve benlik saygısı yüksek olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Spora katılım kırılğan benlik algısı olan, duygusal zorlukları olan çocuklarda tedavi edici etkiye sahip olabilir. Akranlar, ebeveyn, öğretmen ve toplumdan olumlu geri bildirim almak kendine olan güvenin oluşumunu kolaylaştırır. Spora teşvik etmek diğer etkilerinin yanında gençlerin yeteneklerini en iyi şekilde kullanmalarına yardımcı olabilir (26).

Tiryaki ve ark.'nın (27), yaptıkları bir araştırmada da spor yapanların yapmayanlara göre daha dışa dönük ve duygusal olarak daha dengeli oldukları belirtmişlerdir.

Alderman ve ark.'nın, Kanada'da yaptıkları sporun benlik algısına etkisinin incelendiği ve iki grup üzerinde yürütülen bir çalışmada, birinci grupta yer alanlara altı ay süreyle haftada bir belli bir antrenman programı uygulanmıştır. İkinci gruptakilerin ise böyle bir faaliyeti olmamıştır. Çalışmalara başlamadan önce iki grup arasında genel benlik algılamaları açısından fark tespit edilmemiştir. Altı ay sonra testler tekrarlandığında; altı ay boyunca düzenli spor programını takip eden kişilerin, özellikle kendi bedenlerine yönelik algılamalarında diğerlerine göre önemli derecede artış tespit edilmiştir (28).

Tiryaki ve Moralı (1992), yaptıkları bir araştırmada 222 sporcu ve 471 sporcu olmayan lisenin benlik saygılarını ve sosyo–demografik özelliklerini

karşılaştırmışlardır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılan araştırmada bu değişkenler için sporcu olanlar ile sporcu olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (29).

433 kişiden oluşan 197 spor yapan ve 236 spor yapmayan liseli ergenin benlik saygıları açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada spor yapanlarda benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur (30).

## **Ergenlikte Depresyon, Anksiyete, Sosyal Kaygı ve Diğer Bozukluklar ile Yaşam Kalitesi**

### **Depresyon**

Depresif Bozukluk ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, süregelenleşmeye ve yinelemeye yatkın, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen bir bozukluktur (31). Çocukluk ve ergenlik döneminde Depresif bozukluklar süregen ve yaygın bir üzüntü, anhedoni, sıkıntı ya da irritabilite, zevk veren aktivitelere ve diğer insanlarla iletişime geçme gibi olağan etkinliklere karşı ilgide azalma ile karakterizedir (32–35).

Çocuklardaki karamsarlık ve umutsuzluk 17. yüzyılda doktorların dikkatini çekmeye başlamış ve 19. yüzyılın ortalarından itibaren çocuklar ve ergenlerde artan sıklıkta depresyon olguları bildirilmiştir (36). Depresif bozukluklar diğer psikiyatrik bozukluklara benzer olarak genetik, ailesel ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (36). Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılında depresyonun görülme sıklığı açısından dünyada ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını öngörmektedir (13).

Depresyon, ergenlik döneminin en önemli ruh sağlığı sorunudur (33–35). Bu dönemde depresyonun görülme sıklığının %5 ile %20 arasında değiştiği bildirilmektedir (36–38). Çocukluk döneminde daha az görülmesine karşın, depresyonun ergenlikle birlikte görülme sıklığı belirgin bir biçimde artmaktadır. Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı çocukluk döneminde %3'ten az iken ergenlik döneminde bu oran %14'e ulaşmaktadır (36). Bu

dönemde görülen depresyonun yetişkinliktekine benzer sonuçları olmaktadır. Depresyon, ergen için hem yeti yitimine sebep olmakta hem de intihar davranışı için bir risk etmeni oluşturmaktadır (39–42). İlgili literatür incelendiğinde, ergenlik döneminde depresyonun bazı demografik, ailesel ve okulla ilgili özelliklerle ilişkili bulunduğu görülmektedir. Çalışmalar, kızlar arasında depresyonun erkeklerden daha yaygın olduğunu (43, 44) bildirmekte; risk faktörleri olarak ebeveyn ölümü veya ayrılığı (45), aile üyelerinde psikiyatrik bir rahatsızlığın olması (45–47), istismar ve ihmale maruz kalma, ebeveyn desteğinden yoksun olma (48), okul başarısızlığı ve düşük not ortalaması (49), gibi özellikleri saymaktadırlar.

Ergenlik depresyonuyla ilişkili bulunan bilişsel ve davranışsal özelliklerden biri benlik saygısıdır. Benlik saygısı yüksek ergenlerde depresyon olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (36, 50, 51). Ergenlikteki baş etme becerilerinden biri sorun çözme, diğeri ise atılganlıktır. Yetersiz sorun çözme beceri düzeyi depresyon ve intihar davranışının ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir rol oynar (52–57). Ergenlerde atılganlık becerisi eksikliği hem depresyon (58) hem de intihar davranışı için (8, 42) önemli bir risk etmenidir. Sorun çözme yaklaşımı, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki duygusal sorunların önlenmesi ve sağaltımında önemli bir faktör olarak görülmektedir (59, 60). Çocukluktan ergenliğe geçiş ile birlikte, birey için akranların ve dış dünyanın önemi belirgin şekilde artmaktadır. Bir arkadaşlık ilişkisini başlatıp sürdürebilme ve akranlarının kendi üzerindeki olumsuz etkilerini sınırlayabilme becerileri, ergenin ruhsal gelişimi üzerinde olumlu etkiye sahiptirler.

2006 yılında Kanada'da 449 öğrenci (%49,7 si kız) ile yapılan bir çalışmada takım sporlarına katılımın hem kız hem erkeklerde depresif semptomları önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (61).

2006 yılında Karakaya ve ark.'nın profesyonel olarak yüzme sporu ile uğraşan çocuklarda depresyon, kaygı ve benlik saygısı düzeylerinin değerlendirilmesi ve aktif olarak sporla uğraşmayan yaşlıları ile karşılaştırılması amaçlı yaptıkları bir çalışmada; 9–13 yaş arasındaki 31 yüzücü ile aynı yaş aralığındaki 30 kontrol grubu karşılaştırılmıştır.

Yüzücülerin benlik saygısı ortalama puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ( $p<0.01$ ), depresyon puanları ise daha düşük bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Çocuk durumluk, süreklilik kaygı envanteri ile değerlendirilen durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ise yüzücülerde daha yüksek saptanmıştır. Aradaki fark sürekli kaygı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (62).

2005 yılında ülkemizde Konya'da Yurdadön'ün yaptığı bir araştırmaya 13–15 yaş arasında olan 400 öğrenci katılmıştır. Katılımcılar 200 spor yapmayan ve 200 spor yapan (%50 kız); 100 kız, 100 erkek, 200 spor yapan; 40 atlet, 40 basketbolcu, 40 masa tenişiçi, 40 tekvandocu, 40 voleybolcu öğrenciden oluşmuştur. Öğrencilere 27 sorudan oluşan Çocuklarda Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde; bayanların erkeklere, spor yapmayanların yapanlara kıyasla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, branş farkının depresyon açısından farklılığa yol açtığı, voleybolcu öğrencilerin depresyon düzeylerinin diğer branşlardaki öğrencilerden yüksek olduğu, branş içi cinsiyet karşılaştırması yapıldığında cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmadığı sonuçlarına varılmıştır (17).

2005 yılında Tayland' da yapılan fiziksel egzersizin depresif semptomlar ve nöroendokrin stres hormonları üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; orta–ağır derecede depresif semptomu olan 18–20 yaş aralığındaki 49 bayan 8 haftalık düzenli egzersiz programına alınmış, programın başlangıcındaki ve sonundaki depresyon skorları karşılaştırıldığında depresyon skorlarında başlangıç seviyesine göre anlamlı düşüş saptanmış ve 24 saatlik idrarda kortizol ve epinefrin düzeylerinde egzersiz programı öncesine göre azalma görülmüştür (63).

Ülkemizde 2008 yılında Eskin ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada; Aydın il merkezindeki üç liseden 805 (367 kız, 438 erkek) birinci sınıf öğrencisine genel bilgiler, akademik başarı, dini inancı sorgulayan bir anket ve depresyon, sosyal destek, sorun çözme, atılganlık öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır. 141 (%17,5) öğrencinin Çocukluk Depresyon Envanterinin kesme noktası olan 19 ve üzerinde puan aldığı ve çoğunun kız olduğu

görülmüştür. Depresyon belirleyicisi olarak erkek öğrencilerde düşük özsaygı, düşük not ortalaması, zayıf arkadaş desteği saptanmış; kız öğrencilerde ise depresyon belirleyicisi olarak düşük özsaygı, düşük baba eğitimi, zayıf arkadaş desteği değişkenleri saptanmıştır. Özsaygının dışlandığı ikinci lojistik regresyon çözümlemesinde erkek öğrencilerde depresyon belirleyicisi olarak düşük not ortalaması, zayıf aile desteği, zayıf arkadaş desteği ile yetersiz sorun çözme becerileri, kız öğrencilerde ise depresyon belirleyicisi olarak düşük baba eğitimi, zayıf aile desteği, zayıf arkadaş desteği ile yetersiz problem çözme becerileri değişkenleri saptanmıştır. Bu sonuçlarla ergenlik dönemi depresyonunun önlenmesi ve sağaltımında özsaygı ile sosyal desteği arttırmayı ve sorun çözme becerilerini öğretmeyi hedefleyen psikososyal girişimlerin etkili olabileceği saptanmıştır (64).

2001 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ve 1036 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada spora katılımın deprese duygu durum açısından koruyucu olduğu saptanmıştır (65).

### **Anksiyete**

Anksiyete sözcüğü, sıkıntı, bunalım, korku, endişe ve kaygı sözcüklerinin anlamlarını içerir. Anksiyete, emosyon (heyecan, duygudurumu) kavramı içinde yer alır; emosyonun belli bir boyutudur. Anksiyete, subjektif ve objektif belirtileri olan, ruhsal ve bedensel (psikolojik ve somatik) kompleks, heyecanlı bir olaydır. Anksiyeteyi normal ve patolojik anksiyete olarak ikiye ayırabiliriz (66).

#### **1. Normal Anksiyete**

Normal anksiyete, her insanın bir tehlike karşısında duyduğu sıkıntı, aşırı endişe ve ölüm korkusu nedeniyle gösterdiği doğal tepkidir. Normal anksiyete, günlük hayatımızın bir parçası olarak ortaya çıkan biyolojik bir olaydır; 'biz insanlara, hayat boyu vazgeçilmez, yardımcı ve koruyucu bir mekanizma olarak sunulmuştur' ve sıklıkla tehlike habercisidir. Anksiyete, bir tehlide karşı uyarıcıdır, organizmayı koruyucu ve hayat kurtarıcı özelliği vardır. Anksiyete, yaklaşan tehlikeyi haber vererek sinir sisteminin tüm birimlerini (santral ve periferik sinir sistemi, otonom sinir sistemi ve endokrin sistem) en üst düzeyde uyarır, harekete geçirir ve böylece kişiye kendini



koruma fırsatını verir. İnsanın başarısına yönelik bir korku ve tehditten kaynaklanan orta düzeyde anksiyete ise genellikle performansı artırıcı özelliğindedir. Bu tip anksiyeteyi azaltma girişimleri, performansın da düşmesine neden olabilir. Bu nedenle anksiyetenin bir bakıma itici bir gücü, performansı ve motivasyonu artırıcı bir özelliği vardır. Bu yönden anksiyete, onun ayrılmaz bir parçası gibi görünen strese benzer. Denebilir ki, anksiyetenin azı yararlıdır, çoğu ise organizmaya ruhsal ve bedensel olarak zarar verir (66).

## **2. Patolojik Anksiyete**

Normal anksiyetenin ötesinde, anksiyete bir hastalık belirtisi olarak da karşımıza çıkabilir. Patolojik anksiyete belli bir uyarana karşı, süresi ya da şiddeti bakımından uygun olmayan bir yanıttır. Araştırmalar, patolojik anksiyetenin, normal anksiyetenin bir uzantısı olmadığını, fakat genetik özelliği de olan bir klinik tablo olabileceğini düşündürmektedir. Anksiyete, birçok psikiyatrik bozuklukta bir geçiş semptomu, bir ara semptom ya da göreceli olarak ağırlık taşıyan bir semptom olarak karşımıza çıkabilir (66).

Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları, yaygın görülmekte, az çalışılmakta ve belki de az bildirilmektedir. Sosyal geri çekilme, anksiyete, izolasyon, hipersensitivite, depresyon ve utangaçlığın okul çağı çocuklarında görülme oranları %10–20' dir. Anksiyete bozuklukları, benlik saygısı, akran ilişkileri, sosyal beceriler ve akademik başarı gibi birçok alanda olumsuz etkiye sahiptir. Anksiyete bozukluğu olan gençler baş ağrısı, mide ağrısı ve iritabl barsak sendromu gibi eşlik eden somatik semptomlar gösterebilirler. Çocuklukta anksiyete bozukluğu bulunması, eş zamanlı olarak ya da çocuğun sonraki yaşantısında psikopatolojinin diğer formları için genel bir risk yaratabilir (67).

6–14 yaş arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan 65 çocuk ergen ile benzer yaşta öğrenme bozukluğu olan 32 çocuk ergenin spora katılım ile anksiyete ilişkisi açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan grupta spora katılımın depresyon ve anksiyete düzeylerini spora katılmayan gruba göre belirgin derecede azalttığı saptanmıştır (68).

2002 yılında Almanya'da spor yapan ve yapmayan 14–18 yaş aralığındaki 1000 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; spor yapanların yapmayanlara göre daha olumlu kendilik imajına sahip oldukları, spor yapanların daha az oranda alkol ve madde kullandıkları, spor yapanların daha düşük depresyon ve anksiyete skorlarına sahip oldukları saptanmıştır (69).

Bilgin'in (2001), ergenlerde kaygı ile benlik saygısı arasındaki ilişki konusunda İstanbul'da 12–14 yaşları arasında 1431 ergen üzerinde yaptığı bir çalışmada, ergenlerin sürekli kaygıları ile benlik saygıları arasında olumsuz yönde anlamlı ilişkiler bulmuştur. Sürekli kaygısı daha yüksek olan ergenlerin benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. Erkek öğrencilerin benlik saygıları, kız öğrencilerin benlik saygılarından anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Sosyo–ekonomik seviye daha yüksek olan ergenlerin benlik saygıları daha yüksek bulunmuştur (70).

1996 yılında ülkemizde spor faaliyetlerinin anksiyete açısından uzun dönemli etkisini araştırmak amacıyla 14–16 yaş grubundaki toplam 60 öğrencinin spor yapanlar ve yapmayanlar şeklinde ayrılarak dahil edildikleri bir çalışmada; spor yapanlarda hem genel semptom, hem de anksiyete indeksinin anlamlı biçimde düşük olduğu saptanmıştır (71).

### **Sosyal Kaygı**

Sosyal kaygı (sosyal fobi), utanmaktan, küçük düşmekten, sosyal ortamlarda başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten yoğun şekilde korkma ve korkulan durumlardan kaçınma eğilimi ile tanımlanabilecek yaygın bir kaygı bozukluğudur (72).

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bozukluğun hem çocuk ve ergenlerde hem de yetişkinlerde oldukça yaygın görüldüğünü düşündüren araştırma bulguları artmıştır. Çocuk ve ergenlerle ilgili yaygınlık çalışmalarında % 1.1 ile % 3.7 arasında değişen oranlardan söz edilmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise ilköğretim 4–8. sınıflara devam eden çocuk ve ergenlerde yaygınlık oranı %3.9 olarak belirlenmiştir (73). Bütün kaygı problemleri ergenlerin ve ailelerinin günlük işlevlerini ciddi düzeyde bozmaktadır. Sosyal kaygı belirtileri gösteren ergenlerin, yaşadıkları

huzursuzluğun yanında okula devam etmede, akademik konularda, arkadaşlık kurma ve sürdürmede güçlükleri vardır. Ayrıca yapılan araştırmalarda sosyal kaygı ile birlikte depresyon, somatoform bozukluklar, intihar ve kaygıyı bastırma amacıyla alkol ve madde kötüye kullanımı gibi olumsuz sonuçların sık görüldüğü bildirilmektedir (74).

2006 yılında ülkemizde askeri liselerde eğitim-öğretim gören sporcu olan ve sporcu olmayan öğrencilerin problem çözebilme, strese karşı koyabilme, uyum becerileri ile akademik ders başarı düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenerek, sporcu öğrenciler ile aynı yaş grubunda sporcu olmayan öğrenciler arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya askeri liselerde eğitim-öğretim gören sporcu olan ve sporcu olmayan toplam 813 (318 sporcu, 495 sporcu olmayan) öğrenci katılmıştır. Bulgulara ulaşmak için; "Kişisel Bilgi Formu", problem çözme becerisi algıları için "Problem Çözme Envanteri", stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek için "Stresle Başa Çıkma Ölçeği" ve kişilik özelliklerini belirlemek için "Hacettepe Kişilik Envanteri" kullanılmıştır. Çalışmada sporcu öğrencilerin problem çözerken sporcu olmayan öğrencilerden daha fazla kendilerine güvendikleri ve problem karşısında daha planlı çözüm yollarına ulaştıkları sonucuna varılmıştır ( $p=0.04$ ). Stresle başa çıkma tarzlarında sporcu öğrenciler kendilerine daha fazla güvenmekte olup, sporcu olmayan öğrenciler stres karşısında, sporcu olan öğrencilere göre daha fazla boyun eğici yaklaşım göstermektedirler ( $p=0.006$ ). Kişilik özellikleri açısından ise sporcu öğrencilerin olmayanlara göre kişisel, sosyal ve genel anlamda daha uyumlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0.023$ ). Ayrıca öğrencilerin akademik başarıları değerlendirildiğinde sporcu olan öğrencilerin akademik başarılarının sporcu olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Çalışmanın sonuçlarına dayanılarak eğitim-öğretim faaliyetlerine devam ederken spor takımlarında sporcu olarak yer almanın bireylerin kişilik özelliklerini olumlu yönde geliştireceği, problem çözme ve stresle başa çıkma becerilerine yardımcı olacağı ve öğrencilerin akademik başarılarına olumlu katkı sağlayacağı saptaması yapılmıştır (75).

Sosyal kaygısı olan ergenler sosyal ortamlara yönelik huzursuzluk yaşadıkları ve bu gibi ortamlardan kaçındıkları için, davranışçı tedavilerde “maruz bırakma”, tedavinin temel bileşeni olarak öne çıkmaktadır. Ailelerin, çocuklarına daha fazla sosyal olanak (sanatsal ve sportif etkinlikler, kurslar gibi) sunabilmelerinin, bu çocuklarda sosyal kaygı düzeyinin daha düşük olmasına neden olabileceği düşünülmektedir (74).

Aşçı ve ark, lise öğrencisi 174 erkek sporcu ve 174 sporcu olmayan lise öğrencisinin benlik kavramlarını karşılaştırmış ve liseli erkek sporcuların atletik yeterlilik, sosyal kabul ve fiziksel görünüm puanlarının sporcu olmayanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermişlerdir (76).

Kişilik ile sportif eylemler arasındaki ilişkiyi ele alan bir araştırmada Neumann, genç performans sporcuları ile sporcu olmayanları karşılaştırdığında spor yapanların yapmayanlara göre daha canlı, daha çalışkan, sosyal iletişime daha istekli, daha sebatlı olduklarını, zor koşullarda ortama uymalarının daha iyi olduğunu belirlemiştir (27).

Yapılan bir çalışmada Malsimur ve Schmitt (1975), spor yapan 81 ve yapmayan 69 üniversite öğrencisi arasında sosyal uyum düzeyleri açısından farklılıklarını belirlemeye çalışmıştır. Çalışma sonunda spor yapan öğrencilerin, sosyal olarak çok daha olgun ve yüksek uyum düzeyine sahip oldukları ortaya çıkmıştır (23).

Women’s Sports Foundation tarafından yayınlanan, 30.000 spor yapan ve spor yapmayan kız arasında yapılan araştırmada, spor yapan kızların (n=22541); akademik başarılarının daha yüksek olduğu, yaşlıları arasında kendilerini daha popüler hissettikleri, daha sosyal oldukları, liseden mezun olma oranlarının diğerlerine göre üç kat fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, diğerlerine göre uyuşturucu kullanımına başlama olasılıklarının %92 oranında az olduğu belirtilmiştir (77).

### **Diğer Bozukluklar**

Ergenlik döneminde kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödüpal ve ödüpal çatışmaların yeniden alevlenmesi, meslek seçimi, karşı

cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma/bireyselleşme sürecinin yaşantılanması gibi nedenlerle ergenler bu döneme özgü zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır. Bu değişimler psikiyatrik bozuklukların oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görülen psikiyatrik bozuklukların, anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğu belirtilmektedir (83).

Erişkinlerle yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda erişkin dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların birçoğunun erişkin dönemden önce başladığı gösterilmektedir. Sosyal fobi, panik bozukluğu, madde kötüye kullanımı, major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, somatoform bozukluklar, yıkıcı davranım bozuklukları, psikotik bozukluklar ve yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik döneminde başlamaktadır (78).

Ülkemizde Akdemir ve Çuhadaroğlu'nun 2008 yılında yaptıkları bir çalışmada; 2004–2005 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne ilk kez başvuran 12–19 yaşındaki 755 ergenin (346 kız, 409 erkek) dosyaları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Başvuru yakınmalarına bakıldığında erkeklerde en sık başvuru yakınmaları dikkat eksikliği ve/veya hareketlilik, okul başarısızlığı, sinirlilik, bedensel yakınmalar, konuşma bozukluğu, saldırganlık iken kızlarda en sık başvuru yakınmaları bedensel yakınmalar, sinirlilik, okul başarısızlığı, insan ilişkilerinde sorun, mutsuzluk, kendine zarar verme ve intihar girişimidir (78).

Yapılan kesitsel bir çalışmada 15–20 yaş aralığında bulunan, herhangi bir spor klübünde haftanın her günü veya haftada 2–3 kez spor yapan bir grup ergen ile haftada 1 spor yapan ya da hiç spor yapmayan ergenler (n=9217, kız=3983, erkek=5234) intihar teşebbüsü açısından karşılaştırılmış, intihar teşebbüsünün haftanın her günü veya haftada 2–3 kez spor yapan grupta, az spor yapan ya da hiç yapmayanlara göre daha nadir görüldüğü saptanmıştır (79).

2004 yılında Lehman ve Koerner 176 ergen kızla yaptıkları bir çalışmada organize spora katılımın riskli cinsel davranışlarla ilişkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda; organize takım sporlarına

katılmanın sağlıklı cinsel davranışlarla pozitif korelasyona sahip olduğunu ve daha önemlisi riskli cinsel davranışlarla negatif korelasyona sahip olduğunu saptamışlardır (80).

2005 yılında 1620 kişiden oluşan elit atlet grubu ve 1696 kişiden oluşan kontrol grubunun yeme bozuklukları açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada yeme bozukluğu atletlerde %13.5 kontrol grubunda %4.6 olarak saptanmış ve bayan atletlerdeki yeme bozukluğu oranının erkek atletlerdekinden iki kat daha yüksek olduğu görülmüştür (81).

2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan fiziksel aktivite, spora katılım ve intihar davranışı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya 16–20 yaş aralığındaki 4728 öğrenci dahil edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; spora katılım gösterenler katılmayanlara göre daha düşük oranda suicidal davranış göstermişler ve düşük fiziksel aktivite düzeyi olanlar daha fazla suicidal davranış bildirmişlerdir bu sonuçlarla fiziksel egzersiz ve spora katılımın suicidal davranış için protektif olduğu saptaması yapılmıştır (82).

### **Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi; Dünya Sağlık Örgütü'nün “sağlık” tanımından yola çıkarak bireyin yaşadığı yer, kültür ve değer yargıları içinde amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarını algılayış biçimi olarak tanımlanır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan ilişkilerinin bir bütünüdür (84).

Bedensel, ruhsal, sosyal ve kişisel inançlar açısından iyilik hali kişiler tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmekte ve farklı yaşanabilmektedir. Nesnel olarak aynı durumda olan iki kişi öznel olarak yaşam kalitelerini farklı algılayabilmektedir. Nesnel değerlendirmede çocuk ve ergenin neler yapabildiği, yaşam koşulları, çevre ve okul işlevselliği, sosyal ilişkileri değerlendirilmektedir. Öznel değerlendirmede ise çocuk ve ergenin fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliği göz önüne alınmaktadır. Bazı araştırmacılar, kişinin durumu ile ilgili kendi algısını yansıttığı için, öznel değerlendirmenin daha değerli olduğunu ileri sürmektedir. Kimi araştırmacılar ise nesnel sonuçlar doğurduğu için ebeveyn formlarının geçerliğinin daha fazla olduğunu düşünmektedir. Çocuk ve ergenin yaşam kalitesini en doğru

biçimde anlayabilmek için en iyi çözüm, hem ebeveynin hem de çocuk ve ergenin değerlendirmesini göz önünde bulundurmadır (85).

Brook ve Heim (86), spor yapan 16 astımlı çocuğu spor yapmayan 14 astımlı çocukla karşılaştırdıkları çalışmalarında; spor yapmanın, astımlılarda kendilik imajını geliştirdiğini ve kişilerin kronik hastalıklarıyla baş etmesini kolaylaştırdığını ve spor yapan astımlıların yaşam kalitelerinin spor yapmayanlarınkine göre yüksek olduğunu saptamışlardır.

2007 yılında Macaristan'da 10–15 yaş aralığındaki 548 çocuk, ergen ile yapılan ve psikososyal faktörlerin algılanan sağlık düzeyi ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; spora katılım, olumlu akran ilişkileri, ebeveyn desteği, yüksek akademik düzey, yüksek sosyoekonomik düzeyin algılanan sağlık düzeyini olumlu etkilediği, düşük akademik düzey, düşük sosyoekonomik düzey, sigara kullanımı, alkol kullanımı, yüksek psikosomatik semptom düzeyinin algılanan sağlık düzeyini olumsuz etkilediği, saptanmıştır (87).

Ergenlikte yaşam kalitesi ile ilgili yapılacak çalışmaların erişkinlikte oluşabilecek yaşam kalitesi sorunlarından korunma ya da sorunları önleme açısından yararlı olacağı, tedavi ile ilgili yönlendirmelerde hekimlere yol göstereceği belirtilmektedir (88).

Ergenlik dönemi, çocukluk dönemi ile kıyaslandığında bu dönemde ergenin baş etmek zorunda kaldığı biyopsikososyal değişimler artmaktadır. Biyolojik olarak ergen, vücudunda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamak ve bunlara bağlı ortaya çıkan cinsel dürtülerle baş etmek konumundadır. Dönemsel olgunlaşmaya paralel olarak ortaya çıkan bilişsel yetiler ergeni hem kendisiyle hem de çevresiyle ilgili yeni değerlendirmeler ve soyutlamalara iter. Ergenlik döneminde kimlik gelişimi önem kazanır ve bu dönemin gelişimsel ödevidir. Ergen "Ben kimim?" sorusuna yanıt bulmaya çabalar. Bu çabalama bazen bocalamalarla sonlanabilir. Sosyal olarak ergenden beklentiler artmakta ve bu beklentiler doğrultusunda sorumluluklar üstlenmesi gerekmektedir. Bütün bu değişiklikler birey olarak ergeni hem kendi hem de çevresiyle ilgili yeni bilişsel bütünlükler kurmaya zorlar. Bunda

bazı ergenler diğerkleri kadar başarılı olamayabilir ve bir takım ruh sağlığı sorunları ortaya çıkabilir (89).

Sporun ve fiziksel aktivitenin beden sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra ruh sağlığı açısından yararları da bilinmektedir. Kaynaklar gözden geçirildiğinde, bu alanda yapılan çalışmaların daha çok erişkinlik dönemine ait olduğu göze çarpmaktadır. Bu çalışmada, lisanslı olarak spor ile uğraşan 12–18 yaş arası ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve organize olarak sporla uğraşmayan yaşlıları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.



## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Katılımcılar**

Çalışmaya sporcu grubu olarak, Bursa Nilüfer Belediyesi Spor Klübü'nden Yıldız ve Genç Bayan voleybol takımlarının tüm sporcuları alındı. Kontrol grubu olarak lisanslı olarak spor yapmayan ve işlevselliğini bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olmayan aynı cinsiyetten sağlıklı gönüllüler alındı. Gönüllüler 29.03.2009 ve 01.09.2009 tarihleri arasında değerlendirilmiştir. Çalışma ile ilgili olarak Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan onay ve Bursa Nilüfer Belediye Başkanlığından izin alınmıştır (Etik Kurul onay tarihi: 29.03.2009, Karar no: 2009-03/42).

### **Çalışmaya Kabul Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri**

Çalışma için 12-18 yaş arasında olan, bilişsel olarak çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olan, çalışmaya katılmak üzere kendisinin onayı ve veli/vasisinin aydınlatılmış onamı bulunan olgular seçildi (Ek-1a ve 1b). 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olanlar ile işlevselliğini bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olan olgular çalışmaya alınmamıştır (Ek-2a ve 2b). Herhangi bir nedenle çalışma dışı kalan gönüllü (sporcu grubu ve kontrol grubu) olmamıştır. Çalışmaya alınan sporcu ve kontrol grubunun tamamı uygulanan ölçekleri eksiksiz doldurmuşlardır.

### **Uygulanan Form ve Ölçekler**

#### **Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)**

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 30 maddeden oluşan bu form ile çalışmaya alınan olguların ad-soyadları, doğum tarihi ve yeri, ay cinsinden yaşı, baba adı, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, lisanslı olarak yaptığı spor, spor süresi, ek lisansı olup

olmadığı, sporu seçmesinde etkili olan kişi, okul durumu, kiminle yaşadığı, beraberinde yaşadığı ailesinin öz olup olmadığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri ve çalışma durumları, ailenin aylık geliri, gönüllünün süregelen bedensel rahatsızlığı, aile öyküsünde psikiyatrik rahatsızlık bulunup bulunmadığı, gönüllüde ve ailede sigara, alkol ve madde kullanımının olup olmadığı sorgulandı.

### **Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği**

#### **(Children’s Depression Inventory–CDI) (EK–4)**

Çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilen ve çocukluk çağı depresyonunda kendini değerlendirme amacıyla en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en sık araştırılmış olan ölçektir (90). Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması Öy tarafından 1991 yılında yapılmıştır (91). Toplam 27 maddeden oluşan ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Çocuğun son iki hafta içindeki tutumunu değerlendirip üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54’tür. Kesim puanı olarak 19 önerilir. 19 ve üstü patolojik kabul edilir. Büyük puan, yüksek depresyon düzeyini, küçük puan ise düşük depresyon düzeyini gösterir.

### **Durumluk–Süreklilik Kaygı Envanteri**

#### **(State–Trait Anxiety Inventory– STAI–I, STAI–II) (EK–6a ve 6b)**

Spielberger ve ark. tarafından, anlık ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için 1970 yılında geliştirilmiştir (92). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (93).

Ölçeğin her biri 20 maddelik 2 ayrı alt ölçeği vardır; Anlık Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade ettiği duyuyu, düşünce ve ya davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, “tamamıyla” ifadelerinden biri seçilir. Süreklilik Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, “hemen her zaman” ifadelerinden biri seçilir. Cevaplar soru formuna işaretlenir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Anlık kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer (STAI-I için 50, STAI-II için 35) eklenir. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişir ve kesme puanı olarak 45 alınır. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir.

### **Kısa Semptom Envanteri**

#### **(Brief Symptom Inventory) (Ek-5)**

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla uygulanan bir ölçektir. Bu ölçek 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiştir (94). Kısa semptom envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir.

Bireyin kendi kendine cevaplandırabileceği, uygulanışı kolay olan KSE, 53 madde, 9 alt ölçek, ek maddeler ve global indeksten oluşur. Her madde için “Hiç yok”, “Biraz var”, Orta derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir.

Alt ölçekler, somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler) obsesif kompulsif bozukluk (5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (20, 21, 22 ve 42. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler), anksiyete bozukluğu (1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler), hostilité (6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler), fobik anksiyete (8, 28, 31, 43 ve 47.

maddeler), paranoid düşünceler (4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler), psikositizm (3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler) ve ek maddelerden (11, 25, 39, 52. maddeler) oluşur. Ölçeğe ait global indeksler ise; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir), belirti toplamı indeksi ("0" olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin "1" olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır) ve semptom rahatsızlık indeksidir (Alt ölçeklerden elde edilen puanın toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir).

Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik çalışması ülkemizde 2002 yılında 13–17 yaş arası (yaş ortalaması 15,21) ergenlerle yapılmıştır (95).

### **Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği**

#### **(Pediatric Quality of Life Inventory), (PedsQL) (Ek–7a ve 7b)**

Çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini ölçmek amacı ile 1999 yılında Varni ve arkadaşları (96) tarafından geliştirilmiş ve 2007 yılında Memik ve arkadaşları (97) tarafından ergen yaş grubunda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Öz bildirim ölçeğidir. Hem hastaların hem de anne/babalarının çocukları hakkında değerlendirme yapabileceği 2 tipi bulunmaktadır. Fiziksel ve psikososyal (duygusal, sosyal ve okul) işlevselliğini sorgulayan 23 maddeden oluşmaktadır. Ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği, ebeveynden ise çocuğu için en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Seçenekler, "hiçbir zaman" (100 puan), "nadiren" (75 puan), "bazen" (50 puan), "sıklıkla" (25 puan) ve "her zaman"dan (0 puan) oluşmaktadır. Maddelerden alınan puanlar toplanıp doldurulmuş olan madde sayısına bölünerek ölçeğin puanı elde edilmiş olur. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak Ölçek Toplam Puan'ı, ikinci olarak Fiziksel Sağlık Toplam Puan'ı ve üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan Psikososyal Sağlık Toplam Puan'ı hesaplanır. Toplam puanın yüksekliği yaşam kalitesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin %50'sinden fazlası boş bırakılmışsa, ölçek geçersiz sayılır.

## **Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği (Social Anxiety Scale for Adolescents) (Ek-8)**

Ergenlerdeki sosyal kaygıyı değerlendirmek amacı ile 1998 de La Greca LJ, Lopez N. tarafından geliştirilmiş (98) ve 2007 yılında Aydın ve arkadaşları (74) tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 22 maddeden oluşan ölçek ergenin kendisi tarafından okunarak doldurulur. Bunlardan 18'i ölçek maddesi olup, geriye kalan 4 madde (2, 7, 11, 16. maddeler) ise puanlamaya katılmayan "kitap okumayı severim", "spor yapmaktan hoşlanırım" gibi farklı konulardan seçilmiş maddelerdir. Ergenden her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Seçenekler, "hiçbir zaman" (1 puan), "nadiren" (2 puan), "bazen" (3 puan), "sıklıkla" (4 puan) ve "her zaman"dan (5 puan) oluşmaktadır.

Alt ölçekler; genel durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma (G\_SKHD), (15, 19, 20, 21, 22. maddeler), yeni durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma (Y\_SKHD), (1, 3, 4, 5, 10, 13. maddeler) ile olumsuz değerlendirilme korkusu (ODK), (6, 8, 9, 12, 14, 17, 18. maddeler) alt ölçeği şeklindedir. Maddelerden alınan puanlar toplanıp ölçeğin puanı elde edilmiş olur. Toplam puanın büyük oluşu ergendeki yüksek sosyal kaygı düzeyini gösterir.

## **İstatiksel Analiz**

Bu çalışmamızın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago, IL) paket programı kullanıldı. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değerleriyle birlikte verilmiştir. Normal dağılım gösteren bağımsız değişkenler iki grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) bağımsız değişkenler ise iki grup arasında Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki-Kare, Fisher'in Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Çalışmamızda anlamlılık düzeyi olarak

$p < 0.05$  kabul edilmiştir. Çocuk ve ergenlerdeki hızlı gelişim dikkate alınarak yaş (ay) olarak hesaplanmıştır, gerektiğinde (yaş;ay) olarak gösterilmiştir.

## BULGULAR

### Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya Bursa Nilüfer Belediyesi Spor Klübü Yıldız ve Genç Bayan Voleybol Takımlarının tüm sporcuları dahil edildi. Sporcu grubu, böylece lisanslı olarak voleybol sporu yapan 12 –18 yaş aralığında bulunan 20 voleybolcu kızıdan oluştu. Kontrol grubu olarak lisanslı olarak spor yapmayan ve işlevselliğini bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olmayan 12 –18 yaş aralığında bulunan 20 sağlıklı kız gönüllü alındı.

Çalışmaya katılan sporcuların yaş ortalaması 187,5 ay (15;7 yıl) sporcu olmayanların yaş ortalaması 182,6 ay (15;2 yıl) olarak tespit edildi. Katılımcılardan en küçüğünün yaşı 153 (12;9 yıl) ay iken en büyüğünün yaşı 209 ay (17;5 yıl) olarak saptandı. Sporcu ve kontrol grupları arasında anlamlı yaş farkı saptanmadı ( $p=0,290$ ), (Tablo–1).

**Tablo–1:** Katılımcıların yaş (ay cinsinden) açısından dağılımları.

GRUP	YAŞ (Ay Olarak)					p
	n	Ortalama yaş	Standart sapma	Minimum	Maximum	
Spor yapan	20	187,5	12,60	153	209	>0,05
Spor yapmayan	20	182,6	16,35	154	208	
Toplam	40	185,0	14,62	153	209	

Sporcu deneklerin hepsinin ( $n=20$ ) ortalama antrenman süresi haftada 5 gün ve haftada toplam 15 saat idi. Voleybola ek lisansı olan sporcu yoktu. Sporcuların % 25'inin ( $n=5$ ) ailesinde düzenli olarak spor yapan vardı ve % 60'ı ( $n=12$ ) 60 aydan fazla, % 25'i ( $n=5$ ) 49 –59 ay arası, % 5'i ( $n=1$ ) 36 –48 ay arası, %10'u ( $n=2$ ) 25 –35 ay arası süreden beri lisanslı olarak spor yapmakta idi.

Sporcuların spora yönlendirmelerine bakıldığında % 75'inin (n=15) kendi isteği ile spora yöneldiği, % 20'sinin (n=4) beden eğitimi öğretmeni, % 5'inin (n=1) annesi tarafından yönlendirildiği saptandı.

Sporcuların doğum yerine bakıldığında %90'nın (n=18) ilde, %10'nun (n=2) ilçede sporcu olmayanların ise % 75'inin (n=15) ilde, % 25'inin (n=5) ilçede doğduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında sporcuların %100'ü (n=20) okula gidiyorken sporcu olmayanların %90'ı (n=18) okula gitmekte % 10'unun (n=2) herhangi bir okula gitmediği görüldü. Katılımcıların gittikleri okul türüne bakıldığında sporcuların % 5'i (n=1) ilk öğretime, %35'i (n=7) düz liseye, %60'ı (n=12) spor lisesine gidiyorken sporcu olmayanların %20'sinin (n=4) ilk öğretime, %25'inin (n=5) düz liseye, %10'unun (n=2) anadolu lisesine, %35'inin (n=7) meslek lisesine gitmekte olduğu görüldü.

Sporcuların, spor nedeniyle okulda devamsızlık ve sınava girememe durumlarına bakıldığında %55'inde (n=11) sporla ilgili okul devamsızlığı bulunduğu, %30'unda (n=6) sporla ilgili sınava girememe bulunduğu görüldü.

Aile tipine bakıldığında sporcuların %90'nın (n=18) çekirdek ailede, %5'nin (n=1) geniş ailede, %5'nin (n=1) dağılmış ailede yaşadığı, sporcu olmayanların %90'nın (n=18) çekirdek ailede, %10'unun (n=2) dağılmış ailede yaşadığı görüldü.

Aile gelirine bakıldığında sporcuların %70'nin (n=14) orta, %30'nun (n=6) iyi sporcu olmayanların %5'nin (n=1) düşük, %85'nin (n=17) orta, %10'nun (n=2) iyi gelir grubunda olduğu saptandı.

Sporcular anne ve baba eğitimleri açısından incelendiğinde, %20'sinin (n=4) annesi, %10'unun (n=2) babası ilkokul mezunu, %30'unun (n=6) annesi, %30'unun (n=6) babası ortaokul mezunu, %40'ının (n=8) annesi, %45'inin (n=9) babası lise mezunu, %10'unun (n=2) annesi, %15'inin (n=3) babası üniversite mezunuydu (Tablo-2).



**Tablo-2:** Sporcuların anne, baba eğitim durumlarına göre dağılımı.

Ebeveyn	Öğrenim Durumu					Yüksekokul Üniversite Mezunu
	n	Sadece Okuma ve Yazma	İlkokul mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	
<b>Anne</b>	20	0 (%0)	4 (%20)	6 (%30)	8 (%40)	2 (%10)
<b>Baba</b>	20	0 (%0)	2 (%10)	6 (%30)	9 (%45)	3 (%15)
<b>Toplam</b>	40	0 (%0)	6 (%30)	12 (%60)	17 (%85)	5 (%25)

Sporcu olmayanlar anne ve baba eğitimleri açısından incelendiğinde, %10'nun (n=2) annesi sadece okur yazar iken, %75'sinin (n=15) annesi, %10'unun (n=2) babası ilkokul mezunu, %10'unun (n=2) annesi, %10'unun (n=2) babası ortaokul mezunu, %5'inin (n=1) annesi, %25'inin (n=5) babası lise mezunu, %0'unun (n=0) annesi, %30'unun (n=6) babası üniversite mezunuydu (Tablo-3).

**Tablo-3:** Sporcu olmayanların anne, baba eğitim durumlarına göre dağılımı

Ebeveyn	Öğrenim Durumu					Yüksekokul Üniversite Mezunu
	n	Sadece Okuma ve Yazma	İlkokul mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	
<b>Anne</b>	20	2 (%10)	15(%75)	2 (%10)	1 (%5)	0 (%0)
<b>Baba</b>	20	0 (%0)	2 (%10)	2 (%10)	5 (%25)	6 (%30)
<b>Toplam</b>	40	2 (%10)	6 (%30)	4 (%20)	6 (%30)	6 (%30)

Katılımcılar anne mesleklerine göre karşılaştırıldığında sporcu grubunun; %70'nin (n=14) annesinin çalışmadığı, %20'sinin (n=4) annesinin işçi olduğu, %5'nin (n=1) annesinin memur, %5'nin (n=1) annesinin emekli olduğu sporcu olmayan grubun %95'nin (n=19) annesinin çalışmadığı, %5'nin (n=1) annesinin memur olduğu görüldü.

Katılımcılar baba mesleklerine göre karşılaştırıldığında sporcu grubunun %5'nin (n=1) babasının çalışmadığı, %20'sinin (n=4) babasının işçi olduğu, %10'nun (n=2) babasının memur olduğu, %40'nın (n=8) babasının serbest meslek icra ettiği, %25'nin (n=5) babasının memur olduğu, sporcu olmayan grubun %45'nin (n=9) babasının işçi olduğu, %15'nin (n=3) babasının memur olduğu, %15'nin (n=3) babasının serbest meslek icra ettiği, %25'nin (n=5) babasının emekli olduğu görüldü.

Genel olarak aile geliri, anne baba mesleği ve anne babanın eğitimi durumu açısından değerlendirildiğinde sporcu olan grubun sporcu olmayan gruba göre sosyoekonomik düzeyinin daha iyi olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan sporcuların boy ortalaması 177,8 cm, sporcu olmayanların boy ortalaması 162,3 cm olarak tespit edildi. Katılımcılardan en kısa boylusu 154 cm. iken en uzun boylusu 193 cm. idi ( $p<0,001$ ), (Tablo-4).

**Tablo-4:** Katılımcıların boy (cm.) açısından dağılımları

GRUP	BOY (cm.)					p
	n	Ortalama boy	Standart sapma	Minimum	Maximum	
Spor yapan	20	177,8	6,23	168	193	<0,05
Spor yapmayan	20	162,3	4,47	154	170	
Toplam	40	170,0	9,50	154	193	

Çalışmaya katılan sporcuların ortalama ağırlıkları 61,5 kg, sporcu olmayanların ortalama ağırlıkları 52,4 kg. olarak tespit edildi. Katılımcılardan en düşük ağırlıklısı 40 kg iken en yüksek ağırlıklısı 75 kg. idi ( $p<0,001$ ), (Tablo-5).

**Tablo-5:** Katılımcıların ağırlık (kg) açısından dağılımları.

GRUP	AĞIRLIK (kg.)					p
	n	Ortalama ağırlık	Standart sapma	Minimum	Maximum	
Spor yapan	20	61,5	6,12	51	75	<0,05
Spor yapmayan	20	52,4	6,96	40	65	
Toplam	40	57,0	7,95	40	75	

Tablodaki veriler değerlendirildiğinde sporcu kızların boyları sporcu olmayan kızlara göre daha uzun ve kiloları sporcu olmayan kızlara göre daha fazla bulundu ( $p<0,05$ ).

Katılımcılar vucut kitle indeksi'ne (BMİ) göre karşılaştırıldığında sporcu grubunun ortalama BMİ değeri 19,44 iken sporcu olmayan grubun ortalama BMİ değeri 19,79 olarak saptandı. Tüm katılımcılar birlikte değerlendirildiğinde en düşük BMİ 15,62 en yüksek BMİ 23,87 olarak saptandı ( $p=0,552$ ), (Tablo-6).

**Tablo-6:** Katılımcıların vucut kitle indeksi (BMİ) açısından dağılımları.

GRUP	VUCUT KİTLE İNDEKSİ (BMİ)					p
	n	Ortalama BMİ	Standart sapma	Minimum	Maximum	
Spor yapan	20	19,44	1,27	17,64	22,28	>0,05
Spor yapmayan	20	19,79	2,28	15,62	23,87	
Toplam	40	19,62	1,83	15,62	23,87	

Madde, alkol ve sigara kullanımı açısından bakıldığında sporculardan sigara ve madde kullanan olmadığı %0 ( $n=0$ ), %5nin ( $n=1$ ) alkol kullandığı sporcu olmayan grupta madde ve alkol kullanan olmadığı %0 ( $n=0$ ), %5nin ( $n=1$ ) sigara kullandığı görüldü.

## Grupların Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Karşılaştırılması

Sporcu grup ile sporcu olmayan grup Kovacs depresyon testinden aldıkları puanlar açısından Mann–Whitney testi ile karşılaştırılmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sporcu olmayan grubun Kovacs depresyon ölçeğinden aldığı ortalama puan sporcu gruptan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo–7).

**Tablo–7:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun depresyon puanlarının karşılaştırılması.

GRUP	n	Kovacs Depresyon Puanı	
		OP±SS	min–max
Spor yapan	20	9,85±5,25	2– 19
Spor yapmayan	20	14,10±7,04	6– 30
p		0,049	

OP: Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maximum

Sporcu grup ile sporcu olmayan grup STAI–I (Anlık anksiyete) ve STAI–II (Süreklilik anksiyete) puanları açısından Mann–Whitney testi ile karşılaştırılmış ve iki grup arasında STAI–I (Anlık anksiyete) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ( $p<0,05$ ). STAI–II (Süreklilik anksiyete) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sporcu olmayan grubun STAI–I (Anlık anksiyete) ölçeğinden aldığı ortalama puan sporcu gruptan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo–8).

**Tablo-8:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması.

GRUP	n	STAI-I		STAI-II	
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max
Spor yapan	20	32,35±6,44	25- 45	41,15±9,86	23- 64
Spor yapmayan	20	37,55±8,29	22- 54	47,65±10,93	30- 66
p		0,026		0,102	

OP: Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maximum

Kovacs Depresyon ölçeğinde 19 kesme puanı olarak belirlendiğinde, depresyon varlığı sporcu grubunun; %5'nde (n=1) sporcu olmayan grubun %20'sinde (n=4) saptandı (p=0,342). STAI-I Anlık anksiyete ölçeğinde ise; kesme puanı 45 olarak alındığında anksiyete varlığı sporcu grubunun; %10'unda (n=2) sporcu olmayan grubun %20'sinde (n=4) saptandı (p=0,661). STAI-II Süreklilik anksiyete ölçeğinde ise; kesme puanı yine 45 olarak alındığında anksiyete varlığı sporcu grubunun; %40'ında (n=8) sporcu olmayan grubun %55'inde (n=11) saptandı (p=0,342), (Tablo-9).

**Tablo-9:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun kesim puanlarına göre depresyon, anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlara göre normal-patolojik karşılaştırması.

Depresyon,anksiyete	Spor yapan (n=20)		Spor yapmayan (n=20)		P
	Normal	Patolojik	Normal	Patolojik	
Kovacs depresyon	19(%95)	1(%5)	16(%80)	4(%20)	0,342
STAI-I Anlık anksiyete	18(%90)	2(%10)	16(%80)	4(%20)	0,661
STAI-II Süreklilik anksiyete	12(%60)	8(%40)	9(%45)	11(%55)	0,342

Sporcu grup ile sporcu olmayan grup Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından Mann–Whitney testi ile karşılaştırılmış iki grup arasında ölçek toplam puanı (ÖTP), genel durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma (G\_SKHD) ve yeni durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma (Y\_SKHD) alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ( $p < 0,05$ ). Olumsuz değerlendirilme korkusu (ODK) alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Buna göre sporcu grubun genel durumlarda ve yeni durumlardaki sosyal kaygı düzeyleri sporcu olmayan grubun genel durumlarda ve yeni durumlardaki sosyal kaygı düzeylerinden daha düşük bulunmuştur (Tablo–10).

**Tablo–10:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması.

Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği	Spor yapan (n=20)		Spor yapmayan (n=20)		P
	OP±SS	min–max	OP±SS	min–max	
ÖTP	32,55±8,45	20–45	41,40±10,38	22–59	0,012
ODK	13,20±4,52	7–23	17,35±6,86	7–31	0,060
G_SKHD	6,95±1,66	5–10	9,05±2,78	6–14	0,011
Y_SKHD	12,40±3,57	7–19	15,00±4,27	7–22	0,046

ÖTP: ölçek toplam puanı, G\_SKHD: genel durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma, Y\_SKHD: yeni durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma, ODK: olumsuz değerlendirilme korkusu

Sporcu grup ile sporcu olmayan grup Kısa Semptom Envanteri testinden ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından Mann–Whitney testi ile karşılaştırılmış Somatizasyon, Obsesif kompulsif bozukluk, Kişiler arası duyarlılık, Depresyon, Anksiyete bozukluğu, Hostilite, Fobik anksiyete, Paranoid düşünce, Psikotizm, Semptom Rahatsızlık İndeksi, Belirti Toplamı İndeksi, Ek maddeler ölçeği ve Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ), (Tablo–11).

Buna göre sporcu grubun bedensel yakınmaları, kişiler arası duyarlılıkları, depresif semptomları, fobik anksiyeteleri, hostiliteleri, paranoid düşünceleri ve obsesif kompulsif belirtileri sporcu olmayan gruba göre daha düşük saptanmıştır.

**Tablo-11:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanların karşılaştırılması.

Kısa Semptom Envanteri	Spor yapan (n=20)		Spor yapmayan (n=20)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Somatizasyon	2,75±4,03	0- 18	6,70±5,42	0- 16	0,008
Obsesif kompulsif bozukluk	5,30±4,65	0-17	9,35±4,57	1-8	0,002
Kişiler arası duyarlılık	2,85±2,79	0-11	6,10±3,38	0-13	0,001
Depresyon	3,15±3,19	0-13	8,20±5,92	1-20	0,002
Anksiyete bozukluğu	3,10±4,12	0-17	6,70±4,54	0-18	0,004
Hostilite	3,50±3,81	0-11	10,35±5,32	2-20	0,000
Fobik anksiyete	1,55±1,95	0-7	4,95±4,50	0-18	0,001
Paranoid düşünce	3,75±3,02	0-13	8,35±4,17	2-16	0,000
Psikotizizm	1,60±1,75	0-6	5,25±3,78	0-10	0,002
Ek maddeler	3,25±3,59	0-11	4,60±2,98	0-12	0,096
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,58±0,54	0-2,26	1,33±0,66	0,45-2,74	0,000
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,43±0,49	1-2,55	2,02±0,65	1,23-2,9	0,001
Belirti Toplamı İndeksi	19,90±13,38	0-47	33,95±10,75	15-50	0,001

OP: Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maximum.

Sporcu grup ile sporcu olmayan grup Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmış, sporcu grup ile sporcu olmayan grup arasında Ölçek Toplam Puan'ı, Fiziksel Sağlık

Toplam Puan'ı ve duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren Psikososyal Sağlık Toplam Puan'ı ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (  $p<0,05$ ). Buna göre spor yapanlarda yaşam kalitesi, Toplam Puan ve alt ölçekler açısından daha yüksek olarak saptanmıştır (Tablo–12).

**Tablo–12:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılması.

Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	Spor yapan (n=20)		Spor yapmayan (n=20)		P
	OP±SS	min–max	OP±SS	min–max	
ÖTP	1927,5±230,54	1325– 2250	1687,5±251,37	1175–2150	0,003
FSTP	677,5±94,90	500– 800	592,5±130,81	250–800	0,018
PSSTP	1250±162,62	825– 1475	1095±160,91	750–1350	0,004

OP: Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maximum

ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam puanı, PSSTP:Psikososyal Sağlık Toplam Puanı.

Buna göre sporcu grubun genel alandaki yaşam kalitesi, fiziksel sağlık alanındaki yaşam kalitesi, psikososyal sağlık alanındaki yaşam kalitesi düzeyleri sporcu olmayan grubun yaşam kalitesi düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur.

Sporcu grup ile sporcu olmayan grup katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulan Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu açısından karşılaştırıldıklarında Ölçek Toplam Puan'ı ve Psikososyal Sağlık Toplam Puan'ı ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (  $p<0,05$ ), Fiziksel Sağlık Toplam Puan'ı ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ), (Tablo–13).



**Tablo-13:** Sporcu grup ile sporcu olmayan grubun Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılması.

Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu	Spor yapan (n=20)		Spor yapmayan (n=20)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
ÖTP	1783,7±278,06	1300- 2175	1606,2±224,76	1000-1875	0,032
FSTP	590±191,8	150- 800	536,2±153,99	150-750	0,157
PSSTP	1193,7±153,22	975- 1475	1070±119,09	825-1250	0,007

ÖP: Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min: minimum, max: maximum

ÖTP: Ölçek Toplam Puanı, FSTP: Fiziksel Sağlık Toplam puanı, PSSTP:Psikososyal Sağlık Toplam Puanı

Buna göre sporcu grubun genel alandaki yaşam kalitesi ve psikososyal sağlık alanındaki yaşam kalitesi düzeyleri sporcu olmayan grubun genel ve psikososyal alanlardaki yaşam kalitesi düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

### Ergenlikte Spor ve Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza Bursa Nilüfer Belediyesi Spor Klübü Yıldız ve Genç Bayan Voleybol takımlarının tüm sporcuları alındı. Sporcu grubu; lisanslı olarak voleybol sporu yapan 12–18 yaş aralığında 20 voleybolcu kızıdan oluştu. Kontrol grubu olarak lisanslı olarak spor yapmayan ve işlevselliğini bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olmayan 12 –18 yaş aralığında bulunan 20 sağlıklı kız gönüllü alındı.

Çalışmamıza katılan sporcuların yaş ortalaması 187,5 ay (15;7 yıl) sporcu olmayanların yaş ortalaması 182,6 ay (15;2 yıl) olarak tespit edildi ( $p>0,05$ ), (Tablo–1). Sporcularla sporcu olmayanların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Sporcuların % 25'inin ailesinde düzenli olarak spor yapan varken sporcu olmayanların ailesinde düzenli olarak spor yapan yoktu. Sporcuların %90'nın ilde, %10'nun ilçede sporcu olmayanların ise % 75'inin ilde, % 25'inin ilçede doğduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında sporcuların %100'ü okula gidiyorken sporcu olmayanların %90'ı okula gitmekte % 10'unun herhangi bir okula gitmediği görüldü. Aile gelirine bakıldığında sporcuların %70'nin orta, %30'nun iyi sporcu olmayanların %5'nin düşük, %85'nin orta, %10'nun iyi gelir grubunda olduğu saptandı. Katılımcılar anne ve baba eğitimleri açısından karşılaştırıldığında, sporcuların anne baba eğitim düzeylerinin sporcu olmayanların anne ve baba eğitim düzeylerine göre daha iyi olduğu saptandı (Tablo–2 ve 3).

Bu sonuçlar bize çalışmamıza katılan sporcuların daha iyi sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeye sahip ailelerden geldiklerini göstermektedir. Seabra ve ark.'nın (24) 2007'de Portekiz'de geniş bir örneklem grubu ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada spor yapma ve spora katılımı etkileyen demografik, ve sosyokültürel faktörlerin ilişkisini incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre; çocuk–ergenin spora katılımı

yaş ile ilişkisiz saptanmış, yüksek ve orta sosyoekonomik düzeye sahip çocuk ergenlerin spora katılım oranları düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlardan yüksek saptanmış, ailesinde spora katılım olan çocuk–ergenlerin spora katılımı olmayanlara göre yüksek saptanmış, erkek cinsiyet kız cinsiyete göre daha yüksek oranda spora katılım göstermiş, spora katılım oranlarında akranların belirgin düzeyde olumlu etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar bu çalışmanın bulguları ile uyumludur.

Bizim çalışmamızda sporcularla sporcu olmayanlar arasında madde, alkol ve sigara kullanımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır bu durum kızlarda madde kullanımının az olması ile açıklanabileceği gibi örneklem sayımızın yeterince fazla olmaması ile de açıklanabilir. Yapılan çalışmalar sporcularda madde, alkol, sigara kullanım oranları ile riskli cinsel davranış oranlarının sporcu olmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. (69, 77). 2004 yılında 176 ergen kızla yapılan bir çalışmada organize spora katılımın riskli cinsel davranışlarla ilişkisi değerlendirilmiş. Çalışmanın sonucunda; organize takım sporlarına katılmanın sağlıklı cinsel davranışlarla pozitif korelasyona sahip olduğu ve daha önemlisi riskli cinsel davranışlarla negatif korelasyona sahip olduğu saptanmış (80).

## **Ergenlikte Spor ve Psikopatoloji**

### **Depresyon**

Ergenlik döneminde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görülenler depresyon gibi duygulanım ve kaygı gibi anksiyete bozukluklarıdır (89). Depresyon açısından yaşam evreleri arasında cinsiyete göre farklılık görülmektedir. Ergenlik öncesi kız ve erkek çocuklar arasında depresyon bakımından bir fark gözlenmezken ergenlikle birlikte kızlarda depresyon erkeklerden daha yaygın görülmektedir (43, 44).

Bizim çalışmamızda sporcuların %5 inde sporcu olmayanların % 20 sinde depresyon saptanmış sporcu olmayan grubun Kovacs depresyon ölçeğinden aldığı ortalama puan sporcu gruptan anlamlı ölçüde yüksek

bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo–7). Benzer şekilde Kısa Semptom envanterinin depresyon alt ölçeğinden elde ettiğimiz sonuç sporcu olmayan grupta depresyon puanlarının sporcu olan gruba göre daha yüksek olduğunu göstermektedir ( $p<0,05$ ), (Tablo–11). Türkiye' de Toros ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ergenlerde depresyon yaygınlığı %12.55 bulunmuştur (99).

Bizim çalışmamızda sağlıklı kontrol grubumuzda depresyon oranının Toros ve ark.'nın (99) yaptığı çalışmaya göre yüksek çıkması tüm katılımcıların kız olması ve ergenlik döneminde depresyonun kızlarda erkeklere göre daha yaygın görülmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamızda depresyon, sporcu grubunda sporcu olmayan gruba göre istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonucu 2002 yılında Almanya'da spor yapan ve yapmayan 14–18 yaş aralığındaki 1000 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada saptanan; spor yapanların yapmayanlara göre daha olumlu kendilik imajına sahip oldukları, spor yapanların daha az oranda alkol ve madde kullandıkları, spor yapanların daha düşük depresyon ve anksiyete skorlarına sahip oldukları sonuçlarıyla uyumludur. (69). 2006 yılında Kanada' da 449 öğrenci (%49,7 si kız) ile yapılan bir çalışmada takım sporlarına katılımın hem kız hem erkeklerde depresif semptomları önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (61). Benzer şekilde ülkemizde Karakaya ve ark (62) 2006'da yaptıkları çalışmada profesyonel olarak yüzme sporu yapan kızlarda depresyon puanlarını sağlıklı kız kontrollere göre daha düşük oranda saptamışlardır. Yine ülkemizde Akandere ve ark.'nın (101) 2003'te yaptıkları bir çalışmada spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu, spor yapanların yapmayanlara oranla depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Ergenin bazı bilişsel ve davranışsal özellikleri depresyon ile ilişkilidir. Ergenlik depresyonuyla ilişkili olan özelliklerden biri benlik saygısıdır. Benlik saygısı yüksek ergenlerde depresyon olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir (36, 50, 51). Doğan ve ark. (25), Sivas'ta 697 üniversite öğrencisinin aktif sosyal etkinliklere katılma oranları ve benlik saygısı düzeylerini belirledikleri araştırmalarında, spor yapan öğrencilerde beden

imgesi değerlendirmesinin spor yapmayanlara göre daha olumlu olduğu sonucuna varmıştır. Benzer şekilde Alderman ve ark.'nın, Kanada'da yaptıkları sporun benlik algısına etkisinin incelendiği çalışmalarında düzenli spor programını takip eden kişilerin, özellikle kendi bedenlerine yönelik algılamalarında spor yapmayanlara göre önemli derecede artış tespit edilmiştir (28). Ülkemizde yapılan 433 kişiden oluşan 197 spor yapan ve 236 spor yapmayan liseli ergenin benlik saygıları açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada spor yapanlarda benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur (30).

Depresyon, ergen için hem yeti yitimine sebep olmakta hem de intihar davranışı için bir risk etmeni oluşurmaktadır (39–42). 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan fiziksel aktivite, spora katılım ve intihar davranışı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya 16–20 yaş aralığındaki 4728 öğrencinin dahil edildiği bir araştırmanın sonuçlarına göre; düşük fiziksel aktivite düzeyi olanlar daha fazla suisidal davranış bildirmişler ve spora katılım gösterenler katılmayanlara göre daha düşük oranda suisidal davranış göstermişler bu sonuçlarla fiziksel egzersiz ve spora katılımın suisidal davranış için protektif olduğu saptaması yapılmıştır (82).

### **Anksiyete**

Çalışmamızda sporcu grup ile sporcu olmayan grup arasında STAI–I (Anlık anksiyete) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ( $p < 0,05$ ). STAI–II (Süreklilik anksiyete) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Sporcu grubun STAI–I (Anlık anksiyete) leğinden aldığı ortalama puan sporcu olmayan gruptan anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (Tablo–8). Benzer şekilde Kısa Semptom envanterinin anksiyete alt leğinden elde ettiğimiz sonuç sporcu grupta anksiyete puanlarının sporcu olmayan gruba göre daha düşük olduğunu göstermektedir ( $p < 0,05$ ), (Tablo–11).

Çalışmamızdaki bu bulgu 1996 yılında ülkemizde spor faaliyetlerinin anksiyete üzerine etkisini araştırmak amacıyla 14–16 yaş grubundaki toplam 60 öğrencinin spor yapanlar ve yapmayanlar şeklinde ayrılarak yapıldığı bir çalışma ile uyumludur. (71). Başka bir çalışmada 6–14 yaş arasında olan 65 ocuk ergen ile benzer yaşta olan 32 ocuk ergenin spora katılım ile

anksiyete ilişkisi açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada spora katılımı olan grupta anksiyete düzeylerinin belirgin derecede azaldığı saptanmıştır (68). 2002 yılında Almanya'da spor yapan ve yapmayan 14–18 yaş aralığındaki 1000 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; spor yapanların daha düşük depresyon ve anksiyete skorlarına sahip oldukları saptanmıştır (69). Bizim çalışmamızda süreklilik anksiyete puanlarının her iki grup arasında anlamlı çıkmamış olması örneklem sayımız ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

### **Sosyal Kaygı**

Çalışmamızda sporcu grup ile sporcu olmayan grubun sosyal kaygı düzeylerini karşılaştırmak için Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. İki grup arasında ölçek toplam puanı (ÖTP), genel durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma (G\_SKHD) ve yeni durumlarda sosyal kaçınma ve huzursuzluk duyma (Y\_SKHD) alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ( $p < 0,05$ ), Olumsuz Değerlendirilme Korkusu (ODK) alt ölçeği açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ), (Tablo–10). Benzer şekilde Kısa Semptom envanterinin fobik anksiyete ve kişiler arası duyarlılık alt ölçeklerinden elde ettiğimiz sonuçlar sporcu grupta alınan puanların sporcu olmayan gruba göre daha yüksek olduğunu göstermektedir ( $p < 0,05$ ), (Tablo–11).

Bizim çalışmamızdaki bu sonuçlar sporcu olan ergenlerdeki sosyal kaygı düzeyinin sporcu olmayan ergenlere göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın bu bulguları Tiryaki ve ark.'nın yaptıkları bir araştırmada spor yapanların yapmayanlara göre daha sosyal daha atılgan ve daha dışa dönük oldukları sonucuyla uyumludur (27). Benzer şekilde ülkemizde Er ve ark.'nın, 1999'da yaptıkları bir çalışmada spor etkinliklerine katılımın ergenlerin sosyal gelişimleri üzerine belirgin derece olumlu katkıda bulunduğu saptanmıştır (23).

### **Hostilite**

Kısa semptom envanterinin depresyon ve anksiyete alt ölçekleri ilgili bölümlerde tartışılmış olup, çalışmamızda Kısa Semptom envanterinin hostilite alt ölçeğinden elde ettiğimiz sonuç sporcu grupta hostilite puanlarının sporcu olmayan gruba göre daha düşük olduğunu göstermektedir (  $p<0,05$ ), (Tablo–11). Bizim bulgularımıza benzer şekilde Karadağ Ö.'nün (100) çalışmasında da sporla uğraşan ergenlerin birine zarar verme ve bir şeyleri kırıp/dökme istekleri, hostiliteleri daha düşük bulunmuştur.

### **Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi; bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (85).

Çalışmamızda sporcu grup ile sporcu olmayan grup Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmış, sporcu grup ile sporcu olmayan grup arasında Ölçek Toplam Puan'ı, Fiziksel Sağlık Toplam Puan'ı ve duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren Psikososyal Sağlık Toplam Puan'ı ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ), (Tablo–12). Buna göre ergen gözüyle sporcular, sporcu olmayanlara göre fiziksel, psikososyal alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahiptirler. Sporcu grup ile sporcu olmayan grup katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulan Ergenler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu açısından karşılaştırıldıklarında Ölçek Toplam Puan'ı ve Psikososyal Sağlık Toplam Puan'ı ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ( $p<0,05$ ), Fiziksel Sağlık Toplam Puan'ı alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–13). Buna göre ebeveyn gözüyle sporcular, sporcu olmayanlara göre genel ve psikososyal alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahiptirler.

Çalışmamızdaki bu sonuçlar sporcu olan ergenlerin yaşam kalitesinin sporcu olmayan ergenlerin yaşam kalitesinden yüksek olduğunu göstermektedir. Brook ve Heim'in (86) spor yapan astımlı çocukları spor yapmayan astımlı çocuklarla karşılaştırdıkları çalışmalarında; spor yapmanın, astımlılarda kendilik imajını geliştirdiğini ve kişilerin kronik hastalıklarıyla baş etmesini kolaylaştırdığını ve sporun astımlıların yaşam kalitelerinde spor yapmayanlarınkine göre artışa yol açtığı şeklindeki bulguları ve benzer şekilde 2007 yılında Macaristan'da 10–15 yaş aralığındaki 548 çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada; spora katılım, olumlu akran ilişkileri, ebeveyn desteği, yüksek akademik düzey, yüksek sosyoekonomik düzeyin algılanan sağlık düzeyini olumlu etkilediği saptanmıştır (87). Ülkemizde 2008 yılında Karadağ'ın (100) yetiştirme yurtlarında kalan 13–16 yaş grubu 166 kişi (%65.7'si erkek) ile ergenlerin fiziksel aktivite düzeyi, ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkileri değerlendirmek amaçlı yaptığı bir çalışmada; sporla uğraşanların sigara, alkol, madde ve ilaç kullanım sıklıkları daha düşük, yaşam kalitesi puanları daha yüksek, genel ruhsal belirti ve depresyon puanları daha düşük, birine zarar verme ve bir şeyleri kırıp/dökme istekleri daha az, ders çalışma ve kitap/gazete okuma sıklıkları daha yüksek bulunmuştur. Ergenlerin spora ayırdıkları süre arttıkça ruhsal belirtilerinin şiddetinin azalmakta olduğu, yaşam kalitesi puanlarının ve arkadaşları ile geçirdikleri sürenin artmakta olduğu ve kendilerini arkadaşları arasında daha başarılı hissettikleri saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalardaki bulgular bizim çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Özetle, çalışmamızda 12–18 yaş aralığında bulunan lisanslı olarak spor yapan ve spor yapmayan sadece kız cinsiyetten olan ergenleri sosyodemografik özellikler, depresyon, anksiyete bozukluğu, sosyal kaygı ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırdık. Bulgularımız sonucunda spora yönelmenin/katılmanın yüksek sosyoekonomik ve yüksek sosyokültürel düzey ile ilişkili olduğunu gördük, çalışmamızın diğer bulgularına baktığımızda depresyon, genel ve anlık anksiyete, hostilite ve sosyal kaygının sporcu olan ergen kızlarda sporcu olmayan ergen kızlara göre daha az görüldüğünü ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırdığımızda ise sporcu ergenlerin sporcu



olmayan ergenlere oranla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını saptadık. Kaynaklar gözden geçirildiğinde, spor ve psikiyatri alanında yapılan çalışmaların daha çok erişkinlik dönemine ait olduğu göze çarpmaktadır. Türkiye’de sporla ilgili araştırmalar, spor bilimciler tarafından çok sayıda yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. Buna rağmen, sporda psiko–sosyal alanlarla ilgili araştırmaların sayısı, yabancı ülkelerle karşılaştırıldığında, ülkemizde çok düşük sayıda kalmaktadır. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında da fiziksel etkinlikler ve sporla ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılmalı ve sporun ruh sağlığını hangi yollarla etkilediğinin üzerinde durulmalıdır. Örneklem sayısının sınırlı olması çalışmamızın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Bu sonuçların, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalarla desteklenmesi yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Hamburg DA, Takanishi R. Preparing for life. The critical transition of adolescence. *Am Psychol* 1959; 44: 825–7.
2. Kim YH. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2–year study. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 115–24.
3. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psyc* 2004; 45: 1350–62.
4. Reif CJ, Elster AB. Adolescent Preventive Services. *Adolesc Med* 1998; 25: 119.
5. Coatsworth JD, Sharp EH, Palen L, Darling N, Cumsille P, Marta E. Exploring adolescent self–defining leisure activities and identity experiences across three countries. *Int J Behav Dev* 2005; 29 (Suppl 5): 361–70.
6. Kleiber DA. Leisure experiences and human development: A dialectical interpretation. New York: Basicbooks, 1999.
7. Gilman R, Meyers J, Perez L. Structured extracurricular activities among adolescents: Findings and implications for school psychologists. *Psychol Sch* 2004; 41(Suppl 1): 31–40.
8. Eskin M. Suicidal Behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A crosscultural investigation. *J Clin Psychol* 1995; 51: 158–72.
9. Çırakoğlu OC, Işın G. Perception of drug addiction among turkish university students: Causes, cures and attitudes. *Addict Behav* 2005; 30: 1–8.
10. Borden LM, Donnerymeyer JF, Scheer SD. The influence of extra–curricular activities and peer influence on substance use. *Adolescent & Family Health* 2001; 2:12–9.
11. Özer ÖA. Ortaöğretim Öğrencilerinin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikleri (Uzmanlık Tezi). İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi;1991. 18–34.
12. Yin Z, Katims DS, Zapata JT. Participation in leisure activities and involvement in delinquency by Mexican American adolescents. *Hisp J Behav Sci* 1999; 21 (Suppl 2): 170–85.
13. WHO. Health, lifestyles and services for elderly. *Publcal Health Europe*, W.E. Waters, E. Heikkinen and A.S. Dontas 2001; 29:24.
14. Keten M. Türkiye'de Spor. Ankara: Polat Ofset; 1993. 12.
15. Mathey E. This Thing Colled Sport, Y. *Health Physical* 2. Rec, Vol. 40, England: 1969. 38.
16. Başer E. Uygulamalı Spor Psikolojisi. Ankara: Bağırğan Yayınevi; 1998.
17. Doğan O. Spor Psikolojisi. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2005. 77–81.
18. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershaw RC, Layden J, Carnes B, Brody J, Hayflick L, Butler R, Allison D, Ludwig D. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *NEJM* 2005;352:1138–45.

19. Malina R. The young athlete: biological growth and maturation in a biosocial context. In: Smoll F, Smith R (Eds). *Children and Youth in Sports: A Biosocial Perspective: Brown and Benchmark*; 1996. 161–86.
20. Stryer BK, Katz S, Cantwell D. Youth sports and adolescent development. In: Noshpitz J (Ed). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Adolescence: Development and Syndromes*, vol. 3. New York: Wiley; 1997. 209–24.
21. Bell C, Suggs H. Using sports to strengthen resiliency in children: training heart. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998;7:859–96.
22. Weiss MR. Psychological effects of intensive sport participation on children and youth: self-esteem and motivation. In: Cahill BR, Pearl AJ (Eds). *Intensive participation in children's sports*. Champaign (IL): Human Kinetics; 1993. 39–70.
23. Er G, Çamlıyer H, Çobanoğlu G, Er N. Spor etkinliklerinin çocuk ve ergenlerde davranış ve sosyal gelişim üzerine etkileri. *BESBD* 1999; 3: 29–38.
24. Seabra AF, Mendonca DM, Thomis MA, Peters TJ, Maia JA. Associations between sport participation, demographic and socio-cultural factors in Portuguese children and adolescents *Eur J Public Health* 2007;18: 25–30.
25. Dogan O, Dogan S, Çorapçıoğlu A ve Çelik G. Aktif ve Sosyal Etkinliklere Katılmanın Benden imgesi ve Benlik Saygısına Etkisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1994; 2:33–8.
26. Steptoe A, Butler N. Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet* 1996;347:1789–92.
27. Tiryaki S. *Spor Psikolojisi Kavramlar, Kuramlar ve Uygulama*. 1.Baskı, İstanbul: Eylül Yayınevi: 2000. 109.
28. İkizler H C. *Spor Sağlık ve Motivasyon*. 1.Baskı, İstanbul: Alfa Yayınları; 2002. 20, 30–31.
29. Yegül I B. *Liseli Erkek Sporcular ile Sporcu Olmayan Bireylerin Benlik Saygısı ve Atletik Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1999.
30. Gün E. *Spor Yapan Ve Yapmayan Ergenlerde Benlik Saygısı (Yüksek Lisans Tezi)*. T.C. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2006.
31. Kaufman J, Young B, Douglas–Palumberi H, et al. Brain–derived neurotrophic factor–5–HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry* 2006;59:673–80.
32. Weller EB, Weller RA, Rowan AB, Svadjian H. Depressive disorders in children and adolescents. In: Lewis M. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
33. Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm* 2006; 63: 233–43.
34. Hamrin V, Pachler MC. Child and adolescent depression: review of the latest evidence–based treatments. *J Psychosoc Nurs* 2005; 43: 54–63.
35. Petersen AC, Compas BE, Brooks–Gunn J. Depression in adolescence. *Am Psychol* 1993; 48: 155–68.

36. Lewinsohn PM, Roberts RE, Seeley JR, et al. Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 302–15.
37. Melnyk BM, Brown HE, Jones DC, et al. Improving the mental/psychosocial health of US children and adolescents: outcomes and implementation strategies from the national KySS Summit. *J Pediatr Health Care*, 2003; 17: 1–24.
38. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck M, Sun W, Giedd J. Prevalence of and risk factor for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 760–5.
39. Gröholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, et al. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 868–75.
40. Liu X, Tein JY. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *J Affect Disor* 2005; 86: 195–203.
41. Sourander A, Helstela L, Haavisto A, et al. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *J Affect Disord* 2001; 63: 59–66.
42. Eskin M. Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. *J Gender Culture Health* 1996; 1: 189–205.
43. Allgood-Merten B, Lewinsohn PM, Hops H et al. Sex differences and adolescent depression. *J Abnorm Psychol* 1990;99: 55–63.
44. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in depression. In: Gotlib IH, Hammen CL (Eds). *Handbook of Depression*, Stanford, CA: Stanford University Press; 2002. 492–509.
45. Denton RE, Kampfe CM. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*, 1994; 29: 475–95.
46. Kaslow NJ, Deering CG, Racusin GR. Depressed children and their families. *Clin Psychol Rev* 1994; 14: 39–59.
47. Williamson DE, Ryan ND, Birmaher B, et al. A case-control family history study of depression in adolescents. *J American Acad Child Psy* 1995; 34: 596–607.
48. Meadows SO, Brown JS, Elder GH, Kreipe R, Novak J. Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *J Youth Adolesc* 2006; 35: 93–103.
49. Undheim AM, Sund AM. School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *Eur Child Adoles Psy* 2005; 14: 446–53.
50. Guillon MS, Crocq MA, Bailey PE, et al. The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *Eur Psychiat* 2003; 18: 59–62.
51. Burwell RA, Shirk SR. Self processes in adolescent depression: The role of self-worth contingencies. *J Res Adolesc* 2006;16: 479–90.
52. Nezu AM, Nezu CM, Saraydarian L, et al. Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Ther Res* 1986; 10: 489–98.

53. Nezu AM, Ronan GF. Stressful life events, problem solving, and depressive symptoms: A prospective analysis. *J Couns Psychol* 1988; 35: 134–8.
54. Marx EM, Williams JM, Claridge GC, et al. Depression and social problem solving. *J Abnorm Psychol* 1992; 101: 78–86.
55. Priester MJ, Clum GA. Perceived problem solving ability as a predictor of depression, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *J Consult Clin Psychol* 1993; 40: 79–85.
56. Pollock LR, Williams MG. Problem solving in suicide attempters. *Psychol Med* 2004; 34: 163–7.
57. Speckens AEM, Hawton K. Social problem–solving in adolescents with suicidal behaviour: a systematic review. *Suicide and Life–Threat* 2005; 35: 365–87.
58. Chan DW. Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. *European Journal of Public Health* 1993;vol: 16; 529–38.
59. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem solving inventory. *J Couns Psychol* 1982; 29: 66–75.
60. Spence JC, McGannon KR, Poon P. The Effect of Exercise on Global Self–Esteem. *J Sport and Exerc Psychol*, 2005; 27:311–34.
61. Leadbeater BJ. Diminishing Risks for Depressive Symptoms in Early Adolescence Through Positive Involvement in Team Sports Centre for Youth and Society 2006; 79–90.
62. Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B. Yüzücülerin depresyon, benlik saygısı ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:162–6.
63. Nabkasorn C, Miyai N, Sootmongkol A, Junprasert S, Yamamoto H, Arita M, Miyashita K. Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms *Eur J Public Health* 2005; 16:179–84.
64. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19:382–9.
65. Susan G, Farrell F, Jennifer G. Sports involvement as protection against depressed mood. *J Res Adolesc*, 2001; 11:119–30.
66. Taneli B, Taneli Y, Taneli T. Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Birlikte Bulunmaları ve Psikofarmakolojik Tedavi Yaklaşımı. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5:115–29.
67. Ağaoğlu B. Anksiyete Bozuklukları İçinde: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. 373–81.
68. Kiluk BD, Weden S, Culotta VP. Sport participation and anxiety in children with adhd. *J Atten Disord* 2009; 12; 499–506.
69. Kirkcaldy BD, Shephard R, Siefen G. The relationship between physical activity and self–image and problem behaviour among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 544–50.

70. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. 7. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi; 2005.
71. Çekin M, Tatar Y, Torun K. 14–16 Yaş Grubunda Spor–anksiyete ilişkisinin SCL–90 ile araştırılması. Yeni Symposium Dergisi 1996; 34:43–5.
72. Köroğlu E (Çev. ed). Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. baskı (DSM–IV) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
73. Demir T. Çocuk Ve Ergenlerde Sosyal Fobi: Epidemiyolojik Bir Çalışma (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1997.
74. Aydın A, Tekinsav Sütçü S. Ergenler İçin Sosyal Kaygı Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14: 79-89.
75. Şenduran F. Askeri Liselerde Sporcu Öğrenciler İle Sporcu Olmayan Öğrencilerin Problem Çözebilme, Strese Karşı Koyabilme, Uyum Becerileri ve Başarı Düzeyleri (Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.
76. Aşçı FH, Gökmen H, Tiryaki G. ve Öner U. Liseli erkek sporcuların ve sporcu olmayanların benlik kavramları. Spor Bilimleri Dergisi, 1993; (4): 34–43.
77. Lopiano DA. Modern history of women in sports. Twenty–five years of Title IX. Clin Sports Med 2000;19: 163–73.
78. Akdemir D, Çuhadaroğlu F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15: 5-14.
79. Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud PA. Sport activity in adolescence. Health Educ Res 1999;14:225–33.
80. Lehman J, Koerner S. Adolescent women’s sports involvement and sexual behavior/health: A Process–level investigation. J Youth Adolesc 2004; 33: 443–55.
81. Currie A, Morse ED. Eating disorders in athletes: Managing the risks. Clin Sports Med 2005; 24:871–83.
82. Brown DR, Blanton CJ. Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. Med Sci Sports Exerc 2002; 34:1087–96.
83. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri 2004; 7:103–10.
84. WHO. WHO Progress Report 2002–2003. Child and adolescent health and development. Geneva. WHO 2004; 93–118.
85. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14:48–56.
86. Brook U, Heim M. A pilot study to investigate whether sport influences psychological parameters in the personality of asthmatic children. Fam Pract 1991;8:213–5.
87. Bettina F, Noemi K. Self–perceived health among early adolescents: Role of psychosocial factors. Pediatr Int 2007; 49: 577–83.

88. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Childhood* 2001; 84:205–11.
89. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesanlarda depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 29:145–50.
90. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1981;21:995–8.
91. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132–7.
92. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state–trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologist Press; 1970.
93. Le Compte A, Öner N. Durumluk–Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
94. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory–BSI administration, scoring and procedures manual II. Clinical Psychometric Research Inc. 1992.
95. Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13:125–35.
96. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care* 1999; 37:126–39.
97. Memik NÇ, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13–18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:353–63.
98. La Greca LJ, Lopez N. Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26:83–94.
99. Toros F, Bilgin NG, Bugdayci R ve ark. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *Eur Psychiatry* 2004; 19:264–71.
100. Karadağ Ö. Ankara'da Bulunan Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Adolesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
101. Akandere M, Serdengeçti C (2003) Spor Yapan ve Yapmayan Öğrencilerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, *Spor ve Tıp Dergisi*, 1: 12–16

## EKLER

EK-1: A

### TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM İÇİN AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ.**

#### Sporcu Grubu

Sayın: .....(Gönüllü adı)

Sayın: .....(Veli/Vasisinin adı)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim tarafından yürütülen “Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması.” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

#### Araştırma Sorumlusu

Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli

#### 1- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN

**BAŞLIĞI:** Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması.

**1.2- İÇERİK VE AMACI:** Ergenlik döneminde yapılan fiziksel aktivitenin gençlerin kendilerini daha sağlıklı ve formda hissetmelerinin yanı sıra, şimdiki ve ileri yaşlarındaki beden ve ruh sağlıkları açısından da yararlı olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada lisanslı olarak spor ile uğraşan 12-18 yaş arası ergenlerin depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitelerinin araştırılması amaçlanmıştır.



**1.3- İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER:** Bu çalışmada doktorunuz çocuğunuzu klinik görüşmede ayrıntılı olarak değerlendirecek ayrıca çocuğunuza Kovaks depresyon ölçeği, STAI anlık ve süreklilik kaygı ölçeğinin yanı sıra kişisel bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri, Ergenler için Sosyal Kaygı Ölçeği ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Her gönüllü ve ebeveyni ile bir kez görüşme yapılacaktır.

**2- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN:**

**2.1- SÜRESİ:** 9 Ay

**2.2- KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:** 30 lisanslı sporcu ve 30 organize olarak sporla uğraşmayan toplam 60 gönüllü kişinin katılabileceği düşünülmektedir.

**2.3- SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR:** Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için sizden veya çocuğunuzdan ücret talep edilmeyecektir. Lisanslı olarak spor ile uğraşan ergenlerin depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitelerinin araştırılmasının lisanslı sporcu ve organize olarak sporla uğraşmayan ergenlere yararlı olacağına inanıyoruz. Sizin / çocuğunuzun psikiyatrik tedavi ihtiyacı saptanırsa istemeniz durumunda takip ve tedavi için yönlendirileceksiniz.

**2.4- SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:** Psikiyatrik görüşme ve psikolojik test uygulamasının olağan risklerini taşımaktadır. Örneğin (hafif heyecanlanma)

**3- KATILMA VE ÇIKMA:** Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Çalışmaya katılmanız bizi sevindirecektir ancak istediğiniz herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Katılmayı reddetme hiçbir cezaya veya sizin hakkınız olan yararların kaybına neden olmayacaktır.

**4- MASRAFLAR :** Bu çalışma ile ilişkili bütün görüşme, muayene, tetkikler için sizden ücret talep edilmeyecektir.

**5- GİZLİLİK:** Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda size ait kayıtlar yetkili kurum ve/veya kuruluşlar tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla, böyle bir denetim için olur vermiş oluyorsunuz.

Ben, ....., [gönüllünün adı,soyadı **Kendi el yazısı ile**] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen

sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

**Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)**

**Adı-Soyadı:**

.....  
.

**İmzası**

.....  
.....

**Adresi:**

.....  
.....

**(varsa Telefon No, Faks No):**

.....

**Tarih (gün/ay/yıl) :** ...../...../.....

**Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin**

**Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)**

**Adı-Soyadı**

.....  
.....

**İmzası**

.....  
.....

**Adresi:**

.....  
.....

**(varsa Telefon No, Faks No):**

.....

**Tarih (gün/ay/yıl) :** ...../...../.....

**Açıklamaları Yapan Araştırcının (Doktorun)**

**Adı-Soyadı**

.....  
.....

**İmzası**

.....  
.....

**Tarih (gün/ay/yıl) :** ...../...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş  
Görevlisinin**

**Adı-**

**Soyadı:**.....  
.....

**İmzası:**.....

.....

**Görevi:**.....

.....

**Tarih (gün/ay/yıl) :** ...../...../.....

**Bu çalışma U.U. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından  
onaylanmıştır Onay Tarihi:  
Onay No:**

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

**Kontrol Grubu**

**Sayın:** .....(Gönüllü adı)

**Sayın:** .....(Veli/Vasisinin adı)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim tarafından yürütülen “Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması.” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Siz organize olarak sporla uğraşmadığınız için sizi kontrol grubu olarak bu çalışmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

**Araştırma Sorumlusu**  
Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli

**1- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN**

**1.1- BAŞLIĞI:** Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması

**1.2- İÇERİK VE AMACI:** Ergenlik döneminde yapılan fiziksel aktivitenin gençlerin kendilerini daha sağlıklı ve formda hissetmelerinin yanı sıra, şimdiki ve ileri yaşlarındaki beden ve ruh sağlıkları açısından da yararlı olduğu bilinmektedir. Siz aktif olarak sporla uğraşmadığınız için kontrol grubu olarak sizden elde edeceğimiz veriler aktif olarak spor yapan grupla karşılaştırılacaktır.

**1.3- İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER:** Bu çalışmada doktorunuz çocuğunuzu klinik görüşmede ayrıntılı olarak değerlendirecek ayrıca çocuğunuza Kovaks depresyon ölçeği, STAI anlık ve süreklilik kaygı ölçeğinin yanı sıra kişisel bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri, Ergenler için Sosyal Kaygı Ölçeği ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Her gönüllü ve ebeveyni ile bir kez görüşme yapılacaktır.

**2- YAPILACAK ARAŞTIRMANIN:**

**2.1- SÜRESİ:** 9 Ay

**2.2- KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:** 30 lisanslı sporcu ve 30 organize olarak sporla uğraşmayan toplam 60 gönüllü kişinin katılabileceği düşünülmektedir.

**2.3- SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR:** Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için sizden veya çocuğunuzdan ücret talep edilmeyecektir. Lisanslı olarak spor ile uğraşan ergenlerin depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitelerinin araştırılmasının lisanslı sporcu ve organize olarak sporla uğraşmayan ergenlere yararlı olacağına inanıyoruz. Sizin / çocuğunuzun psikiyatrik tedavi ihtiyacı saptanırsa istemeniz durumunda takip ve tedavi için yönlendirileceksiniz.

**2.4- SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:** Psikiyatrik görüşme ve psikolojik test uygulamasının olağan risklerini taşımaktadır. Örneğin (hafif heyecanlanma)

**3- KATILMA VE ÇIKMA:**Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Çalışmaya katılmanız bizi sevindirecektir ancak istediğiniz herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Katılmayı reddetme hiçbir cezaya veya sizin hakkınız olan yararların kaybına neden olmayacaktır.

**4- MASRAFLAR :** Bu çalışma ile ilişkili bütün görüşme, muayene, tetkikler için sizden ücret talep edilmeyecektir.

**5- GİZLİLİK:** Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıktığı durumlarda size ait kayıtlar yetkili kurum ve/veya kuruluşlar tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla, böyle bir denetim için olur vermiş oluyorsunuz.

Ben, ....., [gönüllünün adı,soyadı **Kendi el yazısı ile**] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma

imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

**Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)**

**Adı–Soyadı:**

.....  
.

**İmzası** :

.....  
.....

**Adresi:**

.....  
.....

**(varsa Telefon No, Faks No):**

.....

**Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....**

**Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin**

**Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)**

**Adı–Soyadı** :

.....

**İmzası** :

.....  
.....

**Adresi:**

.....  
.....

(varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Açıklamaları Yapan Araştıracının (Doktorun)**

**Adı-Soyadı**

.....  
.....

**İmzası**

.....  
.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş  
Görevlisinin**

**Adı-**

**Soyadı:**.....  
.....

**İmzası:**.....

.....

**Görevi:**.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl) : ...../...../.....

**Bu çalışma U.U. Tıp Fakültesi "Tıbbi Araştırma Etik Kurulu" tarafından  
onaylanmıştır.**

Onay Tarihi:

Onay No:

**EK-2: A**

<b>Hasta Adı/Soyadı:</b> .....	<b>Çalışmanın Başlığı:</b> Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması <b>Çalışmanın Kodu:</b> ÇRS-2004-11-T-YT-AHA
<b>Doğum Tarihi gün/ay/yıl:</b> ..... / ..... / .....	
<b>Protokol No:</b> .....	

<b>Sporcu Grubu</b>		
<b>Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri</b>		
	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1- 12-18 yaş aralığındadır.	( )	( )
2- Lisanslı olarak spor yapmaktadır.	( )	( )
3- Çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak bilişsel düzeydedir.	( )	( )
4- Çalışmaya katılmak üzere ergenin onayı ve veli/vasinin aydınlatılmış onamı vardır.	( )	( )

  

<b>Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri</b>		
	<u>Evet</u>	
<u>Hayır</u>		
1- 12 yaşından küçük ya da 18 yaşından büyüktür.	( )	( )
2- İşlevselliğini bozacak düzeyde ciddi bedensel rahatsızlığı vardır.	( )	( )

**Tarih:**

**Yardımcı Araştırmacı**  
Dr. Ahmet Hamdi Alpaslan

İmza

**Araştırma Sorumlusu**  
Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli

İmza:



**EK-2: B**

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi gün/ay/yıl: ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

**Çalışmanın Başlığı:** Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması  
**Çalışmanın Kodu:** ÇRS-2004-11-T-YT-AHA

**Kontrol Grubu****Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri**

	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1- 12-18 yaş aralığındadır.	( )	( )
2- Lisanslı olarak herhangi bir sporu yapmamaktadır.	( )	( )
3- Çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak bilişsel düzeydedir.	( )	( )
4- Çalışmaya katılmak üzere ergenin onayı ve veli/vasinin aydınlatılmış onamı vardır.	( )	( )

**Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri**

	<u>Evet</u>	
<u>Hayır</u>		
1- 12 yaşından küçük ya da 18 yaşından büyüktür.	( )	( )
2- İşlevselliğini bozacak düzeyde ciddi bedensel rahatsızlığı vardır.	( )	( )

**Tarih:**

**Yardımcı Araştırmacı**  
Dr. Ahmet Hamdi Alpaslan

İmza

**Araştırma Sorumlusu**  
Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli

İmza:

**EK-3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD**

**TEZ ADI:** : Ergen yaştaki lisanslı sporcularda Anksiyete ve Depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması.( Çalışmanın Kodu: ÇRS-2004-11-T-YT-AHA)

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**Ad ve Soyad:**

**Tarih:...../...../.....**

**Doğum Tarihi:** / /

**Sıra No:**

**Doğum Yeri:**

**Protokol No:**

**Ay cinsinden yaşı**

**Anne adı:**

**Telefon no:(ev)**

(.....).....

**Baba adı:**

**(cep) (.....).....**

**Adres:**

**SPOR**

**1. Gönüllünün:** Boyu..... Kilosu..... BMI.....

**2. Cinsiyet:** 0) Kız  1) Erkek

**3. Lisanslı olarak yaptığı spor:**

0) Futbol  1) basketbol  2) voleybol  3) yüzme  4) atletizm

5) diğerleri  (lütfen belirtiniz.....) 6) Lisanslı olarak yaptığı spor yok

**4. Antrenman süresi :** Gün/hafta..... Saat/hafta.....

**5. Ek lisansı:** 0) var  1) yok

**6. Ailede spor yapan:** 0) yok  1) var  a) Anne  (spor çeşidi.....) b)

Baba  (spor çeşidi...) c) Kardeş  (kaç kardeş...cinsiyeti ..... yaptığı spor.....)

**7. Ne kadar süredir bu sporu yapmakta**

0) 1-6 ay  1) 7-12 ay  2) 13-18 ay  3) 19-24 ay

4) 25-35 ay  5) 36-48 ay  6) 49-59 ay  7) 60 aydan fazla

**8. Lisanslı olarak yaptığım sporu kim seçti: (Çoklu yanıt mümkün)**

- 0) Kendim  1) Beden eğitimi öğretmenim  2) Annem  3) Babam  4) Arkadaşlarım

**OKUL**

**9. Okula gidiyor mu:**

- 0) Evet  1) Hayır

(sebebi.....)

- 10. Gittiği Okul:** 0) İlk öğretim 1-5  1) İlk öğretim (6-8)  2) Lise; 1- Düz lise  3) Anadolu lisesi  2- Meslek lisesi  4) süper lise

**11. Okul başarısı:**

- 0) Sınıf tekrarı yaptım  (kaçıncı sınıf.....) 1) Borçlu geçtim  (kaç ders.....)  
2) Doğrudan geçtim  3) Teşekkürname  4) Takdirname

**12. Sporla ilgili olarak okul devamsızlığı:**

- 0) yok  1) var  (kaç gün..... )

**13. Sporla ilgili olarak sınava girememe:**

- 0) yok  1) var  (kaç sınav ..... )

**AİLE**

**14. Doğum Yeri:** Belirtiniz.....

- 0) Köy  1) Kasaba  2) İlçe  3) İl

**15. Kardeş Sayısı (kendisi dahil):**

- 0) 1  1) 2  2) 3  3) 4  4) 5  5) 6 ve üzeri

Cinsiyetleri: Kız.....adet Erkek.....adet

**16. Kaçınıcı çocuk**

- 0) 1. çocuk  1) 2. çocuk  2) 3. çocuk  3) 4. çocuk  4) 5. çocuk  5) 6 ve daha fazla

**17. Kiminle yaşıyor:**

- 0) Anne ve baba ile  1) Anne ile  2) Baba ile   
3) Akrabalarının yanında

**18. Anne ve baba öz mü, üvey mi?**

	<u>Öz</u>	<u>Üvey</u>
Anne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Ailenin tipi:**

- 0) Çekirdek aile  1) Geniş aile  2) Dağılmış aile

**20. Ailenin geliri sence nasıl?**

- 0) az  1) orta  2) iyi

**21. Ailenin eğitim durumu (son bitirdiği okul)**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
0) Okuma yazması yok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Okuma yazması var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) İlkokul mezunu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ortaokul mezunu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Lise mezunu (lise türü)	<input type="checkbox"/> (...)	<input type="checkbox"/> (...)
5) Yüksekokul– üniversite mezunu (alan)	<input type="checkbox"/> (...)	<input type="checkbox"/> (...)

**22. Anne ve babanın çalışma durumu**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
0)Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> (ne zamandır)	<input type="checkbox"/> (ne zamandır)
1) İşçi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Memur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Serbest Meslek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Emekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Kronik bedensel rahatsızlığı:**

- 0) Yok  1) Var  (.....)

**24. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse:**

- 0) Yok  1) Var  Kim Rahatsızlığı
- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

**25. Gönüllünün sigara kullanım öyküsü:**

0) Yok  1) Var  (süresi.....miktarı .....başlama yılı.....)

**26. Gönüllünün alkol kullanım öyküsü:**

0) Yok  1) Var  (süresi.....miktarı .....başlama yılı.....)

**27. Gönüllünün madde kullanım öyküsü:**

0) Yok  1) Var  (süresi.....miktarı .....başlama yılı.....)

**28. Ailede sigara kullanım öyküsü olan kimse:**

0) Yok  1) Var  (süresi.....miktarı .....başlama yılı.....)

**29. Ailede alkol kullanım öyküsü olan kimse:**

0) Yok  1) Var  (süresi.....miktarı .....başlama yılı.....)

**30. Ailede madde kullanım öyküsü olan kimse:**

0) Yok  1) Var  (süresi.....miktarı .....başlama yılı.....)

## EK-4

### KOVAKS DEPRESYON ÖLÇEĞİ (Kovacs M. 1981, Öy B. 1991)

Adı soyadı: Okul:

Cinsiyeti: Sınıf:

Doğum tarihi: Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

A)

- 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
- 2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
- 3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B)

- 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
- 2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
- 3- İşlerim yolunda gidecek.

C)

- 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
- 2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
- 3- Her şeyi yanlış yaparım.

D)

- 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
- 2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
- 3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E)

- 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
- 2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum
- 3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

F)

- 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
- 2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
- 3- Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.

G)

- 1- Kendimden nefret ederim.
- 2- Kendimi beğenmem.
- 3- Kendimi beğenirim.

H)

- 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
- 2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
- 3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I)

- 1– Kendimi öldürmeyi düşünmem.
- 2– Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
- 3– Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ)

- 1– Her gün içimden ağlamak gelir.
- 2– Birçok günler içimden ağlamak gelir.
- 3– Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J)

- 1– Her şey her gün beni sıkır.
- 2– Her şey sık sık beni sıkır.
- 3– Her şey arada sırada beni sıkır.

- 1– İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
- 2– Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- 3– Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L)

- 1– Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
- 2– Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
- 3– Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M)

- 1– Güzel/yakışıklı sayılırım.
- 2– Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
- 3– Çirkinim.

N)

- 1– Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
- 2– Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
- 3– Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O)

- 1– Her gece uyumakta zorluk çekerim.
- 2– Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
- 3– Oldukça iyi uyurum.

Ö)

- 1– Arada sırada kendimi yorgun hissedirim.
- 2– Birçok gün kendimi yorgun hissedirim.
- 3– Her zaman kendimi yorgun hissedirim.

P)

- 1– Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
- 2– Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
- 3– Oldukça iyi yemek yerim.

R)

- 1– Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
- 2– Çoğu zaman ağır ve sızılardan endişe ederim.
- 3– Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S)

- 1–Kendimi yalnız hissetmem
- 2– çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
- 3– Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş)

- 1– Okuldan hiç hoşlanmam.
- 2– Arada sırada okuldan hoşlanırım.
- 3– Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T)

- 1– Birçok arkadaşım var.
- 2– Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
- 3– Hiç arkadaşım yok.

U)

- 1– Okul başarıml iyi.
- 2– Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
- 3– Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

U)

- 1–Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
- 2– Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
- 3– Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V)

- 1– Kimse beni sevmez.
- 2– Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
- 3– Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y)

- 1– Bana söyleneni genellikle yaparım.
- 2– Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
- 3– Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z)

- 1– İnsanlarla iyi geçinirim.
- 2– İnsanlarla sık sık kavga ederim.
- 3– İnsanlarla her zaman kavga ederim.



## EK-5

### KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE) (Derogatis LR. 1992, Şahin NH. 2002)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- 0– Hiç yok
- 1– Biraz var
- 2– Orta derecede var
- 3– Epey var
- 4– Çok fazla var

1– İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2– Baygınlık ve baş dönmesi	0	1	2	3	4
3– Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4– Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5– Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6– Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7– Göğüs bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8– Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9– Yaşamınıza son verme duygusu	0	1	2	3	4
10– İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11– İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12– Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4

13– Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14– Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15– İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16– Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17– Hüzünlü, kederli hissetmek hali	0	1	2	3	4
18– Hiçbir şeye ilgi duymamak hali	0	1	2	3	4
19– Ağlamaklı hissetmek hali	0	1	2	3	4
20– Kolayca incinebilme, kırılmak hali	0	1	2	3	4
21– İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak hali	0	1	2	3	4
22– Kendini diğerlerinden daha aşağı görme hali	0	1	2	3	4
23– Mide bozukluğu, bunaltı hali	0	1	2	3	4
24– Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu hali	0	1	2	3	4
25– Uykuya dalmada güçlük hali	0	1	2	3	4
26– Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27– Karar vermede güçlük hali	0	1	2	3	4
28– Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma hali	0	1	2	3	4
29– Nefes darlığı, nefessiz kalmak hali	0	1	2	3	4
30– sıcak soğuk basmaları hali	0	1	2	3	4

31– Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32– Kafanızın” bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33– Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, Karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34– Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35– Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36– Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) Güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37– Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0	1	2	3	4
38– Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39– Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40– Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41– Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42– Diğerlerinin yanındaiken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43– Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44– Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45– Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46– Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47– Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48– Başarılarınız için diğerlerinden yeterince					

takdir görmemek	0	1	2	3	4
49– Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50– Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
51– Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52– Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53– Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

**EK-6A: DURUMLULUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY-STAI-I, STAI-II)** (Spielberger CD. 1970, Oner N.1985)

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Çok</b>	<b>Tamamıyla</b>
1- Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2- Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6- Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7- Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9- Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10- Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11- Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12- Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13- Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14- Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15- Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16- Şu anda halimden memnun um	(1)	(2)	(3)	(4)
17- Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18- Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19- Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20- Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

**EK-6B:****STAI-2 (SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ)** (Spielberger CD. 1970, Oner N.1985)

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		<b>Hemen Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok Zaman</b>	<b>Hemen Her zaman</b>
21-	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22-	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23-	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24-	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25-	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26-	Kendimi yalnız hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27-	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28-	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29-	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30-	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31-	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32-	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33-	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34-	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35-	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36-	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37-	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38-	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39-	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40-	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK-7A: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Hasta ve Ebeveyn Formu

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU

(13-18 YAŞ) (Varni JW. 1993, Memik NÇ. 2007)

Ad  
Soyad:  
Tarih:

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

- Eğer sizin için **hiçbir zaman** sorun değilse **0**  
Eğer sizin için **nadiren** sorun oluyorsa **1**  
Eğer sizin için **bazen** sorun oluyorsa **2**  
Eğer sizin için **sıklıkla** sorun oluyorsa **3**  
Eğer sizin için **hemen her zaman** sorun oluyorsa **4**

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?**

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4

8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4
<b>Duygularımla ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4
<b>Başkaları ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4



EK-7B:

## ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

(13–18 YAŞ) Varni JW. 1993, Memik NÇ. 2007

Çocuğunuzun adı

Soyadı:

Tarih:

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

#### Ergen Değerlendirme Formu ( Anne–Baba ) (13–18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için **hiçbir zaman** sorun değilse **0**

Eğer çocuğunuz için **nadiren** sorun oluyorsa **1**

Eğer çocuğunuz için **bazen** sorun oluyorsa **2**

Eğer çocuğunuz için **sıklıkla** sorun oluyorsa **3**

Eğer çocuğunuz için **hemen her zaman** sorun oluyorsa **4**

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

**Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?**

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4
Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman

1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4
<b>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4
<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

**EK-8:****ERGENLER İÇİN SOSYAL KAYGI ÖLÇEĞİ** (La Greca LJ. 1998, Aydın A 2007)

Bu bir test değildir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bütün maddeleri olabildiğince içtenlikle cevaplamaya çalışın. Her bir maddenin yanında yer alan rakamlardan size uygun olanı işaretleyin.

1= Hiç bir zaman 2= Nadiren 3= Bazen 4= Genellikle 5=Her zaman

Örnek:

a- Yaz tatilinde seyahat etmeyi severim. 1 2 3 4 5

b- Ispanagi severim. 1 2 3 4 5

1- Başkalarının önünde yeni bir şeyler yapmaya çekinirim.	1	2	3	4	5
2- Arkadaşlarımla bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5
3- Bana sataşılmasından tedirgin olurum.	1	2	3	4	5
4- Tanımadığım insanların yanında utanırım.	1	2	3	4	5
5- Sadece çok iyi tanıdığım insanlarla konuşurum.	1	2	3	4	5
6- Yaşıtlarımın arkamdan benim hakkımda konuştuklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
7- Kitap okumayı severim.	1	2	3	4	5
8- Başkalarının benim için ne düşündüğünden endişelenirim.	1	2	3	4	5
9- Başkalarının benden hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5
10- Çok iyi tanımadığım yaşıtlarımla konuşurken heyecanlanırım.	1	2	3	4	5
11- Spor yapmaktan hoşlanırım.	1	2	3	4	5
12- Başkalarının benim hakkımda ne söyleyeceğinden endişelenirim.	1	2	3	4	5
13- Yeni insanlarla tanışırken tedirgin olurum.	1	2	3	4	5
14- Başkalarının benden hoşlanmayacağından endişelenirim.	1	2	3	4	5
15- Bir grup insanla beraberken durgunumdur.	1	2	3	4	5
16- Kendi başıma bir şeyler yapmak hoşuma gider.	1	2	3	4	5
17- Başkalarının benimle dalga geçtiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
18- Birisiyle tartışmaya girersem onun benden hoşlanmayacağından endişe ederim	1	2	3	4	5
19- Hayır derler diye başkalarına benimle bir şeyler yapmayı teklif etmeye çekinirim.	1	2	3	4	5
20- Bazı insanların yanındayken tedirgin olurum.	1	2	3	4	5
21- İyi tanıdığım yaşıtlarımın yanındayken bile utanırım.	1	2	3	4	5
22- Başkalarından benimle bir şeyler yapmalarını istemek bana çok zor gelir.	1	2	3	4	5

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ ve Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç Dr. Yeşim TANELİ' ye, ayrıca Anabilim Dalı'mızın yeni öğretim üyesi Yrd. Doç Dr. Pınar VURAL'a, Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca sadece rotasyon dönemi değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Doç.Dr. Aslı SARANDÖL, Yrd.Doç.Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Yrd.Doç.Dr. Cengiz AKKAYA, Uzm.Dr. Saygın EKER ve Uzm.Dr. Özlem ÖZDEMİR'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm aşamalarında desteklerini esirgemeyen başta tez danışmanım, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıları Anabilim Dalı Başkanı Yrd.Doç.Dr. Yeşim TANELİ'ye, emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ'ye, çalışmaya verdikleri izinden dolayı Bursa Nilüfer Belediye Başkanı sayın Mustafa BOZBEY'e ve katkıları için Nilüfer Belediye Spor voleybol antrenörlerine, tezimin istatistiksel analizinde büyük yardımını gördüğüm Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Arş. Gör. Şengül CONGAR'a teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca hayatımın her alanında en büyük destekçim olan eşime ve yaşamımdaki sevgi pınarlarım çocuklarıma, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anne ve babama çok teşekkür ederim.

Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN

## ÖZGEÇMİŞ

1977 yılında Ağrı'da doğdum. İlköğrenimimi Ağrı İli Aşağı Küpkıran Köyü İlkokulu'nda tamamladım. Ortaokulu Ağrı Cumhuriyet Ortaokulu'nda ve lise öğrenimimi Erzurum Aziziye Lisesi'nde tamamladım. 1995 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesine başladım ve 2003 yılında mezun oldum. 2004 Eylül dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavında kazandığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 03 Kasım 2004'ten bu yana araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Evli ve iki çocuk babasıyım.

Dr. Ahmet Hamdi ALPASLAN