



**ADÖLESANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE
YETERLİLİKLERİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Esmâ KESKİN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK**

Yüksek Lisans Tezi-2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE YETERLİLİKLERİNİN DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Esmâ KESKİN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışman
Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK**

**MALATYA
2022**



11/03/2022

Esmâ Keskin

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönem.....	4
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Epidemiyoloji	4
2.1.2. Adölesan Dönemi Özellikleri	5
2.2. Fiziksel Aktivite.....	7
2.2.1. Fiziksel Aktivitenin Prevelansı.....	8
2.2.2. Fiziksel Aktivitenin Önemi.....	9
2.2.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri.....	9
2.2.4. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yararları	12
2.2.5. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi.....	13
2.2.6. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler.....	16
2.2.7. Adölesan Dönemde Fiziksel Aktivite	16
2.2.8. Adölesan Dönemde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapmanın Önemi	17
2.3. Adölesan Dönemde Depresyon	19
2.3.1. Adölesanda Depresyon Nedenleri	21
2.4. Adölesanlarda Fiziksel Aktivitenin Depresyona Etkisi	22
2.5. Adölesanlarda Fiziksel Aktivitenin Depresyona Etkisinde Okul Sağlığı Hemşireliği.....	24
3. MATERYAL VE METOT	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	26
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Seçimi	26
3.4. Çalışmaya Katılma Kriterleri.....	27

3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri.....	27
3.6. Verilerin Toplanması	27
3.7. Uygulanan Anketler.....	27
3.7.1. Tanıtıcı özellikler formu	27
3.7.2. Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği (FAYÖ)	28
3.7.3. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği	28
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	29
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.11. Araştırmanın Güçlükleri ve Genellenebilirliği	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR	47
EKLER.....	58
EK-1. Özgeçmiş.....	58
EK-2. Katılımcı Onam Formu	59
EK-3. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	60
EK-4 Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği (FAYÖ)	62
EK-5. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği (KEDÖ).....	66
EK-6 Ölçek Kullanım İzni	68
EK-7. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	69
EK-8. Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü Çalışma İzni	70

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında bana yol gosteren, benden desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK'e,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca benden bilimsel katkılarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan hocalarım Sayın Prof.Dr. Behice Erci ile Sayın Prof.Dr. Rukuye AYLAZ'a,

Hayatım boyunca varlıkları ile bana güç veren, bu süreçte desteklerini esirgemeyen ve her koşulda yanımda olan aileme,

Araştırma verilerinin toplanması öncesinde bana ilgili okullarda araştırma olanağı veren Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü çalışanlarına,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esmá KESKİN

ÖZET

Adölesanların Fiziksel Aktivite Yeterliliklerinin Depresyon Düzeylerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma adolesanlarda fiziksel aktivite yeterliliğinin depresyon düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır. Şubat 2021- Mart 2022 tarihleri arasında Malatya Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı liselerden kura yöntemiyle seçilen altı lisede yürütülmüştür. Çalışmaya 13-20 yaş arası toplam 1027 adolesan katılmıştır. Veriler; Tanıtıcı Özellikler Formu, Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği (FAYÖ) ve Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği (KEDÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde (SPSS) 21.0 paket programı, değerlendirmesinde ise ortalama, yüzdeler dağılım ve regresyon analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak benimsenmiştir.

Bulgular: Araştırmada fiziksel aktivite düzeyinde (1634.93 ± 704.34) toplam puan, depresyon düzeyinde ise (14.16 ± 7.61) toplam puan değeri elde edildi. Ayrıca sosyo-demografik özelliklerden yaş ve anne meslek durumu Kutcher Ergen Depresyon düzeyini pozitif yönde etkilerken ($p<0.05$) cinsiyet, algılanan gelir düzeyi ve algılanan sağlık düzeyi negatif yönde etkilemiştir.

Sonuç: Bu çalışmada fiziksel aktivite yeterliliğinin depresyon düzeyi üzerine %0.041'lik bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Adölesanların sosyo-demografik özelliklerin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine %20.9'luk bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Adölesanların fiziksel aktivitelerinin depresyon düzeyine etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, fiziksel aktivite, depresyon, halk sağlığı hemşireliği

ABSTRACT

The Effect of Adolescents Physical Activity on Depression Levels

Aim: This study was conducted to examine the effect of Physical activity adequacy on depression levels in adolescents.

Material and Method: The research was carried out cross-sectionally. Between February 2021 and March 2022, it was carried out in six high schools selected by lottery among the high schools affiliated to the Malatya Directorate of National Education. A total of 1027 adolescents aged 13-20 participated in the study. The data were collected using the Introductory Characteristics Form, Physical Activity Efficacy Scale (PAES), and Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS). In the analysis of the data (SPSS) 21.0 package program was used, and in the evaluation, mean, percent age distribution and regression analysis were used. Statistical significance level was adopted as $p < 0.05$.

Results: In the research, total score was obtained at the physical activity level (1634.93 ± 704.34) and the total score at the depression level (14.16 ± 7.61). In addition, while socio-demographic characteristics, age and maternal occupation status positively affected Kutcher Adolescent Depression level ($p < 0.05$), gender, perceived income level and perceived health level negatively affected the level of depression.

Conclusion: In our study, it was found that physical activity adequacy had an effect of %0.041 on the level of depression. It was found that the socio-demographic characteristics of the adolescents have a %20.9 effect on the Kutcher Adolescent Depression level. It has been observed that physical activities of adolescents have an effect on the level of depression.

Key Words: Adolescent, physical activity, depression, public health nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAYÖ	: Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği
IPAQ	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
KEDÖ	: Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. 10-19 Yaş Cinsiyete Göre Adolesan Nüfusu	4
Tablo 2.2. Türkiye’de Dünya Sağlık Örgütü’nün fiziksel aktivite önerilerini yerine getirme durumunun dağılımı	17
Tablo 4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri	31
Tablo 4.2. Ölçek Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 4.3. Adölesanların Fiziksel Aktivite Sıklıkları	33
Tablo 4.4. Adölesan Kutcher Ergen Depresyon Düzeyini Adölesan Fiziksel Aktivite Yeterlilik Durumu ile Yordanmasının Regresyon Analizi ile Açıklanması	34
Tablo 4.5. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği Durumunu Etkileyen Sosyo- Demografik Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması	35

1. GİRİŞ

DSÖ'ye göre adölesan 10-19 yaş arasında kalan dönemdir ve sağlıklı bir yaşam tarzının temellerinin atılacağı önemli bir evredir (1). Adolesan dönemi olumlu sağlık davranışlarının kazanılabileceği bir dönem olmasının yanı sıra bireyin olumsuz sağlık davranışlarına da yönelebileceği dönemlerden biridir. Bunun için adolesanların sağlıklı yaşam biçimini benimsemelerini sağlayacak beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili konular adölesan sağlığı için oldukça önemlidir (1).

Fiziksel aktivite, halk sağlığının iyileştirilmesi için önemli bir araç olarak kabul edilen, iskelet kaslarının kasılması ile enerji harcanmasını gerektiren; ev işleri esnasında, oyun oynarken, günlük hayattaki sorumlulukları yerine getirirken ve boş vakitlerde yapılanlar da dâhil herhangi bir bedensel hareket olarak adlandırılmaktadır (2).

DSÖ'ye göre 5-17 yaş aralığındaki çocuk ve adölesan grubunun her gün minimum 60 dakika fiziksel aktivite yapması önerilmektedir. Ayrıca yapılan aktiviteler haftada en az 3 kez kas ve kemikleri güçlendirecek şekilde olmalıdır. Gün boyunca basit hareketlerle de daha aktif olabilirler (3).

Dünyada 18 yaş üstü nüfusun %28'i, 11-17 yaş arası nüfusun ise %81'i yeterince aktif değildir. Dünya çapında her üç kadından biri ve her dört erkekten biri gerekli fiziksel aktiviteyi yapmamaktadır. Ayrıca fiziksel olarak aktif olmayan kişilerin yeterince aktif olan kişilere göre ölüm riski %20-30 daha fazladır (4). Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre en hareketsiz yaş grubu 15-19 yaş arasındadır. Bu grubun fiziksel aktivite seviyesi incelendiğinde %63'ünün sedanter, %25'inin düşük, %12'sinin ise yeterli seviyede fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür (5). Halk Sağlığı ve Hareket Araştırması Raporu'na göre; toplumun yalnızca %38'inin 18 yaşından önce bir ya da daha fazla spor dalına katıldığını belirtmektedir (6).

Fiziksel aktivite bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığımız üzerine birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Kemik mineral yoğunluğunun artması, osteoporozun önlenmesi, serebral kan akışını ve norepinefrin ve endorfin seviyelerini artması, kardiyovasküler hastalık riskinin azalması, metabolizmanın hızlanmasıyla kilo artışının önlenmesi, bireyin benlik saygısının artması, psikolojik iyilik halinin artması, dikkat dağınıklığı ve stresin azalması bu etkilerden birkaçıdır (2,7). Bunun yanı sıra fiziksel hareketsizlik

kalp hastalıkları, obezite, diyabet vb. riskini artırır. Avrupa’da her yıl yaklaşık 600.000 kişi fiziksel hareketsizlik nedeni ile yaşamını yitirmektedir (6).

Kanada’da çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktivitenin sağlığa etkileri üzerine yapılan sistematik bir çalışmada; fiziksel aktivitenin okul çağındaki çocuklar ve adölesanlar üzerine sayısız sağlık yararı (sağlıksız kilo alımını önleme, kas ve eklem kontrolünde artma, kemik sağlığının artması, depresyon belirtilerinde azalma, kan basıncı kontrolü) olduğu görülmüştür. Yüksek riskli gençlerde bile (obez, yüksek tansiyon) çok etkili olduğu saptanmıştır. Bu yararların elde edilebilmesi için en az orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmasının önemli olduğu belirtilmiştir (8).

Türkiye’de yapılmış bir araştırmada ise adölesanların fiziksel aktivite düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu, sigara gibi bağımlılıkların ve depresyon puanlarının ise daha düşük olduğu görülmüştür (9). Rethorst ve ark. çalışmasında fiziksel aktivitenin psikolojik rahatsızlıklar için tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini ve bunun mümkün olabileceğini öne sürmüşlerdir (10). Başka bir araştırmada da 20 yaşına kadar olan çocuk ve adölesanlarda fiziksel aktivitenin anksiyete ve depresyonu azaltması ve önlemindeki etkinliği incelenmiş anksiyete ve depresyon puanlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Özellikle genç popülasyonda depresyon belirtilerini azalttığı sonucuna varılmıştır (11).

DSÖ’nün tanımıyla depresyon; uzun süre devam eden üzüntü, ümitsizlik, ilgi ve keyif kaybı, kendini önemsiz hissetme duygusu, uyku ve yemek yeme isteğinde artma/azalma, yorgunluk hisleri ve dikkatin çabuk dağılması ile karakterize; ev, iş ya da okulda verimlilik kaybına neden olan, dünya genelinde 264 milyondan çok insanı etkisi altına alan, en fazla görülen psikolojik sorunlardan biridir (12). Türkiye’de lise öğrencilerinin yaklaşık %18’i depresyon yaşamaktadır (13).

2005-2015 yıllarında yapılmış kapsamlı bir meta analiz araştırmasında 8-19 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde fiziksel aktivite ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve depresyon belirtilerinde iyileşme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (14).

Hastürk ve ark. çalışmalarında düzenli spor yapan ve yapmayan ergenler arasında depresyon düzeyleri incelenmiş. Çalışma sonucuna göre depresyon puanları düzenli egzersiz yapanlarda olumlu düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (15). Erken yaşta tespit edilen ruhsal problemler bireylerin ileride yaşayacakları depresyon, stres gibi ruhsal sorunlardan daha az etkilenmesini sağlayacaktır.

Depresyonun yaygınlığını azaltmak, sebep olacağı olumsuzlukları önlemek ve daha etkili yönetebilmek için erken tanımak gereklidir. Bu yüzden özellikle adolesan dönemde depresyon ile ilgili daha fazla araştırma yapılması ve vurgulanması gerekmektedir (16). Ulaşılan literatürde ise bununla ilgili ülkemizde sınırlı çalışma mevcuttur. Bu nedenle Türkiye’de fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkiye adolesan dönemde daha çok ilgi gösterilmelidir.

1.1 Araştırmanın amacı

Bu araştırma adolesanlarda fiziksel aktivite yeterliliğinin depresyon düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Dönem

İnsanlar, doğumdan ölüme kadar sürekli gelişim evrelerinden geçer ve bu evreler birbirleriyle aynı olmayan psikolojik, fizyolojik özellikler barındırır. Ergenlik döneminde bu dönemler içerisinde en fazla önem taşıyan evrelerden biridir.

Ergenliğin başlama zamanı ve seyri toplumlar, dönemler, kişiler arasında farklılık gösterir. Gelecekte de toplumların gençlere karşı tutumları ergenlerin yaşamları üzerine rol oynayacaktır.

Ergenlik döneminin özellikle fizyolojik olgunlaşmanın başladığı, cinsel organlarının gelişmesi ve işlevlerine başlamasıyla tamamlandığı kabul edilir. Fakat ergenlik, sadece fiziksel bir boyut değildir diğer boyutları da kapsayan bir yaşam dönemidir. Bu sebeple adolesan dönem bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan ilerlemenin ve olgunlaşmanın yer aldığı, yetişkinliğe adım atma dönemidir (17).

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Adolesan Epidemiyoloji

Türkiye de adolesan nüfusun değişimi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 2.1. 10-19 Yaş Cinsiyete Göre Adolesan Nüfusu, (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018)

Sayım Yılı	Erkek	Kadın	Toplam
1960	2.935.075	2.543.852	5.487.927
1970	4.287.187	3.936.912	8.224.099
1980	5.432.744	5.037.376	10.470.120
1990	6.725.961	6.381.907	13.107.868
2000	7.261.875	6.826.256	14.088.131
2018	6.532.600	6.192.429	12.725.029
Tahmini Nüfus			
2040	6.851.157	6.501.383	13.352.540
2060	6.355.476	6.028.713	12.384.189
2080	6.977.727	5.668.016	12.645.743

DSÖ tarafından çocukluk yetişkinlik arasında yer alan 10-19 yaş aralığındaki grup “Adolesan”, 15-24 yaş aralığındaki grup ise “Genç” olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla bu iki grubun toplamı yani 10-24 yaş aralığında ki insanlar “Genç İnsanlar” olarak adlandırılır (1). Dünya nüfusu yaklaşık 7.5 milyarın üzerindedir ve BM Nüfus

fonu 2017 raporuna göre toplam nüfusun %16'sını 10-24 yaş arası bireyler oluşturmaktadır.

2.1.2. Adolesan Dönemi Özellikleri

Adolesan dönemi 4 dönem içerisinde incelenebilir.

Adölesan öncesi dönem: Kızlarda 9-12 yaş aralığı, erkeklerde ise 10-13 yaş aralığıdır. Cinsel gelişimin başladığı dönemdir.

Erken adölesan dönem: Kızlar için 12-14, erkekler için 13-15 yaş arasıdır. Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri fizyolojik değişiminin en fazla yaşandığı dönem olmasıdır. Cinsel kimlik ön plana çıkar ve cinsel organlarda değişime neden olur. Hormonlar üzerindeki değişiklikler ise beyni etkileyerek duygusal dalgalanmalara, davranış değişikliklerine ve bilişsel fonksiyonlarda değişimlere yol açar. Hemcinsleriyle arkadaşlıklar kurar. Anne babasından çok arkadaşlarıyla vakit geçirmeyi tercih eder.

Orta adölesan dönemi: Kızlar için 14-16, erkekler için 15-17 yaş arasıdır. Ergenin yaşanan bu değişimlere yavaş yavaş alıştığı dönemdir. Adolesanın aileden uzaklaştığı, çatışmaların ve olumsuz davranışların arttığı, çeşitli sorunlarla baş etmek zorunda kaldığı dönemdir. Bu çatışmaların temelinde bireyselleşme arzusu yatar. Bu nedenle adolesan için en zor dönemlerden biridir. Bunun yanı sıra bu dönemde eleştirel düşünme ve soyut kavramları algılama becerileri gelişir.

Geç adölesan dönemi: Kızlarda 16-18, erkeklerde 17-18 yaş arasıdır. Büyüme ve değişimin yavaşladığı yıllardır. Bu dönem adolesanın olgunluk seviyesine ulaşip yetişkin sorumluluklarını almaya hazır hale gelmesiyle sonlanır. Daha gerçekçi düşünmeye başlar ve mantık çerçevesinde hareket eder. İlgi alanlarının ve kapasitelerinin farkındadırlar. Gelecek ile ilgili düşünceler ve cinsellik konularına yoğunlaşırlar (18).

Ergenlikte Biyo-Fiziksel Gelişim

Kızlar erkeklerden önce ergenliğe girer ve ergenliği erken tamamlanır. Kızlarda adet kanaması erkeklerde ise erkek üreme organı ve testislerin erkek üreme hücresi yani sperm üretmeye başladığı (19), birincil cinsel değişiklikleri sekonder cinsel değişiklikler olarak ifade edilen bedensel değişiklikler takip eder. Kızlarda büyüme ilk menstruasyon kanamasına kadar çok hızlı iken sonrasında yavaşlamaya başlar. Bu durum erkekler için daha farklıdır. Bunun nedeni hormonlardaki farklılıklardır. Kıkırdakların kemikleşmesi

testosteron hormonuna oranla östrojen hormonunda daha hızlı gerçekleşmektedir. Erkekler yirmili yaşlara kadar uzayabilirken kızlar için bu süre ilk adet kanamasından birkaç yıl sonrasına kadardır. Adolesan genel olarak hızlı büyüme başladıktan sonra 6 yıl içerisinde yetişkinlikteki boy uzunluğuna sahip olur (20). Ayrıca sesin kalınlaşması, yüzde sivilceler ve siyah noktaların artması, ter bezlerinin çalışmasının artması, erkek çocuklarda yüzde bıyık ve sakalın çıkmaya başlaması gibi değişiklikler de ikincil cinsel değişiklikler olarak ortaya çıkmaktadır (19).

Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim

Bireyden bireye farklılık gösterebilir genellikle 11 yaşında başlar. Somut düşünmeyi yanı sıra soyut düşünmede başlar. Algılama, analiz ve mantıksal düşünebilme yeteneği gelişir.

Soyut düşünme kabiliyetinde etkisiyle adolesanlar daha fazla özgüvenli olur ve kendi fikirlerini diğer kişilerin fikirlerinden ayırt edemezler. Adolesan bu dönemde kazanmış olduğu bilişsel becerileri kullanarak hayatta karşılaşmış olduğu sorunları, karşılaştığı ilişkilerde yaşadığı problemleri sorgular (21).

Ergenler zihinsel gelişim ile birlikte sorunlarını çözmek için planlar yapar, çözüm için tüm alternatifleri düşünür ve bunları deneyerek çözüme ulaşmaya çalışır. Bu nedenle bu dönemde en çok desteklenmesi gereken konulardan biri problem çözme becerisidir.

Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri ergenin kimlik gelişimini tamamlamasıdır. Yaşanan çatışmalar, çözülemeyen sorunlar kimlik gelişiminde sorunlara yol açar.

Ergenlik dönemindeki psikososyal risk faktörleri ise bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üçe ayrılır. Bunlar;

Bireysel risk faktörleri; kronik hastalıklar, zor kişilik, düşük özgüven, madde bağımlılığı, davranım bozukluğu, bilişsel, dil veya motor becerilerindeki problemler, cinsiyet, güvensiz bağlanma, cinsel istismar ve sosyal ilişki becerilerinde yetersizliklerdir.

Ailesel risk faktörleri; eşler arasındaki çatışma, ebeveyn işsizliği, aile-çocuk arasındaki uyumsuzluk, anne babanın ayrılması, ölmesi veya adolesanın bir ebeveyn ile

hayat sürdürmesi, ebeveynlerin rahatsızlığı ya da psikopatolojisi, anne-babanın madde kullanımı, erken yaşta ebeveyn olma ve yetersiz ebeveynliktir.

Çevresel risk faktörleri; maddi imkânsızlıklar ve yoksulluk, toplumsal şiddet, akran reddi, bir yakının ya da arkadaşın kaybı, savaş ve doğal afet gibi toplumsal travmalar, evsizlik, okul düzeyinde stresli ve travmatik olaylar, düşük akademik başarı, kırsal alanda yaşamak ve toplumun gelişmişlik düzeyidir (22).

2.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkileri gün geçtikçe daha çok fark edilmeye başlanmıştır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite ve egzersiz ideal kilonun korunmasını, dayanıklılık, kuvvet ve esnekliğin artmasını sağlar. Ayrıca kronik rahatsızlıkların görülme olasılığını düşürdüğü de bilinmektedir. Bu yararlar yalnızca bireye özgü değil aynı zamanda toplumsal açıdanda dünyada giderek artan sağlık hizmetleri giderlerinin azalmasına katkı sağlamaktadır.

DSÖ fiziksel aktiviteyi iskelet kaslarının kasılması ile ortaya çıkan bazal seviye üzerinde enerji gerektiren; ev işi yaparken, oyun oynarken, çalışırken ve boş vakitlerde yaptığı aktiviteler de dâhil olmak üzere herhangi bir bedensel hareket olarak adlandırılmaktadır (23).

Fiziksel aktivite çoğu kez egzersiz ile aynı anlama gelecek şekilde kullanılsa da aslında farklı anlamlara gelmektedirler.

Literatüre bakacak olursak egzersizin anlamı için; daha önceden hazırlanmış bir program dâhilinde oluşturulan, amacı kişinin fiziksel yeterlilik ölçütlerini artırmak olan ve düzenli olarak tekrar edilen hareketlerin tamamıdır (24).

Fiziksel aktivite üç boyuttan oluşur. Bunlar şiddet, süre ve sıklıktır. Fiziksel aktivitenin tipi de diğer önemli bileşenlerden biridir. Mesleki faaliyetler, ev işleri (ör: yemek yapmak, temizlik), ulaşım (ör: koşma, bisiklet sürme) ve boş vakitlerde yapılan aktiviteler (ör: spor, oyun oynamak) fiziksel aktivitenin seçeneklerinin bir kısmıdır (25).

Sıklık ve süre; belirli bir zaman aralığındaki seans sayısını ve bu seansdaki ortalama dakikasını tanımlamaktadır. Örneğin haftada 2 gün, minimum 45 dakikalık fiziksel aktivite denildiği zaman aktivitenin sıklık ve süresini belirtmiş olur (26).

Şiddet ise aktivite esnasında harcanan enerji ile ilişkilidir. MET değeri, kcal, düşük veya yüksek şiddetli fiziksel aktivite ise tüketilen enerji miktarını bulmak için

kullanılan metotlardan bazılarıdır. İçlerinde en çok kullanılan metot ise metabolik eşdeğer (MET) yöntemidir (26). Bir metabolik eşdeğer kişinin dinlenme esnasında harcadığı bir dakikalık enerji miktarıdır. Tüketilen enerji hızı aktivitenin seviyesine şiddetine göre belirlenir. Birey aktivite sırasında ne kadar çok çalışırsa metabolik eşdeğeri de o kadar yüksek olur (26).

2.2.1. Fiziksel Aktivitenin Prevelansı

DSÖ tarafından yürütülmüş dünya genelinde çocuk ve adolesan sağlığı ile ilgili yapılan bir araştırmaya ülkemizde katkı sağlamıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre 11-15 yaş aralığındaki kızların ortalama %13'ünün, 11-15 yaş aralığındaki erkeklerin ise ortalama %22'sinin her gün minimum 1 saat orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir. Yine 11-15 yaş aralığındaki kızların ortalama %61'inin, 11-15 yaş aralığındaki erkeklerin ise %65'inin hafta içerisinde en az iki saat televizyon seyrettikleri görülmüştür (27).

Ülkemizde fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili yapılan geniş çaplı araştırmalar yeterli düzeyde değildir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması yayımlanmamış ön raporuna göre 12 yaş üzerindeki kişilerin %71.9'unun düzenli olarak egzersiz yapmadığı görülmüştür. 6-11 yaş aralığındaki çocuklarda ise bu yüzdenin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda pasif geçirilen (televizyon izlemek, bilgisayar oyunu oynamak, internette takılmak, ev ödevi yapmak) ortalama süre 6 saattir (28).

Hiç egzersiz yapmayanların oranı detaylı incelendiğinde ise erkeklerde 12-18 yaş aralığının da %43, 19-50 yaş grubunda %71, 75 yaş üzerinde ise daha da yükselerek %83.7'ye kadar çıktığı tespit edilmiştir. Kadınlarda da benzer şekilde hiç egzersiz yapmayanların oranı yaş ile birlikte artış göstermiştir. 12-18 yaş aralığının da bu durum %71, 19-30 yaş grubunda %76, 75 yaş üzerinde ise %88 olduğu tespit edilmiştir (28).

Çocuk ve adolesanlarda giderek artan pasif yaşam tarzı ve fiziksel aktivitedeki azalmanın önüne geçebilmek için Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılında "Sağlık İçin Global Fiziksel Aktivite Önerileri" raporunu yayımlamıştır. Bu öneriler de 5-17 yaş aralığında ki çocuk ve adolesanların günde en az 60 dakika orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivite yapmaları gerektiği belirtilmiştir (29). Amerikan Pediatri Akademisi de çocuklar ve adolesanlar için pasif geçirilen sürenin (televizyon seyretme, bilgisayar oyunları ve telefon da vakit geçirme vb.) bir günde 2 saatten daha az olması gerektiğini bildirmiştir (30).

2.2.2. Fiziksel Aktivitenin Önemi

Sağlıklı ve mutlu insanlardan oluşan bir toplumun oluşabilmesi için aktif bir yaşam tarzı seçilmeli ve fiziksel aktivite yaşamın bir parçası haline getirilmelidir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite kişinin hem daha dayanıklı, esnek olmasını sağlarken hem de kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltır.

Fiziksel aktiviteyi hayatın bir parçası haline getirmek için plan yapmaya gerek yoktur. İşe, okula, eve vs. giderken otobüs kullanılıyorsa 1-2 durak erken inmek, araba kullanılıyorsa uzağa park etmek ve kalan yolu yürüyerek geçirmek buna bir örnektir.

Ergenlik döneminde pasif geçirilen süreyi azaltmak için ise;

- Okulda beden eğitimi programları daha fazla desteklenmeli ve bu spor aktivitelerine katılmaları için cesaretlendirilmeli,
- Televizyon ve telefon başında geçirilen süre günde en fazla 2 saat olmalı,
- Ev işi yapmalarına izin verilmeli,
- Güvenli olan şartlarda gidiş gelişler için mümkün oldukça yürüyüş tercih edilmelidir.

Çalışma saatleri masa başında geçen mesleklerde de bilek, boyun ve bel ağrıları sürekli olarak yaşanmaktadır. Bu kişilerin fiziksel aktivitenin sağlığın geliştirilmesinde önemli bir araç olduğunun farkına varması ve Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesi ile her gün en az 30 dakika egzersiz yapması gerekmektedir.

Fiziksel aktivite koruyucu sağlık yaklaşımında önemli bir parçasıdır. Bireyin sağlıklı durumunun devamını sağlayan, yorgunluklara ve hastalıklara karşı direnci artıran bir aktivitedir. Fiziksel aktivitenin yokluğu erken ölümlerin artmasında bir risk faktörüdür.

Fiziksel aktivite esnasında vücutta bazı biyokimyasal değişikliklere de neden olur. Bu sırada salgılanan endorfin sayesinde psikolojik bir iyilik hali de oluşur.

2.2.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

DSÖ'nün 2019 yılı sağlık istatistiklerine göre en çok ölüme neden olan hastalıkların en başında dünyadaki toplam ölümlerin %16'sından sorumlu olan iskemik kalp hastalığı gelmektedir. 2019'da 8.9 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur. 2. sırada ise %11'lik pay ile inme, 3. sırada da %6 ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelmektedir (31).

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite verilerine göre; 2016'da 18 yaş ve üstü bireylerin yaklaşık 1.9 milyarı fazla kiloluydu, bunların 650 milyondan fazlası ise obezdi. 18 yaş ve üstü yetişkinlerinde %39'u fazla kilolu iken %13'ü obezdi. Ayrıca 5-19 yaş arası çocuk ve adolesanların 340 milyondan fazlası aşırı kilolu ya da obezdi. 2019'da ise 5 yaş altı çocukların 38 milyon fazlası kilolu veya obezdi (32).

Düzenli yapılan fiziksel aktivite bireyi kronik hastalıklardan koruyup sağlıklı halin devamını sağlar.

Fiziksel Aktivite ve Kardiyovasküler Hastalıkları

Cinsiyet, genetik faktörlerin yanı sıra beslenme, fiziksel aktivitede kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür.

2009-2013 yıllarında Finlandiya'da 3629 ergen erkek üzerine yapılmış bir çalışmada fiziksel aktivitenin kardiyak otonomik fonksiyon ile ilişkisi incelenmiş ve pozitif ilişkili olarak bulunmuştur. Sonuçlar, genç yaşta kalp sağlığı için fiziksel aktivitenin önemini vurgulamaktadır (33).

Buttriss ve Hardman'ın kardiyovasküler hastalıklardan korunmada fiziksel aktivitenin rolü ile ilgili bulguları derlediği çalışmalarında fiziksel aktivite erkek ve kadınlarda kalp hastalığına karşı en önemli bağımsız faktör olarak belirlenmiştir. İnaktif bireylerin iki kat risk altında olduğu bulunmuştur (34).

Birçok araştırmaya göre, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini belirlemede önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir. Ayrıca yüksek yoğunluklu lipoproteinde 15 mg/dL'lik bir artış koroner arter hastalığı riskini %22 azalttığı saptanmıştır (35). Bu doğrultuda aerobik egzersizlerin dislipidemi üzerinde iyileştirici etkide bulunduğu, enerji tüketimiyle ilişkili olarak trigliseridde azalma, HDL'de artış sağladığı belirtilmektedir (36).

Fiziksel Aktivite ve Obezite

Türkiye'de obezite prevalansını araştıran ilk kapsamlı çalışma Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması olmuştur. Türkiye'nin yedi bölgesinden rastgele seçilen 59 şehirde yürütülen bu çalışmaya göre 1990 yılında yetişkinlerde obezite prevalansı %18.6'dır. On yıl sonra 2000 yılında ise %17.7'lik rölatif bir artış göstererek %21.9'a yükselmiştir. Sonuç olarak obezite Türkiye'de de ürkütücü bir sağlık problemi olarak giderek artmaktadır (37).

Televizyon izlemek, bilgisayar ve telefon kullanmak gibi inaktif davranışlar çocuklar ve ergenlerde obezite ile pozitif ilişkili olduğu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (38).

Fiziksel Aktivite ve Diyabet

Dünya Sağlık Örgütü 2019 verilerine göre diyabet, 2000'den bu yana %80'lik bir artışla ölüme neden olan hastalıklarda ilk 10 da yer alan ayrıca erkek ölümlerindeki en büyük artıştan da sorumlu olan kronik bir hastalıktır (31).

Düzenli yapılan fiziksel aktivite kan şekerinin düzenlenmesini sağlar. Vücuttaki glukoz egzersiz esnasında ve sonrasında kas dokuları tarafından hızlıca tüketilerek glisemik seviyede düşüş sağlar. Fiziksel aktivite vücut ağırlığı kontrolünü geliştirerek tip 2 diyabet riskini azaltabilir (39).

Fiziksel Aktivite ve Kanser

Dünya Sağlık Örgütü 2019 verilerine göre trakea, bronş ve akciğer kanseri ölümleri 1.8 milyona yükselerek şu anda önde gelen ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer almaktadır (31).

Bu konuda Lee'nin hazırladığı derleme çalışmasına göre özellikle meme ve kolon kanserlerinde bu etkinin görüldüğü belirtilmektedir. Lee'nin derlemesinde çıkardığı sonuç fiziksel olarak aktif olan kadın ve erkeklerde kolon kanseri gelişme riski %30-40, kadınlarda ise meme kanseri gelişme riski %20-30 azalmaktadır (40). Fiziksel aktivitenin azalmış göğüs kanseri riskiyle ilişkili olduğunu doğrulayan bir başka çalışmada, fiziksel aktivitenin yaşam boyu yararlı etkisi olduğu ancak en çok yararlı olan aktivitelerin 14-20 yaşlarında yapılan rekreasyonel aktivitelerin olduğu belirtilmektedir (41).

Düzenli yapılan egzersiz ve aktivite kişilerin gelişen sağlık süreci için son derece önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda bireylerin gen yapısı ile hareketsiz yaşamın birbirine uyum sağlayamadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra egzersiz kanser popülasyonları için şikâyetleri azaltmak, ilaçların yan etkilerini ve radyasyonun yıpratıcı etkilerini indirmek için başvurulacak yöntemlerden biridir. Ayrıca egzersizin birçok türdeki kanser üzerinde de önleyici etkisi bulunmaktadır (42).

Fiziksel Aktivite ve Kemik Sağlığı

Osteoporoz, D vitamin eksikliği ve kemik mineral yoğunluğunun dūşmesiyle ortaya çıkan bir kemik hastalığıdır. Kemikler daha kırılğan bir hale gelir ve halk arasında kemik erimesi olarak bilinir. Çocuklarda ise bu durum raşitizm olarak tanımlanmaktadır. Sedanter yaşam tarzı, genetik yatkınlık, yetersiz beslenme, yař ve cinsiyet gibi nedenlere bağlı olarak görülebilir. Kemik sağlığı bireyin bağımsız olarak işlevlerini yerine getirebilmesi için önemli bir ölçüttür. İlerleyen evrelerde kemik erimesi hayat kalitesinin dūşmesine, kemiklerin kırılma riskinin artmasına ve sakatlıklara yol açabilir (43).

Yapılan araştırmalarda yapılan fiziksel aktivitenin kemik mineral yoğunluğunda ve kemik kütlesinde artış sağlayarak kemiklerin güçlenmesine ve osteoporozun nlenmesine yardımcı olduğu tespit edilmiştir (43). Ayrıca dengenin, koordinasyonun sağlanmasına da yardımcı olarak osteoporozdan kaynaklı kırık riskini de azaltır.

Düzenli yapılan fiziksel aktivite kas iskelet sisteminin sağlıklı bir şekilde çalışmasını sağlamaktadır.

2.2.4. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yararları

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkilerinden dolayı dünya genelinde fiziksel aktivite ile ilgili öneriler sunulmaya başlanmıştır. İlk kanıtlar 1995'te CDC (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi) ve ACSM (Amerikan Spor Hekimliği Derneği) tarafından yayınlanmış ve sonrasında ortaya çıkan bilimsel verilerle birlikte yeni öneriler de sunulmuştur. İlk neri "Yetişkinler günde en az 30 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmalıdır" şeklinde (44). Sonrasında birçok ülke tarafından benimsenen bu öneri farklı adlarda "Ulusal Fiziksel Aktivite" klavuzları olarak hazırlanmış ve benzer öneriler sunulmuştur. Bu klavuzlarda genel olarak kronik hastalıkların azaltılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ne kadar süre ve şiddette fiziksel aktivite yapılması gerektiği belirtilmiştir (45).

Fiziksel aktivitenin dünya genelinde hem bireysel hem de toplumsal olarak artırılması için girişimde bulunulması gerektiği belirtilmiştir. Dünya Sağlık rgt de bu duruma vurgu yaparak dünya genelinde ülkelerin %80'inin bunun için düzenlemeler yaptığını ve %56'sının da bu düzenlemeleri uygulamaya koyduğunu belirtmiştir (46).

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri vardır. Hastalıklardan korumanın yanı sıra tedavilerde de olumlu etkileri olduğu bilinmektedir.

Sağlığımız üzerine etkileri ise şu şekilde özetlenebilir;

- Kas kuvvetinin geliştirilmesini sağlar.
- Daha sağlıklı kemik ve eklem yapısı üzerine pozitif etkileri sayesinde vücut düzgünlüğü ve farkındalığını artırarak bedeni ile barışık, özgüvenli bir birey olmasını sağlar.
- Pozitif düşünme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir.
- Vücut postürünün korunmasını sağlar.
- Halsizlik ve bitkinliğin azaltılmasını sağlar.
- Kalbin ritmini düzenler.
- Kalbin güçlenmesini sağlayarak dolaşımı hızlandırır ve kalp krizi geçirme riskini azaltır.
- Solunum kapasitesinde artış sağlar.
- Sigara bağımlılığından kurtulma konusunda düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler inaktif bireylerden daha başarılı olmaktadır.
- Vücudun ihtiyacı olan su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur.
- Metabolizmayı hızlandırarak yağ yıkımını artırır ve kilo alımını önler, sağlıklı kilonun devamlılığını sağlar.
- Fiziksel aktivite sayesinde kan akışının artışına bağlı olarak erken demans (bunama) ve unutkanlık gelişime riski azalır.
- Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır.
- Düzenli fiziksel aktivite insülin direnci kontrolünü sağlayarak diabet hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur.
- Kendini daha iyi hissetmesine ve mutlu olmasına yardımcı olur (47).

2.2.5. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi

Fiziksel aktivite düzeyi belirlenmeden önce göz önünde bulundurulması gereken dört unsur vardır.

A. Fiziksel Aktivitenin Türü: Aerobik (yorulmadan yapabilme becerisi), kuvvet (dirence karşı koyma becerisi), esneklik (eklemlerin farklı yönlerde geniş açılarda hareket etme becerisi), ve denge (düzgün durabilme becerisi) olmak üzere dört başlıkta ele alınabilir (46).

B. Fiziksel Aktivitenin Şiddeti: Herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmek için gerekli olan çaba ve enerjinin büyüklüğü anlamına gelir. Aktivitenin şiddeti mutlak veya göreceli olarak ifade edilebilir. Mutlak şiddet: yapılan işin oranı ile belirlenir. Bu da fizyolojik cevap (nabızın artması vb.), enerji tüketim oranı (ml/kg/dk oksijen tüketimi veya Metabolik Eşdeğer (MET) ya da kCal/dk), veya aktivite hızı (saatteki yürüme veya koşma hızı vb.) olarak ifade edilir. Göreceli şiddette ise bireyin kapasitesi göz önüne alınarak hesaplanır. Aerobik aktivite için göreceli şiddet, bireyin maksimum oksijen kapasitesi, oksijen tüketimi, rezerv yüzdesi veya bireysel maksimal kalp hızının yüzdesi olarak ifade edilebilir. Ayrıca egzersiz sırasında kişinin hissettiği zorluk derecesi (0-10'luk bir skala üzerinde) de denilebilir (46).

C. Fiziksel Aktivitenin Sıklığı: Yapılan aktivitenin tekrar sayısıdır. Genellikle set, seans veya defa ile ifade edilir (46). Aktiviteler dereceli olarak artırılmalı ve sürekli yapılmalıdır.

D. Fiziksel Aktivitenin Süresi: Aktivitenin yapıldığı zaman dilimidir. Genellikle dakika ile ifade edilir. Erişkin bireylerde sağlığın kazanılması ve sürdürülmesi için haftada en az 150 dakika süreli orta şiddetteki aktiviteler önerilmektedir (46). Fiziksel aktivitenin şiddeti, süresi, sıklığı yaş gruplarına göre değişiklik gösterir.

DSÖ'nün farklı yaştaki kişilerin yapmasını tavsiye ettiği fiziksel aktivite seviyeleri ise şu şekilde belirtilmiştir;

5-17 yaş arası çocuklar ve adolesanlar:

- Her gün en az 60 dakika orta ve yüksek şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapmalıdır.
- Günlük 60 dakikadan fazla yapılan fiziksel aktivite ek olarak yarar sağlar.
- Haftada en az üç kez kas ve kemiği güçlendirecek aktiviteler yapılmalıdır.

18-64 yaş arası yetişkinler:

- Haftada minimum 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite ya da en az 75 dakika yüksek şiddette fiziksel aktivite veya her ikisinin eşdeğer bir kombinasyonu yapılmalıdır.
- Sağlık üzerindeki faydalarına ulaşmak için ise hafta da en az beş saat orta şiddetli fiziksel aktivite yapılmalıdır.
- Haftada iki veya daha fazla gün büyük kas gruplarını içeren kas güçlendirici aktiviteler yapılmalıdır.

65 yaş ve üstü yetişkinler:

- Hafta boyunca en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya en az 75 dakika yüksek yoğunluklu fiziksel aktivite ya da her ikisinin eşdeğer bir kombinasyonu olmalıdır.
- Sağlık üzerindeki faydalarına ulaşmak için ise hafta da en az beş saat orta şiddetli fiziksel aktivite yapmak gerekir.
- Hareket ve denge kabiliyeti zayıf olanlar bunu geliştirmek ve düşmelerini önlemek için haftada üç veya daha fazla gün fiziksel aktivite yapmalıdır.
- Haftada iki veya daha fazla gün, büyük kas gruplarını içeren kas güçlendirici aktiviteler yapılmalıdır (4).

Fiziksel Aktivite Tipleri

Fiziksel aktiviteler amaçlarına göre gruplara ayrılmıştır. Bunlar:

- a) Dayanıklılık Artırıcı Fiziksel Aktiviteler: Orta veya yüksek seviyede aerobik temelli aktivitelerdir. Tenis oynama, koşu, uzun süreli yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi aktiviteler bu kategoriye girmektedir.
- b) Kas Güçlendirici Fiziksel Aktiviteler: Bu tarz aktiviteler kasların direnç ve zorluklara karşı koyma yeteneğini artırmak için yapılır. Jimnastik, pilates, mekik çekme, halter kaldırma gibi aktiviteler örnek verilebilir.
- c) Kemik Güçlendirici Fiziksel Aktiviteler: Bu tip egzersizler ise kemiklerin dayanıklılığını artırmak ve vücuda denge sağlamak için yapılır. Yürüyüş, squat, yüzme ve dans gibi aktiviteler bu grupta yer almaktadır (48).

2.2.6. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Fiziksel aktivite davranışına etkisi olan, aktivitelere katılmayı kolaylaştıran veya katılımı engelleyen faktörlere fiziksel aktivitenin belirleyicileri denir. Fiziksel aktivitelerin belirleyicileri biyolojik, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklanabilir. Sallis ve Owen (49) fiziksel aktivitenin belirleyicilerini teorik olarak; ruhsal, bilişsel ve emosyonel unsurlar, davranışsal nitelikler ve beceriler gibi birçok faktör olarak sınıflandırmıştır.

- 1) Demografik ve biyolojik faktörler: Irk, eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek, obezite, cinsiyet, sağlık durumu, yaralanma öyküsü, sosyoekonomik durum vb. faktörlerdir (49). Medeni halin fiziksel etkinlik üzerinde pozitif yönde etkili olduğunu söyleyen araştırmalar kadar, negatif yönlü etkisini söyleyen araştırmalarda mevcuttur (50).
- 2) Psikolojik, bilişsel ve emosyonel faktörler: Aktif olma isteği, egzersizden keyif alma, istenen faydalar, motivasyon, kendine güven, stres, ruhsal durum bozukluğu, egzersizin sağlık üzerine etkisi konusunda bilgi birikiminin az olması vb. faktörlerdir.
- 3) Davranışsal nitelikler ve beceriler: Çocukluk ve gençlik dönemindeki aktivite hikâyesi, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, beslenme alışkanlıkları, okul sporları, geçmiş egzersiz programları, zorluklarla baş edebilme becerisi vb. özelliklerdir.
- 4) Sosyal ve kültürel faktörler: Aile ve arkadaşların sosyal desteği, sosyal sınıf, grup uyumu, bireyin çevresindeki kişilerin spora katılımı, çocuklar ve adolesanlarda beden eğitimi dersleri vb. faktörlerdir.
- 5) Fiziksel çevre faktörleri: Hizmetlerden yararlanabilme, rekreasyonel alanların varlığı ve bu alanların ulaşılabilirliği, fiziksel aktivite yapılacak yerin durumu maliyet, ev donanımı, mevsim ve hava koşulları, güvenlik, ışıklandırma, trafik, başıboş köpekler, suç işleme oranları vb. etkenlerdir.
- 6) Fiziksel aktivitenin özellikleri: Aktivitenin tipi, sıklığı, şiddeti, süreyi içerir (49).

2.2.7. Adolesan Dönemde Fiziksel Aktivite

Ergenlik dönemi fizyolojik ve anatomik değişikliklerinin yüksek seviyede yaşandığı bir dönemdir. Düzenli yapılan fiziksel aktivite çocuk ve ergenlerin sağlıklı

büyümesine sosyalleşmesine, sağlıklı halin sürdürülmesine yardımcı olur. Bunun yanı sıra vücudun aşırı kullanımını vücut yaralanmalarına da yol açabilir. Ayrıca aşırı yüklenmeler vücuttaki büyüme plakları henüz kapanmadığından dolayı büyümeyi olumsuz etkiler. Bu nedenle egzersiz programını düzenlerken dikkat edilmesi gerekmektedir.

Bu dönemde ağırlık sporlarından çok, vücut ağırlığı kullanılarak yapılan sporlar ve egzersizler tavsiye edilmektedir. Çocuklar ve ergenlere fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmalı, kendi istedikleri spor dalları göz önünde bulundurularak kış sporları, basketbol, yüzme, voleybol, yürüyüş, bisiklet, yavaş tempolu koşu, jimnastik gibi sporlar bu yaş grubuna önerilebilir (2).

Tablo 2.2. Türkiye’de Dünya Sağlık Örgütü’nün fiziksel aktivite önerilerini yerine getirme durumunun dağılımı, TBSA 2017

	Erkek			Kadın			Toplam		
	N	%	%95GA	N	%	%95GA	N	%	%95GA
Fiziksel Aktivite 15-17 yaş grubu									
Önerileri yerine getirmeyenler	23	16,6	10.1-26.1	63	42,3	33.8-51.4	86	28,2	22.5-34.6
Önerileri yerine getirenler	132	83,4	73.9-89.9	85	57,7	48.6-66.2	217	71,8	65.4-77.5
TOPLAM	155	100	100-100	148	100	100-100	303	100	100-100
18-29 yaş grubu									
Önerileri yerine getirmeyenler	197	21,5	18.4-25	598	45,1	41.16-48.6	795	33,2	30.8-35.8
Önerileri yerine getirenler	715	78,5	75-81.6	645	54,9	51.4-58.4	1360	66,8	64.2-69.2
TOPLAM	912	100	100-100	1243	100	100-100	2155	100	100-100

Tabloda görüldüğü üzere; Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık için sunulan fiziksel aktivite önerilerini yerine getirme durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Türkiye de 15-17 yaş aralığında önerileri yerine getirenlerin oranı %71.8 iken 18-29 yaş aralığında ki grupta ise %66.8’dir. Cinsiyet açısından bakacak olursak kadınların erkeklere oranla çok daha azının sunulan fiziksel aktivite önerilerini yerine getirdiği görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü fiziksel aktivite önerilerini yerine getirenlerin dağılımının yaş ilerledikçe daha da düştüğünü bildirmiştir.

2.2.8. Adölesan Dönemde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapmanın Önemi

Fiziksel aktivite ve egzersiz çocuk ve adölesan dönemde bilişsel, akademik hayat ve ruh sağlığı üzerine pek çok etkileri bulunmaktadır.

Fiziksel Aktivite ve Zihinsel Gelişim

Birçok çalışmada düzenli yapılan fiziksel aktivitenin beyin üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür.

Okul öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada yapılan fiziksel aktivitenin zihinsel verimliliklerini pozitif olarak etkilediği saptanmıştır. Çalışmada zihinsel performans akıl katsayısı ve başarı gibi birkaç düzeyde ele alınmıştır. Zihinsel verimlilik ve fiziksel aktivite arasındaki bağlantıyı inceleyen ve aralarında pozitif bir ilişki olduğunu tespit eden birçok çalışma bulunmaktadır. Yine başka bir çalışmada bireyin davranışları, zihinsel gelişim ve fiziksel aktivite arasında bağlantıya bakılmış ve fiziksel aktivitenin hem adolesanlar hem de yetişkinlerde zihinsel gelişimi pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir (51).

Fiziksel aktivite sayesinde kan dolaşımı hızlanarak daha fazla oksijenin beyne ulaşması sağlanır. Böylece dolaylı yoldan zihinsel gelişimi etkilemektedir.

Fiziksel Aktivite ve Akademik Hayat

Çalışmalar fiziksel aktivite ve akademik hayatın genellikle birbirine paralel olduğunu göstermektedir.

Yapılan başka bir çalışmaya göre beden eğitimi dersine daha çok katılım sağlayan öğrencilerin derslerine de daha fazla konsantre oldukları saptanmıştır. Ayrıca ekonomik durumun düşük olduğu bölgelerde yaşayan öğrencilerde fiziksel aktiviteye daha çok katılım sağlayanların devamsızlıklarının giderek düştüğü saptanmıştır. Şimdiki çalışmalarda fiziksel aktivitenin öneminin farkına varan bireylerin daha çok egzersiz yaptığı tespit edilmiş ayrıca bireyin psikolojisini de olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir (52).

Bunun yanı sıra ergenlerde yapılmış bazı çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Örneğin fiziksel aktivite ve akademik başarı arasındaki ilişki 255 ergende değerlendirilmiş ancak anlamlı bir doz-yanıt ilişkisi bulunmamıştır (53).

Fiziksel Aktivite ve Mental Sağlık

Fiziksel aktivitenin fizyolojik sağlığa katkısı olduğu kadar ruh sağlığına da katkısı bulunmaktadır.

Günümüzdeki adolesanların geçmişteki adolesanlara oranla daha fazla ruhsal sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Yapılmış birçok çalışma fiziksel aktivite, egzersiz

veya herhangi bir spor alanına yönelmiş adolesanların daha az ruhsal sorunlar yaşadıklarını ve daha sağlıklı bir psikolojiye sahip olduklarını belirtmiştir (54).

Psikolojik problemleri olan kişiler için fiziksel aktivitenin birçok yararı olduğu görülmüştür. Düzenli yapılan spor ve egzersiz bireyin hayat kalitesinin artmasına, psikolojik semptomların azalmasına ve daha olumlu bir ruh sağlığına kavuşmasına yardımcı olmaktadır. Fiziksel aktivitenin psikolojik hastalıklar üzerine etkisini inceleyen birçok araştırmada yapılan fiziksel aktivite ve egzersizin anksiyete, depresyon, bipolar bozukluk ve demans belirtilerini azalttığı ve ilerlemesini yavaşlattığı belirtilmiştir (55).

Almanya da egzersiz yapan ve yapmayan lise öğrencileri arasında bir araştırma yürütülmüştür. Katılım sağlayan 1000 lise öğrencisinde egzersiz yapan öğrencilerin yapmayanlara oranla daha çok özgüvenli oldukları tespit edilmiş ve madde bağımlılığının daha az görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca depresyon puanlarının da daha düşük olduğu görülmüştür (56).

Sonuç olarak yapılan birçok çalışma düzenli yapılan fiziksel aktivitenin çocukluk ve adölesan dönemde akademik başarıyı artırdığı, zihinsel gelişime katkı sağladığı, depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarının iyileşmesiyle ilgili olduğu saptanmıştır.

2.3. Adölesan Dönemde Depresyon

Depresyon klinik depresyon veya major depresif bozukluk olarak da bilinir. Depresyon psikolojik bir bozukluk olup nedeni, belirtileri, evreleri ve sonuçları vardır (57). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon; sürekli olarak devam eden üzüntü, umutsuzluk hisleri, uyku ve yemek yeme isteğinde değişiklikler, halsizlik, kendini önemsiz hissetme duygusu, daha yavaş hareket etme, ilgi ve zevk kaybı ile birlikte bireyin günlük hayattaki sorumluluklarını yerine getirememesine neden olan yaygın bir ruhsal bozukluktur. Ayrıca dünya genelinde 264 milyondan fazla insanı etkilemektedir (12).

Depresyonun özellikleri her ne kadar insan üzerindeki etkileri farklı olsa da çocuklarda, adolesanlarda ve yetişkinlerde benzerlik göstermektedir.

DSM-IV-TR (2001)'ye göre depresyonun belirtileri;

- Değersizlik ya da suçluluk duyguları,

- Tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ve keyif alamama,
- Önemli düzeyde kilo kaybı veya kilo alımı,
- Neredeyse her gün uykusuzluk yaşama veya günün büyük bir bölümünü uyuyarak geçirme,
- Neredeyse her gün ve günün büyük bölümünde depresif ruh hali,
- Diğer insanlar tarafından da görülebilen, neredeyse her gün yaşanan psikomotor ajitasyon veya retardasyon
- Enerjinin düşmesi ve yorgunluk,
- Adaptasyon güçlüğü ve belli bir konu üzerinde yoğunlaşmama,
- Sürekli yineleyen ölüm ve intihar düşünceleri şeklinde bildirilmiştir.

Bunlarla birlikte psikolojik problemleri olan adolesanların öfke eşikleri düşük olur ayrıca aile ve çevresinden uzaklaşarak akademik anlamda performansında düşüşler yaşanır (58). Adolesan içinde bulunduğu dönemin özelliklerini de daha hızlı ve daha yoğun yaşayabilir. Duygu ve düşüncelerinde belirgin dalgalanmalar ve karşılıklı ilişkilerinde ani değişiklikler gösterebilir. Ani kararlar verebilir, daha alıngan olabilir ve abartılı yargılama görülebilir. Gelişme ve olgunlaşmanın yaşandığı çocukluk ve adolesan dönemde yaşanan depresyon kişinin işlevselliğini etkilemektedir (59).

Depresyon tanısı olan çocuk ve adolesanların katıldığı bir araştırmanın sonuçlarına göre çocuklarda içe kapanma ve ayrılma anksiyetesi bozukluğunun daha yoğun yaşandığı gözlemlenmiştir. Ağlama nöbetleri, uyku düzeninde değişiklik ve ağrı gibi fiziksel şikâyetlerin kızlarda daha sık yaşandığı saptanmıştır. Adolesanlarda ise ümitsizlik, huzursuzluk, kendini değersiz görme, okul başarısında düşüş, içe kapanma, ilgi azlığı, hayattan zevk alamama ve intihar düşünceleri ile girişimlerin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kız adolesanlar da yemek yeme isteğinde azalma, suisid ve kendine zarar verme düşünceleri erkek adolesanlara oranla daha çok görüldüğü belirtilmiştir (60).

Ergenlik döneminde depresyon ve anksiyetenin görülme oranının artmasının nedeni bu dönemde yaşanan duygusal ve bilişsel gelişimlerden kaynaklı olabilir. Ergenler bu dönemde duygusal açıdan daha yoğun üzüntü hissi yaşama ve bunu sürdürme becerisini elde ederler. Bilişsel açıdan bakıldığında da daha olumsuz düşünebilmeye, ümitsizliğe ve bunu ilerleyen dönemlere aktarmaya başlarlar. Kendi karakterleri hakkında yorumlar yaparak önemsiz ve beceriksiz olduklarına inanırlar (61).

Adolesandan beklentiler arttığı için bu dönemde ergenin daha fazla sorumluluk üstlenmesi gerekebilir. Bu sorumlulukları yerine getirme konusunda başarılı olamayan ergenler bazı psikolojik sorunlar yaşayabilirler (62).

Ergenlik döneminde birey benlik kavramında ciddi değişiklikler ve kimlik karmaşası yaşar. Bu durumda yeniden oluşturulmaya çalışılan psikolojik dengenin bozulmasına ve sonucunda önlenemeyen duygusal dalgalanmalara yol açar (60).

2.3.1. Adolesanda Depresyon Nedenleri

Depresyon da genetik yatkınlığın yanı sıra birçok faktör rol oynamaktadır. Ergen depresyonunda da biyolojik, ailesel ve çevresel etkenler olarak incelenebilir.

Biyolojik Faktörler

Ergen depresyonunun kalıtsal yanını araştırmak için aile, ikiz çocuk ve evlat edinme çalışmaları uygulanmıştır.

İkiz çocuk ve evlat edinme araştırmaları kalıtsal faktörlerin mizaç bozuklukları ve kişilik niteliklerinin aktarılmasında %50 etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Aile temelli çalışmalarda depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarında psikopatoloji oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hem anne hem de babada olduğu durumlarda ise bu oran daha da artmaktadır. Kalıtsal faktörlerin rol aldığı durumlarda depresyon farklı zamanlarda farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Depresif çocuk ve adolesanlar ile yapılan araştırmalarda birinci derece akrabalarında depresyon görülme oranlarını %20-46 arasında olduğu saptanmıştır. Depresyonun erken başladığı vakalar da ise akrabalarında depresyon görülme oranı en yüksektir (63).

Thapar ve McGuffin ikiz çalışmalarının sonucunda çocukluktan ergenliğe geçişte genetik faktörlerin etkisinin daha çok görüldüğü ve paylaşılan çevrenin etkisinin ise giderek düştüğünü belirtmişlerdir (64).

Adolesan dönemde depresif bozukluk görülme sıklığının artması hormonlar üzerindeki farklılaşmaya da dikkati çekmiştir. Öne sürülen hipotezlerde östrojen ve testosteronun beynin işlevlerini etkilemesi, oluşan değişikliklerin sosyal davranışları değiştirmesi, erken cinsel değişimde kız adolesanların toplum standartlarıyla uyumaması yer alır. Bunları sadece hormonal değişikliklere bağlamamak gerekir ama hormonların vücut ve beyin üzerindeki etkisini öğrenmek tehlike altında ki adolesanları korumada etkili olabilir (65).

Ailesel Faktörler

Uygun olmayan aile ortamı depresyon, özkıyım düşünceleri ve özkıyım girişimleri riskini arttırmaktadır. Aile yapısı ve fonksiyonu, özellikle emosyonel destek azlığı özkıyım davranışıyla bağlantılı bulunmuştur. Depresyonu olan ergenlerin ailesi ile olan ilişkisinde daha çatışmalı, kabullenmeyen dışlayıcı bir tavır takınma eğiliminde olurlar. Artan çatışmalarda depresyonun tekrarlaması riskini artırır. Aile çatışmaları ebeveynin ergendeki olumsuz davranışını kontrol etme girişimlerinin sonucunda da ortaya çıkabilir. Adolesanda depresyon riskini artıran diğer ailesel faktörler sosyal desteğin azlığı, ebeveynin ayrılması, kalabalık aile, herhangi bir üyesinde madde bağımlılığı olması ve zorbalıktır. Cinsel olarak istismara uğramış olma depresyon riskini artırır. Bu ailelerde genel işlev bozukluğu da eşlik etmektedir (63).

Çevresel Faktörler

Ergenler çevresindeki kişilerin destekleri olmadan yaşadıkları stresi atlattmada pek başarılı olamazlar. Utangaç, kaygılı ve bağımlı çocuk ve ergenlerde depresyon riski artmaktadır.

Karşılıklı ilişkilerdeki diğer risk faktörleri kaçınmacı bağlanma ve aşırı onay beklentisidir. Yapılmış bazı çalışmalarda kaçınmacı bağlanmanın depresif belirtilerle ilişkili olduğu ve kaçınmacı bağlanması olan ergenlerin karşılıklı ilişkilerinde daha çok strese girdikleri görülmüştür. Ebeveynin depresyon semptomlarının artması adolesanın da depresyon semptomlarının artmasına yol açtığı tespit edilmiştir. Ebeveyn mesafeli davrandığında adolesanda uzaklaşmış olur (66, 67).

Adolesan depresyonunda etkili olan diğer bir risk faktörü ise kronik hastalıklar, bedensel rahatsızlıklar ve yaşanmış sağlık problemleridir. Yapılmış bir araştırmaya göre erken yaşta gebe kalan adolesan kızların depresyon puanları doğum öyküsü olmayan adolesanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (68).

2.4. Adolesanlarda Fiziksel Aktivitenin Depresyona Etkisi

Fiziksel aktivitenin sağlık ve psikoloji üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar son zamanlarda giderek artmaktadır. Yapılan araştırmaların birçoğunun sonucunda yapılan egzersiz ve fiziksel aktivitelerin depresif belirtileri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Anksiyete ve depresyon ergenlerde oldukça yaygın görülen bir ruh sağlığı problemidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 9-17 yaş arası adolesanların yaklaşık

%5'i, aşırı işlev bozuklukları ile ilişkili gelişimsel depresyon tanısı almakta ve bu yaşlarda antidepresan kullanımı giderek artmaktadır (69).

Çocuklarda ve ergenlerde önemli oranda karşılaşılan ruhsal bozukluklar ve intihar oranları bunun önemli bir sorun olduğunu ve bunun ortadan kaldırılması konusunda çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar fiziksel aktivitenin mental sağlığa iyi geldiğine dair kanıtlar sunduğu için depresyon ve anksiyeteden korunma açısından kullanılabilir.

Ülkemizde ise yapılan araştırmalarda ergenlerde can sıkıntısı, dikkat eksikliği, bedensel yakınmalar, yaşlıları ile anlaşamama, sinirlilik, baş ağrısı, aşırı yeme ve uyuma, okul da başarısızlığın artması, tırnak yeme, içe kapanıklık ve kardeş kıskançlığı gibi ruhsal problemlerden şikâyet edildiği saptanmıştır (70). Bu problemlere yönelik etkili bir tedavi sunulmadığında ergen veya çocuğun hayattan izole olmasına ve intihar düşüncelerinin artmasına neden olmaktadır.

Fiziksel aktivitenin olumlu düşünce ve beklentiler ile bağlantılı olduğu, bireyin kendisine verdiği değerin ve psikolojik iyilik halinin artmasını sağladığı gözlemlenmiştir. Özellikle adolesanlarda fiziksel aktivite, psikolojik sağlık problemleri ile suicid düşünce ve girişimlerinin görülme oranını düşüren bir yöntem olarak önerilebilir (71).

Spora katılım daha kırılgan kişiliğe sahip olan çocuklarda tedavi edici etkiye sahip olabilir. Arkadaş, akraba grubu, anne, baba, öğretmen ve toplumdan olumlu geri bildirim almak kendine olan güvenin artmasını sağlamaktadır. Spora katılımlarını sağlamak diğer etkilerin yanı sıra gençlerin yeteneklerini ortaya çıkarmalarına ve bunları en iyi şekilde kullanmalarına yardımcı olabilir (72).

İlaç kullanamayan veya maddi imkânsızlıklardan dolayı alamayan kişiler için fiziksel aktivite çok daha az maliyetli ve istenmeyen etki açısından ilaçlara oranla daha az olması nedeniyle daha etkili bir tedavi şekli olarak uygulanabilir (73). Fiziksel aktivitenin psikoloji ile ilişkisi arasında ki bağlantı tam olarak bilinmese de bazı ihtimaller öne sürülmektedir. Bu ihtimaller ise biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik olarak üç grupta sınıflandırılabilir. Bunlar:

- a) Artan vücut ısısı ile oluşan değişiklikler,
- b) Endorfin salınımında artış,
- c) Santral sinir sistemine bağlı serotonerjik değişiklikler,

- d) Nörokimyasal etkileşimler,
- e) “Daha iyi hissediyorum” düşüncesine bağlı olarak bireyde meydana gelen değişiklikler (pozitif düşünme ve negatifiklerden uzaklaşma, daha fazla sorumluluk almakla birlikte özsaygı da artış, kendisini daha iyiye taşımak için çaba harcama) (74).

Bu etkilere bağlı olarak fiziksel aktivite ile birlikte beden rahatlamaya ve gevşemeye başlar, üretilen hormonlar sayesinde birey daha pozitif hisseder ve depresif belirtiler de azalma görülür (75).

Yapılmış olan kesitsel bir araştırmada sürekli olarak ya da haftada birkaç gün egzersiz yapanlar ile nadiren ya da hiç egzersiz yapmayan adolesanlar arasında suicid davranışları ve girişimleri açısından kıyaslama yapılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre özkıyım girişiminin sürekli egzersiz yapanlara oranla nadiren egzersiz yapanlar ya da hiç yapmayanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür (76).

Yapılan spor ve egzersizler bireyin özsaygını ve kendisi hakkındaki olumlu düşünceleri artırır. Bu durumda fiziksel aktivitenin önemli amaçlarından biridir. Düzenli olarak egzersiz ve spor yapan çocuk ve ergenlerde değerli hissetme duygusu, özsaygı ve özyeterlilik hislerinde artış görülür. Ayrıca ruhsal açıdan iyi oluşun arttığı belirlenmiştir (74). Bu durumun fiziksel aktivitenin iskelet sistemi üzerindeki pozitif etkilerinden dolayı oluşabileceği düşünülebilir. Bu sayede çocuk ve adolesanlar arasında farkındalık artar, dış görünüşlerinden daha memnun olurlar, kendileriyle barışık ve daha huzurlu hisseden bireyler olurlar. Ayrıca yapılan fiziksel aktivite benlik kavramının devamlılığını da olumlu etkiler. (77, 78).

2.5. Adölesanlar da Fiziksel Aktivitenin Depresyona Etkisinde Okul Sağlığı Hemşireliği

Okul sağlığı hemşireliği; öğrencilerin gereksinimlerini değerlendirerek, sağlıklı halin devam etmesi için çocukların ve ailelerin ihtiyaçlarının karşılanmasında bakım planı yapan, uygulayan ya da uygulanmasına yardım eden ve bunların etkilerini değerlendiren, tüm hemşirelik becerileri ile okul sağlığı ve sosyal yardımın bazı evrelerini kapsayan, hemşireliğin özel bir dalıdır (79).

2010 yılında yayınlanan "Hemşirelik Yönetmeliği" ve 2011 tarihli "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" de hemşirelere bazı yetkiler

verilmiştir. Bu yönetmeliklere göre hemşireler fiziksel aktivite program yapma ve planlamada kendi başına ya da doktor ile birlikte karar verebilme yetkisine sahip olmuştur (80). Bu nedenle okul sağlığı hemşiresi bu tür programların oluşturulmasına, yürütülmesine ve bu sürecin devamlılığına yardım ederek bireylerin her aşamaya dâhil olmasını sağlamalıdır.

Okul sağlığı hemşiresi öğrencilerin daha da ötesine geçerek toplum temelli müdahaleler oluşturmalıdır. Toplumun sağlığını olumlu yönde geliştirecek ve bireylerin farkındalığını artırarak harekete geçmesini sağlayacak nitelikte olmalıdır (79). Fiziksel aktivitenin depresyon üzerinde ki etkilerinin bilincinde olarak adolesanları bu konuda teşvik etmeli ve genel sağlık durumunda kalıcı iyileştirmeler yaparak bunun sürdürülebilirliğini sağlamalıdır.

Fiziksel aktivitenin yanı sıra okul sağlığı hemşiresi adolesanın intihar riskini değerlendirmeli, psikiyatrik öyküsünü, depresif duygu ve davranışlarının varlığını, stres faktörlerini yaşam ve gelecek hakkındaki hislerini sorgulamalıdır (81).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya İl merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı liselerden kura yöntemiyle seçilen altı lisede yapılmıştır. Bunlar; Sadriye Ünsalan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Malatya Anadolu Lisesi, Cumhuriyet Anadolu Lisesi, 20 Mayıs Vakfı Turgut Özal Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Tecde Anadolu Lisesi ve Hacı Ahmet Akıncı Anadolu Lisesi'dir. Şubat 2021 ile Mart 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Malatya ili merkez Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Sadriye Ünsalan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 348 adölesan, Malatya Anadolu Lisesi'nde 1102 adölesan, Cumhuriyet Anadolu Lisesi'nde 698 adölesan, 20 Mayıs Vakfı Turgut Özal Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 740 adölesan, Tecde Anadolu Lisesi'nde 723 adölesan ve Hacı Ahmet Akıncı Anadolu Lisesi'nde 662 adölesan olmak üzere 4273 adölesandan oluşmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç analizi ile %95 güven aralığında 0.05 yanılgi düzeyinde 0.25 etki büyüklüğünde 0.95 evreni temsil gücüyle 1027 kişi olarak belirlenmiştir. Liselerden seçilecek adölesanlar kümelerdeki öğrenciler listelenerek basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Liselerde alınacak adölesanların Malatya Anadolu Lisesi 217 adölesan, Sadriye Ünsalan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 77 adölesan, Cumhuriyet Anadolu Lisesi 161 adölesan, 20 Mayıs Vakfı Turgut Özal Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 154 adölesan, Tecde Anadolu Lisesi 150 adölesan ve Hacı Ahmet Akıncı Anadolu Lisesinde 268 adölesan katılım sağlamıştır. Toplamda 1027 adölesana ulaşılmıştır.

3.4. Çalışmaya Katılma Kriterleri

- Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın olmaması (okul kayıtlarında),
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek ve formu eksiksiz doldurma

3.5. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

- Belirlenen liselerde okumuyor olma,
- Araştırmaya katılmayı reddetme

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Şubat 2021 – Mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği ve Kutcher Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler Malatya ili merkezi Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Sadriye Ünsalan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Malatya Anadolu Lisesi, Cumhuriyet Anadolu Lisesi, 20 Mayıs Vakfı Turgut Özal Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Tecde Anadolu Lisesi ve Hacı Ahmet Akıncı Anadolu Lisesi’nde eğitim gören öğrencilere pandemi sürecinden dolayı onamlarını aldıktan sonra araştırma linki mesaj (online olarak) gönderilmiş ve anket sorularını doldurmaları istenmiştir. Anket formunda nasıl doldurulacağı talimatları da verilmiştir. Bu formun doldurulma süresi yaklaşık olarak 15-20 dakikadır.

3.7. Uygulanan Anketler

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Formu, fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği ve depresyon düzeylerini ölçmek için Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı özellikler formu (Ek-3)

Tanıtıcı özellik formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olup adölesanların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, sınıfı, hastalık varlığı, ailedeki kişi sayısı, anne-babanın eğitim durumu ve mesleği, ailenin aylık geliri, sağlığı algılama durumu, anne-babanın sağ olması ve medeni durumları) sorgulayan ve toplam da 13 sorudan oluşan formdur.

3.7.2. Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği (FAYÖ) (Ek-4)

Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği 5 boyut ve 26 maddeden oluşmaktadır. Bunlar 6 madde okul, 3 madde ulaşım, 5 madde ev içi, 6 madde boş zaman ve rekreasyon, 6 madde okul içi gezinti ve ulaşım şeklindedir. Bireylere bu beş fiziksel faaliyet alanlarında yapılan aktivitelerde yer almak için kendilerine ne kadar güvendikleri sorulmaktadır. Maddelere yönelik olarak (0=Hiç güvenmiyorum ve 100=Tamamen güveniyorum) likert tipi 10 dereceli bir aralık kullanılmıştır. Toplam ortalama skor 0 ile 100 arasında değişen her alan içerisindeki madde cevaplarından hesaplanmaktadır. Artan puanlar, yüksek seviyede fiziksel aktivite yeterliliğini ifade etmektedir (82,83).

Campbell ve arkadaşları tarafından oluşturulan bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Meydanlıoğlu ve Ergun tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 10-15 yaş arası çocuklara tek boyutta 5 maddelik FAYÖ uygulanmıştır ve sonuç olarak bu ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu tespit etmişlerdir. FAYÖ'nün geçerli olduğunu saptamak için verilere hem Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) hem de Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. AFA'ya göre tüm maddelerin faktör yükleri 0.405 ile 0.924 arasında değişmektedir. Okulda alt boyutunun Cronbach Alpha 0.93, ulaşımında alt boyutunun Cronbach Alpha 0.65, ev içi alt boyutunun Cronbach Alpha 0.95, boş zaman ve rekreasyon alt boyutunun Cronbach Alpha 0.95, okul içi gezinti ve ulaşımında alt boyutunun Cronbach Alpha 0.94 olarak bulunmuştur (84).

Bu çalışmada; Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği Cronbach Alpha 0.96, okulda alt boyutunun Cronbach Alpha 0.95, ulaşımında alt boyutunun Cronbach Alpha 0.96, ev içi alt boyutunun Cronbach Alpha 0.97, boş zaman ve rekreasyon alt boyutunun Cronbach Alpha 0.97, okul içi gezinti ve ulaşımında alt boyutunun Cronbach Alpha 0.97 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği (Ek-5)

Ergenlerde depresyon semptomlarının yoğunluğunu ve sıklığını belirleyebilmek amacıyla yapılmıştır. Depresyonun temel belirtilerini dikkate alarak kısa, uygulaması ve puanlaması kolay, depresyon düzeylerindeki değişimlere duyarlı bir ölçme aracı olarak yapılmıştır. Kutcher ve arkadaşları tarafından 6 (KEDÖ-6), 11 (KEDÖ-11) ve 16 (KEDÖ-16) maddeden oluşan farklı formları geliştirilmiştir (85-87).

Bu çalışmada ölçeğin 11 maddeden oluşan formu (KEDÖ-11) kullanılmıştır. KEDÖ-11'de katılımcılar her bir ölçek maddesinde yer alan depresif belirtilerin

sıklığını ve yoğunluğunu Neredeyse Hiç (0)' den Her Zaman (3)' a uzanan seçeneklerden birini işaretleyerek belirtmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 iken maksimum puan 33'dür. Puanların artması depresif belirtilerin yoğunluğunun ve sıklığının arttığına işaret etmektedir.

KEDÖ'nün dil eş değerliliği için yapılan uygulama sonucunda ölçeğin Türkçe ve İngilizce uygulaması sonucu elde edilen puanlar arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönde ($r=.96$) bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, testi Türkçe olarak cevaplayan bir bireyin, ölçeğin İngilizce formundaki maddelerle aynı şekilde anlaşılabilirliğini göstermektedir. KEDÖ-11 ölçeğinin güvenilirliği madde toplam korelasyonları ve Cronbachalpha iç tutarlılık katsayısı aracılığıyla incelenmiştir. KEDÖ-11 ölçeğinin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı ise 0.82 olarak bulunmuştur (88).

Bu araştırmada; Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği'nin Cronbach Alpha 0.89 olarak saptanmıştır.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde (SPSS) 21.0 paket programı kullanılmıştır. Lise öğrencilerinin tanıtıcı özellik verileri sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma değerleri ile ifade edilmiştir. Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği ve Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği iç tutarlılığını belirlemede Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmamızda sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0.05$ yanılğı düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Adölesanların depresyon durumu ölçeği

Bağımsız değişken: Adölesanların fiziksel aktivite düzeyi, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sınıfı, hastalık varlığı, ailedeki kişi sayısı, anne-babanın eğitim durumu ve mesleği, ailenin aylık geliri, sağlığı algılama durumu, anne-babanın sağ olması ve medeni durumları)

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan onay (EK:7) ve çalışmanın yapılacağı liseler için

Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurumsal izin (EK:8) alınmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmış olup gönüllülük esasına dikkat edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Güçlükleri ve Genellenebilirliği

Olasılıksız rastlantısal örnekleme yönteminin kullanılması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın sonucu evrene genellenebilir.



4. BULGULAR

Bu bölümde adolesanlar da fiziksel aktivite yeterliliğinin depresyon düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri (S=1027)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (S)	Yüzde (%)
Yaş		
13	10	1.0
14	150	14.6
15	223	21.7
16	263	25.6
17	253	24.6
18	104	10.1
19	16	1.6
20	8	0.8
Cinsiyet		
Kız	672	65.4
Erkek	355	34.6
Okul isimleri		
Sadriye Ünsalan	77	7.5
Malatya Anadolu	217	21.1
Cumhuriyet	161	15.7
Tecde	150	14.6
20 Mayıs	154	15.0
Hacı Ahmet Akıncı	268	26.1
Sınıf		
9. sınıf	303	29.5
10. sınıf	238	23.2
11. sınıf	301	29.3
12. sınıf	185	18.0
Kronik hastalık varlığı		
Var	36	3.5
Yok	991	96.5
Var ise türü		
Astım	15	1.5
Kalp hastalığı	7	0.7
Diyabet	5	0.5
Böbrek hastalığı	6	0.6
Diğer	53	5.2
Ailedeki kişi sayısı		
2	19	1.9
3	76	7.4
4	314	30.6
5	350	34.1
6 ve üzeri	268	26.1

Annenin eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	69	6.7
İlkokul mezunu	428	41.7
Ortaokul mezunu	157	15.3
Lise mezunu	263	25.6
Yükseköğretim	110	10.7
Babanın eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	11	1.1
İlkokul mezunu	241	23.5
Ortaokul mezunu	224	21.8
Lise mezunu	363	35.3
Yükseköğretim	188	18.3
Anne meslek		
Çalışmıyor	840	81.8
İşçi	65	6.3
Memur	65	6.3
Serbest meslek	53	5.2
Emekli	4	0.4
Baba meslek		
Çalışmıyor	78	7.6
İşçi	306	29.8
Memur	167	16.3
Serbest meslek	354	34.5
Emekli	122	11.9
Algılanan aile geliri		
Kötü	56	5.5
Orta	365	35.5
İyi	606	59.0
Algılanan sağlık durumu		
Kötü	56	5.5
Orta	365	35.5
İyi	606	59.0
Anne baba yaşama durumu		
Her ikisi sağ	997	97.1
Anne sağ	23	2.2
Baba sağ	7	0.7
Anne baba medeni durumu		
Evli	945	92.0
Boşanmış	82	8.0
	Mean (SD)	Min±Max
Yaş Ortalaması	15.99±1.34	13-20
Ailedeki kişi sayısı ortalama	3.75±0.98	1-5

Tablo 4.1’de adolesanların %25.6’sının 16 yaşında, %65.4’ü kız, %26.1’i Hacı Ahmet Akıncı Anadolu lisesinde öğrenim görmekte, %29.5’inin 9. Sınıf olduğu, %91.6’sında kronik hastalık olmadığı, %34.1’inde ailedeki kişi sayısının 5 olduğu, %41.7’sinde annenin ilkokul mezunu, %35.3’ünde babanın lise mezunu olduğu, %81.8 ile annenin çalışmadığı, %35.5 ile babanın serbest meslek de olduğu, %59 ile hem aile geliri hem de algılanan sağlık durumunun iyi olduğu, %97.1 ile ebeveynlerin sağ olduğu ve %92 ile ebeveynin evli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Ölçek Puanlarının Dağılımı (S=1027)

Ölçekler	Min- Max	Madde ortalaması	Ort.±SD
Fiziksel Aktivite Yeterlilik Ölçeği	0-2600	62.88	1634.93±704.34
Okulda	0-600	57.65	345.92±183.06
Ulaşım	0-300	66.23	198.71±98.82
Ev içi	0-500	62.08	310.43±167.02
Boş zaman ve rekreasyon	0-600	58.36	350.18±187.95
Okul içi gezinti ve ulaşım	0-600	71.61	429.66±184.39
Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği	0-33	1.28	14.16±7.61

Tablo 4.2’de adolesanların ölçeklerden aldığı puanların dağılımına bakılmıştır. Buna göre adolesanlar fiziksel aktivite yeterlilik ölçeğinde 1634.93±704.34 puan almıştır. Okul alt boyutunda 345.92±183.06, ulaşım alt boyutunda 198.71±98.82, ev içi alt boyutunda 310.43±167.02, boş zaman ve rekreasyon alt boyutunda 350.18±187.95, okul içi gezinti ve ulaşım alt boyutunda ise 429.66±184.39 puan almıştır. Ayrıca araştırmada adolesanlar Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği’nde 14.16±7.61 puan almıştır.

Tablo 4.3. Adölesanların Fiziksel Aktivite Sıklıkları (s=1027)

Aktiviteler	Sayı	Yanıt Sıklığı (%)
Okul aktiviteleri		
Orta şiddetli aktiviteler	848	82.6
Yüksek şiddetli aktiviteler	820	79.8
Ulaşım		
Orta şiddetli aktiviteler	874	85.1
Ev içi aktiviteler		
Hafif şiddetli aktiviteler	864	84.1
Orta şiddetli aktiviteler	676	65.8
Boş zaman ve rekreasyon		
Orta şiddetli aktiviteler	847	82.5
Yüksek şiddetli aktiviteler	815	79.7
Okul içi gezinti ve ulaşım		
Düşük şiddetli aktiviteler	1011	98.4

*10 ve üstü puan alanlar

Tablo 4.3’de 10 ve üstü puan alan adolesanların fiziksel aktivite sıklıklarına bakılmıştır. Adolesanların; okulda %82.6’sının orta şiddetli aktivite de bulunduğu, ulaşım %85.1’i orta şiddetli aktivitede bulunduğu, ev içinde %84.1’inin hafif şiddetli aktivitelerde bulunduğu, boş zaman ve rekreasyonda %82.5’inin orta şiddetli

aktivitelerde bulunduğu, okul içi gezinti ve ulaşım da ise %98.4'ünün düşük şiddetli aktivitelerde bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Adölesan Kutcher Ergen Depresyon Düzeyini Adölesan Fiziksel Aktivite Yeterlilik Durumu ile Yordanmasının Regresyon Analizi ile Açıklanması (S=1027)

Bağımsız Değişkenler	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Sabit)	17.523	.613		28.601	.000
Okulda F. Aktivite	-.002	.002	-.052	-.945	.345
Ulaşım da Fiziksel	-.006	.004	-.080	-1.496	.135
Ev içi Aktivite	.003	.002	.055	1.330	.184
Boş zaman rekreasyon	-.001	.003	-.027	-.431	.667
Okul içi gezinti ulaşım	-.004	.002	-.101	-1.837	.066
	R=.203	R²		F=8.751	p=.000
		Square=.041			

Bağımlı Değişken: **Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği**

Tablo 4.4'de Adölesanların Kutcher Ergen Depresyon düzeyini etkileyen faktörlere bakılmıştır. İncelediğimiz değişkenlerin Kutcher Ergen Depresyon Ölçeğine etkisinin $p < 0.05$ düzeyinde önemli olduğu saptanmıştır. Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerinde niteliksel verilere bağlı özelliklerin etkisi belirlenmiş ve $R = .203$, $R^2 = .041$ olarak bulunmuştur. Kutcher Ergen Depresyon düzeyini bağımlı değişkendeki toplam varyansın %0.041'inin bu değişkenlerce açıklandığı istatistiksel olarak da sonucun anlamlı ($p < 0.001$) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği Durumunu Etkileyen Sosyo-Demografik Faktörlerin Regresyon Analizi ile Açıklanması (S=1027)

Bağımsız Değişkenler	Unstandardized		Standardized		
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Sabit)	27.699	2.639		10.496	.000
Yaş	.740	.340	.131	2.176	.030
Cinsiyet	-1.913	.461	-.120	-4.146	.000
Sınıf	-.442	.423	-.063	-1.046	.296
Okul türü	.135	.132	.030	1.028	.304
Kronik hastalık varlığı	.094	.137	.020	.686	.493
Ailedeki kişi sayısı	-.369	.245	-.048	-1.505	.133
Anne eğitim düzeyi	.020	.221	.003	.090	.929
Anne meslek	.778	.377	.061	2.063	.039
Baba eğitim düzeyi	.395	.231	.056	1.713	.087
Baba meslek	.153	.149	.029	1.026	.305
Algılanan aile gelir düzeyi	-1.100	.415	-.080	-2.653	.008
Algılanan sağlık düzeyi	-4.948	.374	-.389	-13.21-	.000
Anne baba yaşama durumu	-1.107	.998	-.032	1.110	.267
Anne babanızın medeni durumu	.259	.884	.009	.307	.759
	R=.457	RSquare=.209		F=19.091	p=.000

Bağımlı Değişken: **Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği**

Tablo 4.5’de Adölesanların (S=1027) sosyo-demografik özelliklerin Kutcher Ergen Depresyon düzeyine etkisine bakılmıştır. Kutcher Ergen Depresyon düzeyini üzerinde niteliksel verilere bağlı özelliklerin etkisi belirlenmiş ve R=.457, R²=.209 olarak bulunmuş, Kutcher Ergen Depresyon düzeyini bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %20.9’unun bu değişkenlerce açıklandığı istatistiksel olarak da sonucun anlamlı (p<0.001) olduğu görülmüştür. Yaş, cinsiyet, anne meslek, algılanan aile gelir durumu ve algılanan sağlık durumu Kutcher Ergen Depresyon düzeyini üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Yaş ve anne meslek durumunun Kutcher Ergen Depresyon düzeyini üzerine pozitif yönde (.740, .778) etkisi olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, algılanan gelir düzeyi ve algılanan sağlık düzeyinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyini üzerine negatif yönde (-1.913,-1.100,-4.948) etkisi olduğu saptanmıştır.

Sınıf, okul türü, kronik hastalık varlığı, ailedeki kişi sayısı, anne eğitim düzeyi, baba meslek, baba eğitim düzeyi, anne baba yaşama durumu ve anne babanın medeni durumunun Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.5).



5. TARTIŞMA

Adolesanlarda fiziksel aktivitenin depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmada adolesanlar fiziksel aktivite yeterliliği ölçeğinden madde ortalaması 62.88 puan ile ortalamanın üstünde puan aldıkları saptanmıştır. Alt boyutları incelediğimizde ise adolesanların okulda fiziksel aktivite madde ortalaması 57.65, ulaşımda 66.23 ev içinde 62.08, boş zaman ve rekreasyonda 58.36, okul içi gezinti ve ulaşımda ise 71.61 ile orta düzeyin üzerinde bir fiziksel aktivite yeterliliklerine sahip oldukları görülmüştür (Tablo 4.2).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği kullanılmış ve fiziksel aktivite etkililik puanı tüm grup için 73.99 ± 17.11 , kızlarda 73.28 ± 16.42 ve erkeklerde 74.74 ± 17.60 olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin toplam Fiziksel Aktivite Yeterlilik Ölçeğinde ortalamanın üzerinde puana sahip oldukları görülmüştür (89).

Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği'nin kullanılmış olduğu başka bir çalışmada; toplam puanları ve okulda, ulaşımda, ev içinde, boş zaman ve rekreasyonda ve okul içi gezinti ulaşımda alt boyutlarında adolesanların ortalama puanlarının genel olarak ortalamanın üstünde olduğu saptanmıştır (90).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda 15 yaş ve üzeri bireylerin 24 saat boyunca yaptıkları fiziksel aktivite türleri sorgulanmış ve 9 grupta toplanmıştır. Bunlar sırasıyla uyku, uzanarak yapılan işler, oturarak yapılan işler, ayakta yapılan hafif, orta ve ağır aktiviteler, hafif, orta ve ağır egzersiz/spor faaliyetleri için harcanan sürelerdir. Araştırmaya göre 15-18 yaş arası adolesanların %31.9' u hafif düzeyde, %62.9'u orta düzeyde ve %5.3'ü yüksek düzeyde fiziksel aktivite puanına sahip oldukları görülmüştür (91). TBSA çalışmasının sonuçları bu araştırmanın bulguları ile benzer olup adolesanların ortalamanın üzerinde fiziksel aktivite yeterliliğine sahip oldukları belirlenmiştir.

Bu çalışmaya katılan adolesanlar Kutcher Ergen Depresyon Ölçek puanının 14.12 olduğu ve madde ortalaması 1.28 ile hafif düzeyde, zaman zaman depresyon düşüncelerine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Karayıpler de yapılmış araştırmada öğrencilerin KEDÖ puanı 10.43 olduğu bunun erkeklerde 10.10, kızlarda 10.76 olduğu belirlenmiştir (92). Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği'nin uygulandığı başka bir çalışmada ölçeğin kesme puanlaması yapılmış buna göre 0-11 puan aralığı normal, 12-22 puan aralığı orta ve 23-33 puan aralığı majör depresyon olarak kabul edilmiştir. Adölesanların %65.36 sı normal, %23.20 orta, %11.44 de şiddetli depresyon yaşadıkları saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerliliğinde kesme puanları belirlenmediği için çalışmamızda kullanılmamıştır (93). Bu çalışma da araştırmamıza benzer olarak adölesanların hafif seviyede depresyon yaşadıklarını yine de adölesan dönemdeki depresyona daha çok önem verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Literatürü incelediğimizde ise Lewinshon ve ark. yaptığı bir çalışmaya göre adölesanlarda majör depresif bozukluk görölme riski oldukça yüksektir. Bu ergenlerin yaklaşık %28'inin 19 yaşına kadar bir majör depresif bozukluk atağı geçirdiği (kızların %35'i, erkeklerin %19'u) saptanmıştır. Tanımladıkları vakaların ise %21 hafif, %42 hafif ve orta, %29 orta, %7 orta ve şiddetli ve %1 şiddetli depresyona sahip olduğunu saptamışlardır (94). Saluja ve ark. yaptıkları çalışmada ise genç adölesanlar arasında depresif belirtilerin yaygınlığına bakılmış ve %18'inde depresyon belirtileri saptamışlardır. Amerikan Kızılderili gençleri arasında %29, İşpanyollar da %22, beyazlarda %18, Asyalı Amerikalılarda %17 ve Afrika kökenli Amerikalı gençlerde %15 depresif belirtiler bildirilmiştir (16).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise katılımcılarda hafif düzeyde depresyon saptanmıştır (95). Başka bir araştırmada ise gençlerin %72.1'i hafif düzeyde, %7.2'si ağır düzeyde depresyon deneyimi olduğu saptanmıştır (96). Kimlik karmaşası, yetişkinliğe geçiş, sorumlulukların artması gibi nedenler adölesanlar da kaygıya bağlı depresyon düzeydeyinde artışa neden olabilir. Araştırmalarda adölesanların depresyon düzeyleri genel olarak orta düzey veya daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucu da bu duruma benzerlik göstermiştir.

Araştırmamızda adölesaların fiziksel aktivite sıklıklarına ve şiddetlerine bakıldığında; okul aktivitelerinde %82.6 ile orta şiddetli aktiviteler, ulaşımda %85.1 ile orta şiddetli aktiviteler, ev içinde %65.8 orta şiddetli aktiviteler, boş zaman ve rekreasyonda %82.5 ile orta şiddetli aktiviteler, okul içi gezinti ve ulaşımda ise %98.4 ile düşük şiddetli aktiviteler yapmaktadır (Tablo 4.3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün iş birliği ile 45 ülkede yapılmış olan bir çalışmaya göre ergenlerin yalnızca %19'u günde 60 dakika orta- şiddetli fiziksel aktivite

yapmaktadır. Erkeklerin yarısı (%49), kızların ise üçte biri (%35) haftada dört veya daha fazla kez şiddetli fiziksel aktivite yapmaktadırlar (97).

Literatüre baktığımızda ise Grize ve ark tarafından yapılmış çalışmada evden okula ulaşımı aktif olan çocukların oranı yıldan yıla önemli şekilde düşmektedir. Evden okula yürüyerek veya bisiklete binerek giden çocukların oranı 1994 yılında %78.4 iken bu oran 2000'de %72.1'e ve 2005'te %71.4'e düşmüştür (98). Yani gün geçtikçe bireylerin daha pasif kalacakları ulaşım yolları tercih edilmektedir.

Hallal ve ark. 105 ülkeyi kapsayan çalışmalarında günde 60 dakikadan daha az orta ve şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapan 13-15 yaşındaki çocuk ve adolesanların oranı %80.3 olarak saptamıştır (99). Ülkemizde yapılmış bir araştırmaya göre çalışmaya katılan adolesanların sadece %14'ünün düzenli spor yaptığı ve %42'sinin aktif olmadığı saptanmıştır. Sağlıklı popülasyonlarda fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (100). 13-18 yaş arası adolesanlarda yapılmış başka bir çalışmada ise adolesanların %49.7'sinin düzenli spor aktivitesine katıldığı saptanmıştır (101).

Campbell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise adolesanların %39'u genel olarak okul içerisinde yürüyüş yapmakta, ulaşımında %86 yürüme, %14 koşu, %56 bisiklet kullanmaktadır. Ev içi aktivite olarak %24'ü orta yoğunlukta ev işleri yapmaktadır. Boş zaman etkinliği olarak ise güçlü yoğunlukta %54'ü spor dallarıyla ilgilenmektedir (82). Adolesanlar genel olarak ulaşımında yürüyüşü seçmektedir. Ancak okullara olan mesafelerin artmasıyla servis, otobüs gibi toplu taşıma araçlarının kullanımı artmaktadır. Ayrıca adolesanlar teknolojinin gelişmesiyle bilgisayar, telefon vb. araçlara ayırdıkları sürenin artmasıyla daha da pasifleşmişlerdir. Bu bulgular doğrultusunda adolesanların çalışmamızda da görüldüğü gibi genel olarak ortalama düzeyde fiziksel aktivite yeterliliğine sahip olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada adolesanların Fiziksel Aktivite Yeterlilik Durumunun Kutcher Ergen Depresyon düzeyine etkisine de bakılmıştır. Fiziksel Aktivite Yeterlilik Ölçeği ve alt boyutlarının Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerinde %0.041'lik bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Harvard Koleji mezunlarına yapılmış bir çalışmada ise (n; 31.000 kişi) fiziksel olarak aktif bireylerin aktif olmayan bireylere göre daha düşük seviyede depresyon bildirdiği görülmüştür (102). Amerika da yapılmış 5877 kişide uygulanan başka bir

çalışmada bunu desteklemektedir. Aynı zamanda Amerika’da yapılmış bu çalışmada sıklıkla aktif olan bireylerde en düşük depresyon puanları görülüyorken ara sıra aktif olan bireyler daha yüksek puanlar göstermekte ve en yüksek depresyon puanları da inaktif olan bireylerde görülmektedir (103).

Londra’da yapılmış olan ileriye dönük bir kohort çalışmasında 7. sınıf ve 9. sınıftan çalışmaya dâhil edilen öğrenciler iki yıl izlenmiştir. Yapılan anketlerin sonucunda fiziksel aktivitenin depresyon üzerine olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Haftada ilave olarak yapılmış olan bir saatlik fiziksel aktivitenin depresif belirtiler üzerinde %8’lik bir azalma sağladığı saptanmıştır (104). Başka bir kohort çalışmasında ise 9-15 yaşlarında ankete katılan kişilere 20 yıl sonra tekrar ulaşılmış. Sürekli olarak aktif olmayan erkeklerle karşılaştırıldığında, giderek artan ve sürekli olarak aktif olan erkeklerin yetişkinlikte sırasıyla %69 ve %65 daha düşük depresyon riski olduğu kadınlar da ise bu riskin %51 olduğu görülmüştür (105).

Ülkemizde 2020 yılında yapılmış olan bir çalışmada ise Tıp Fakültesi öğrencileri ile Spor Yüksekokulu öğrencileri arasında fiziksel aktivite-depresyon prevelansı araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre fiziksel aktivite ile depresyon arasında bir ilişki bulunamamış fakat oturma düzeyleri arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı görülmüştür (106).

Yapmış olduğumuz çalışmada fiziksel aktivite durumunun depresyon düzeyini etkilediği bulunmuş, istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Ancak diğer çalışmalara oranla çok daha düşük düzeyde etki ettiği saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmamızı Covid 19 karantina sürecinde yürütmüş olmamızdır. Bu çalışma Şubat 2021 ile Mart 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Nisan ayında başlayan karantina süreci ile eğitim öğretime ara verilmiş ve öğrenciler okulda veya dışarıda sınırlı zaman geçirmişlerdir. Buda öğrencilerin daha az aktif olmalarına neden olmuştur. Adolesanların bu süreçte daha az aktif olmaları çalışmamız sonucunu etkilemiştir.

Bu çalışmada adolesanların sosyo-demografik özelliklerinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyine etkisine de bakılmıştır. Yaş, cinsiyet, anne meslek, algılanan aile gelir durumu ve algılanan sağlık durumu Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerinde %20.9’luk bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Literatürü incelediğimizde Saluja ve ark. çalışmasında hem erkek hem de kadında depresyon belirtilerinin yaşla birlikte arttığını belirtmiştir (16). Lewinsohn ve

ark yaptığı çalışmada ise 14 yaşından önce meydana gelen majör depresif epizodlar ve 14 yaşından sonra meydana gelen epizodlarda semptom prevalans değerleri karşılaştırılmış ve iki yaş grubu arasında semptom prevalansında önemli bir fark bulunamamıştır. Ancak Major Depresif Bozukluk başlangıç yaşı ortalama 14.9 olduğunu ve çocuklukta başlayan depresyon oranlarının 13 yaşında yıllık %1'den %2'ye, 15 yaşında %3'ten %7'ye çıktığını belirtmiştir (94). Ülkemizde yapılmış bir çalışmaya göre ise 14-17 yaş ile 18-21 yaş grupları arasında depresyon açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (107). Akça ve ark. çalışmasına göre ise depresyon yaşla birlikte giderek artmaktadır. 18 yaşındaki öğrencilerin depresyon, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol bağımlılığı ile ilişkili sorunlarının diğer yaş grubundakilere (15,16 ve 17 yaş) göre yüksek olduğu belirlenmiştir (108). Bu bulgular doğrultusunda çalışmamızda da literatüre benzer olarak yaşın psikolojik sağlık durumu üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Buda ruhsal sorunların erken dönemde tanılanmasının önemli olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada adölesanların cinsiyetlerinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine negatif yönde etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Cinsiyet farklılıklarının 13-15 yaşları arasında ortaya çıktığı ve bu yaştan önce genç erkek ve kız çocuklarında depresyon oranlarının benzer olduğu bildirilmiştir (109). Literatürü incelediğimizde Kessler ve ark. çalışmasına göre 13-17 yaş arası adölesanlar da kızların %2.5 panik bozukluğu, %2.8 yaygın anksiyete bozukluğu, %11.2 sosyal fobi görülürken erkeklerin %2.1 panik bozukluğu, %1.6 yaygın anksiyete bozukluğu, %6.2 sosyal fobi olduğu görülmüştür. Kadınlarda %7 panik bozukluk, %7.7 yaygın anksiyete bozukluğu, %14.2 sosyal fobi görülürken erkeklerde %3.3 panik bozukluk, %4.6 yaygın anksiyete bozukluğu, %11.8 sosyal fobi saptanmıştır (110). Ülkemizde yapılmış bir çalışmaya göre kız öğrenciler arasında hafif ve orta düzeyde depresyon daha yaygınken, ağır depresyon erkek öğrenciler arasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (96). Başka bir araştırmada yaş grupları farklı olsada; Tıp Fakültesi'nde kız öğrencilerin %47.5'i depresyon ifade ederken, erkeklerde bu oran %35.1 olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur (106). Genel olarak yapılan çalışmalarda kızların depresyon puanlarının erkeklerin depresyon puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (13,107). Bu durum hormonal farklılıklar, kızların daha hassas, daha kırılgan ve daha duygusal olmalarına bağlı olabilir.

Araştırmamızda adölesanların anne mesleğinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine pozitif yönde etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Ülkemizde yapılmış bir araştırmaya göre anne mesleği ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (111). Buna karşılık anne mesleği ve depresyon arasında ilişkinin olmadığını tespit eden çalışmalarda mevcuttur (112,113). Ülkemizde yapılmış başka bir çalışmaya göre anneleri çalışan öğrencilerin depresif belirtiler gösterme oranları %27.6'dır. Ancak anne mesleğiyle depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (114). Annenin meslek sahibi olması çocuğu ile geçireceği zamanın azalmasına ve çocuk da azalan ilginin depresyon belirtilerine yol açmasına neden olabilir.

Araştırmamızda adölesanların algılanan gelir durumunun Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine negatif yönde etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Moeini ve ark. çalışmasında İranlı adolesanlarda depresyon yaygınlığı ile aile geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (112). Lorant ve ark. çalışmasında da en düşük sosyoekonomik gruptaki kişilerin, en yüksek sosyoekonomik gruptakilere kıyasla 1.81 oranla daha fazla depresyon olasılığına sahip olduğunu tespit etmiştir (115). Çin de yapılmış başka bir araştırmada da benzer şekilde aile geliri daha düşük olan öğrencilerin depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır (116). Literatürü incelediğimizde de bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür (117,118). Yoksul aileler ekonomik geliri iyi olan ailelere göre daha çok maddi zorluklar yaşamaktadırlar. Düşük ekonomik durum adolesanların pek çok olanaktan yoksun olmalarına, hayata dair beklentilerinin azalmasına bunun sonucunda depresyona girme eğilimlerinin artmasına neden olur. Ayrıca düşük gelir düzeyi ebeveyn üzerindeki stresin artmasına, depresyon semptomlarının görülmesine yol açar bu da dolaylı olarak adolesanı etkileyebilir.

Araştırmamızda adölesanların algılanan sağlık durumunun Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine negatif yönde etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürü incelediğimizde ise ülkemizde yapılmış bir çalışma da ise öğrencilerin %53'ünün kendi sağlık durumlarını iyi algıladıkları ve bu değişkenin depresyonu %5.1 düzeyde etkilediğini belirtmiştir (119). Üner ve ark. çalışmasında ise öğrencilerin %73.5'i sağlık durumunu iyi veya çok iyi algılayarak ruhsal bozukluk düzeyi %4.2 olarak saptanmıştır (120). Çalışmamız bulguları literatür ile paralellik göstermiş olup, adolesanlarda algılanan sağlık durumunun depresyon düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sağlık durumunu iyi algılayan adolesanlar daha olumlu düşünür, daha

motivedirler ve bu durumun devamı için çaba sarfederler. Kötü algılayanlar ise daha hassas ve stresli olurlar.

Sınıf düzeyinin Kutcher ergen depresyon düzeyine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürü incelediğimizde ise Özdel ve ark. çalışmasında öğrencilerin sınıf düzeylerinin arttıkça depresyon puanlarının da arttığını belirtmiştir (114). Orta ve şiddetli düzeyde depresyonu olan kişilerin sınıf düzeyine bakıldığı bir çalışmada ise dokuzuncu sınıftaki öğrencilerde %16.94, onuncu sınıftaki öğrencilerde % 6.94, onbirinci sınıftaki öğrencilerde ise % 23.96 olduğu tespit edilmiştir. Yani sınıf düzeyi ile depresyon düzeyi arasında orta ve şiddetli düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (121). Başka bir çalışmada ise depresyon puanları ile sınıflar arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu görülmüştür (122). Yapılan çalışmalarda kısmen çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte sınıf düzeyinin adolesanların depresyon düzeyini etkilemediği sonucuna varılmış olsada, bazı araştırmalarda sınıf düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin arttığı, bazı araştırmalarda ise sınıf düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Çalışmalardaki bu farklılıklarının araştırma yapılan bireylerin farklı kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca sınıflar arasında ki yaş farkının az olmasından dolayı depresyon düzeyine etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada kronik hastalık varlığının Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürü incelediğimizde ise Lacomba-Trejo ve ark. çalışmasında kronik hastalığı olan ve olmayan adolesanlarda depresyon düzeyi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda sağlıklı olanlarda %1.5'inde depresyon semptomları olduğu ve bunların %6.8'inde olası bir bozukluk olduğu, kronik hastalığı olan adolesanlarda ise %26.8'inde depresyon belirtisi, %12.7'sinde psikolojik tedavi gerektiren olası bir bozukluk olduğu saptanmıştır (123). Güney Kore'de yapılmış bir araştırmada ise kronik hastalık kötü ruh sağlığı ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmaya katılan kronik hastalıklı lise öğrencilerinin (n= 914); bildirdikleri ortalama depresyon puanı 1.86 ± 0.56 şeklinde tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan grupta (n=1065) ise daha düşük depresyon puanı (1.72 ± 0.53) bildirmiştir (124). Ülkemizde yapılmış bir araştırmada ise kronik hastalığı olanların depresyon puanları daha yüksek tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan adolesanlarda kronik hastalığı olmayanların depresyon puanı kronik hastalığı olanlarınkine göre olumlu düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir (122). Literatür de kronik hastalık varlığının depresyonu etkilediği fakat düşük düzeyde

etki ettiği görülmüştür. Çalışmamız bulgularının aksine, literatüre baktığımızda birçok çalışmanın kronik hastalık varlığının depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğu sonucuna varıldığı görülmüştür. Literatür ile çalışma bulgularımız arasındaki farklılığın sebebi olarak, çalışmamız örnekleminde kronik hastalığı olan adolesan sayısının kısmen az olması gösterilebilir.

Araştırmada ailedeki kişi sayısının ise Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Literatürü incelediğimizde ülkemizde yapılmış bir çalışmada aile tipi ile depresyon arasındaki ilişki incelemiş ve çekirdek aile yapısı gösteren ergenlerde ağır depresyon görülme riski %6.7, geniş aile yapısı gösteren ergenlerde ağır depresyon görülme riski %12 olarak tespit etmiştir. Bu fark yaklaşık iki kat olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (96). Başka bir çalışmada da araştırmamıza paralel olarak kardeş sayısı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (114). Çin’de yapılmış bir araştırmada ise çok çocuklu ailelerden gelen ergenlerin, tek çocuklu ailelerden gelen ergenlere göre daha fazla depresif belirtiler sergilediği tespit edilmiştir (125). Bangladeş’de yapılmış bir çalışmada ise aile büyüklüğü ile adolesan depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (113). Literatüre bakıldığında her ne kadar bazı çalışmalarda kalabalık ailelerdeki adolesanların depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu saptansada genel olarak bu çalışma ile benzerlik göstererek ailedeki kişi sayısının adolesan depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızın sonucuna göre anne ve baba eğitim düzeyinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürü incelediğimizde ülkemizde yapılmış bir araştırmada öğrencilerin anne- babalarının eğitim düzeyi yüksek olanların düşük depresyon puanına sahip olduğu fakat anne babaların eğitim düzeyi ile depresyon arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (114). Literatürdeki çalışmalarda da bu araştırmaya benzer şekilde anne ve baba eğitim düzeyi ile adolesan depresyon düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (107, 112, 113, 119). Araştırmamız sonucunun literatüre benzer olarak anne ve baba eğitim düzeyinin adolesan depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Eğitim seviyesinin düşük veya yüksek olması ebeveynin çocuğuna verdiği değeri değiştirmemektedir. Bu nedenle adolesanın depresyon düzeyine etkisi olmadığı düşünölmektedir.

Bu çalışmada babanın mesleğinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürdeki çalışmalarda da benzer şekilde

baba mesleği ile adolesan depresyon düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (111-114). Aileden uzaklaşmasına neden olan meslekler dışında babanın mesleği adolesan için önemli bir unsur oluşturmadığı bu nedenle depresyon düzeyini etkilemediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda anne-babanın yaşama durumunun Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürü incelediğimizde ülkemizde yapılmış bir araştırmaya göre öğrencilerin anne ve babanın yaşam durumu ile depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 38 iken annesi ölmüş babası yaşıyor olanlarda depresyon düzeyi 10.22 ± 4.03 , babası ölmüş annesi yaşıyor olanlarda depresyon düzeyi 13.22 ± 7.02 , ikisi ölmüş olanlarda ise depresyon düzeyi 22.00 ± 0 olarak tespit edilmiştir. Anne ve babası sağ olanlarda ise depresyon puanı 13.40 ± 6.49 olarak bulunmuştur (122). Literatür inceleyecek olursak çalışmamız bulgularının aksine birçok çalışma da anne ve babanın yaşama durumunun adolesan depresyon düzeyi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Yaşıyor olan ebeveynin adolesana daha çok destek olması ve ailenin birbirine daha çok kenetlenmesinden dolayı adolesanın depresyon düzeyini pek etkilemediği söylenebilir. Çalışmamız sonucunun bu şekilde çıkmasının sebebi olarak ise katılımcıların çok küçük bir kısmının ebeveyn kaybı yaşamasından dolayı sonucu etkileyemediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda anne babanın medeni halinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürü inceleyecek olursak Norveç de yapılmış bir çalışmaya göre, depresyon belirtileri olan ergenlerin yaygınlığı, ebeveynleri sıkıntılı olmayan boşanmamış olanlarda %14 iken boşanmış ve sıkıntılı ebeveynleri olanlarda %30 olarak belirlenmiştir (126). Başka bir araştırmada ise çalışmamıza uyumlu olarak öğrencilerin depresyonu ile anne babanın medeni hali arasında ilişki olduğuna dair kanıt bulunamamıştır (112). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada da benzer şekilde anne baba evlilik durumu ile adolesan depresyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (111).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adolesanlar da fiziksel aktivitenin depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma sonucunda adolesanların FAYÖ ve alt boyut puanlarının orta düzeyin üstünde olduğu bulunmuştur.
- Adölesanların Kutcher Ergen Depresyon düzeyi hafif düzeyde olup zaman zaman depresyon düşünceleri olduğu belirlenmiştir
- Fiziksel aktivitenin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerinde %0.041'lik bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.
- Adolesanların daha çok okulda orta ve yüksek şiddetli, ulaşımda orta şiddetli, ev içinde hafif ve orta şiddetli, boş zaman ve rekreasyonda orta ve yüksek şiddetli, okul içi gezinti ve ulaşımda ise düşük şiddetli aktivitelerde bulunduğu belirtilmiştir.
- Yaş, cinsiyet, anne meslek, algılanan gelir düzeyi ve algılanan sağlık düzeyinin Kutcher Ergen Depresyon düzeyi üzerinde %20.9'luk bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Okul sağlığı hemşireleri adolesanlara fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik eğitimler vermeli.
- Daha sağlıklı bir toplum için fiziksel aktivite alışkanlığı küçük yaşlarda kazandırılmalıdır.
- Adolesanlarda fiziksel aktivitenin depresyon, anksiyete ile ilişkisine yönelik daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1. Son Erişim tarihi: 24.02.2021.
2. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2. Baskı. Ankara: Kuban Yayıncılık, 2014;1-22
3. World Health Organization (WHO). Fiziksel Aktivite. <https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity>. Son Erişim tarihi: 06.02.2021.
4. World Health Organization (WHO). Physical Activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Son Erişim tarihi: 04.05.2021.
5. *Aktif Yaşam Derneği*. Türkiye Toplumunu Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması. <https://aktifyasam.org.tr/pdf/fiziksel-aktivite-arastirmasi-raporu.pdf>. Son Erişim tarihi: 02.07.2021.
6. *Aktif Yaşam Derneği*. Çevresel ve Toplumsal Değişimlerin Ekonomik Değerlemesi ve Türkiye Temsili Halk Sağlığı ve Hareket Araştırması Raporu. <https://aktifyasam.org.tr/wp-content/uploads/2020/07/halk-sagligi-ve-hareket.pdf>. Son Erişim tarihi: 02.07.2021.
7. Sibley BA, Etnier JL. The relation ship between physical activity and cognition in children: A meta-analysis. *Pediatr ExercSci* 2003, 15:243–56.
8. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010, 7: 40.
9. Karadağ Ö. Ankara'da Bulunan Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2008.
10. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Med.* 2009, 39:491-511.

11. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 19(3):CD004691.
12. World Health Organization. Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Son Erişim tarihi: 04.05.2021.
13. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008, 19(4): 382-9.
14. Motl RW, Birnbaum AS, Kubik MY. Naturally occurring changes in physical activity are inversely related to depressive symptoms during early adolescence. *Psychosom Med* 2004, 66:336-42.
15. Hastürk MO, Şenışık S. Düzenli egzersiz yapan ve yapmayan ergenlerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Turkish J of Sports Medicine* 2011, 46(2):39-46.
16. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, 158:760-5.
17. Ocakçı AF. Ergenlik dönemi özellikleri. İçinde: Ocakçı AF, Üstüner F (editörler). *Yetişkinliğe Bir Adım Kala Ergen Sağlığı*, 1. Baskı. Ankara, Gökтуğ Basım ve Yayın Dağıtım, 2015:1-7.
18. Ardiç A, Esin M. The adolescent life style profile scale: reliability and validity of the turkish version of the instrument. *The J of Nursing Research* 2015; 23(1):33-7.
19. Kulaksızoğlu A. *Ergenlik Psikolojisi*, 3. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2000: 39-63.
20. Kurtar G. Adölesanların Yaşam Tutum Profilleri ile Adölesan Sorunlarını Tanıma Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
21. Ahioğlu E. Piaget ve ergenlikte bilişsel gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2011, 19(1):1-10.
22. Barfield ST. Best Practices in Early Childhood Mental Health Programs for Preschool-Age Children. A Report to the Kansas Department of Social and Rehabilitation Services, 2004:1-33.

23. Thompson D, Batterham AM, Markovitch D, Dixon NC, Lund AJ, Walhin JP. Confusion and conflict in assessing the physical activity status of middle-aged men. *PLoSOne* 2009, 4(2):4337.
24. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definition and distinctions for health-related research. *Public Health Reports* 1985, 100:126-31.
25. Rennie KL, Wareham NJ. The validation of physical activity instruments for measuring energy expenditure: problems and pitfalls. *Public Health Nutrition*, 1998, 1(4):265-71.
26. Öztürk M. Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
27. World Health Organization. Social determinants of health and well-being among young people. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/167281/E96444_part1.pdf Son Erişim Tarihi: 06.03.2021.
28. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 3.Baskı, Ankara, 2013:25-7.
29. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>. Son Erişim tarihi: 05.05.2021.
30. Loprinzi PD, Cardinal BJ, Loprinzi KL, Lee H. Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. *Obes Facts* 2012, 5:597-610.
31. World Health Organization. Causes of Death Statistics. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Son Erişim tarihi: 05.02.2021
32. World Health Organization. Obesity Statistics. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Son Erişim tarihi: 05.02.2021
33. Tornberg J, Ikaheimo TM, Kiviniemi A, Pyky R, Hautala A, Mantysaari M, Jamsa J, Korpelainen R. Physical activity is associated with cardiac autonomic function in adolescent men. *PLoS ONE*, 2019, 14(9): e0222121.

34. Buttriss J, Hardman A. Physical activity: where are we now? In: Stanner S (ed). *Cardiovascular Disease*, 1nd ed. Oxford, Blackwell Publishing, 2005: 234-44.
35. Çengel A. Kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010, 38(1):17-24.
36. Thompson PD, Crouse SF, Goodpaster B, Kelley D, Moyna N, Pescatello L. The acute versus the chronic response to exercise, *MedSci Sports Exerc* 2001, 33(6):438-45.
37. Yumuk VD. National prevalence of obesity, prevalence of obesity in Turkey. *Obes. Rev* 2005, 6:9-10.
38. Rey-Lopez JP, Vicente-Rodríguez G, Biosca M, Moreno LA. Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutr. Metab. Cardiovas* 2008, 18: 242-51.
39. American Diabetes Association. Physical activity/exercise and diabetes. *Diabetes Care*, 2004, 27(1):58-62
40. Lee I. Physical activity and cancer prevention- Data from epidemiologic studies. *Med. Sci. Sports. Exerc* 2003, 35:1823-7.
41. Kruk J. Life time physical activity and the risk of breast cancer: A case-control study. *Cancer Detect. Prev* 2006, 31:18-28.
42. Şenışık S. Kanser ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi* 2014, 49(3):99-110.
43. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physic alactivity; the evidence. *CMAJ* 2006, 174(6): 801-9.
44. Oja P, Titze S. Physical activity recommendations for public health: development and policy context. *EPMA J. ReviewArticle* 2011, 2(3):253-9.
45. World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Recommended population levels of physical activity for health. 2010, 4:15-33.
46. World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, Geneva, 2010:7-9.
47. Halk Sağlığı Müdürlüğü. Fiziksel Aktivite. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-neden-onemli.html> Son Erişim tarihi: 06.02.2021.

48. Minsoo K, Matthew T, Mahar R, James R. Morrow Jr. Issues in the Assessment of Physical Activity in Children. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance* 2016, 87(6):35-43.
49. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update, *Med. Sci. Sports. Exerc.* 2002, 34:1996-2001.
50. King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health Psy.* 2000, 19:354-64.
51. Tomporowski PD, Davis CL, Miller PH, Naglieri JA. Exercise and children? *Educational Psychology Review* 2008, 20(2):111-31.
52. Shelton S. Mindgames: Let's play with the evolving association between physical activity and academic achievement. *Virginia Journal*, 2009, 30(1): 4-7.
53. Van Dijk ML, De Groot RH, Savelberg HH, Van A, Kirchner PA. The association between objectively measured physical activity and academic achievement in Dutch adolescents. *J Sport Exerc Psychol* 2014, 36: 460-73.
54. Alpaslan AH. Ergen Ruh Sağlığı ve Spor. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012, 13(3):181-5.
55. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B, Hampel H. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Progress in Neurobiology* 2012, 96(1):46-68.
56. Brown DR, Blanton CJ. Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. *MedSci Sports Exerc* 2002, 34:1087-96.
57. Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in Adolescence. *American Psychologist* 1993, 48(2):155-68
58. Sadock BJ, Sadock VA. *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. 3rd ed. USA, Lippincott Williams and Wilkins, 2008:463-4.
59. Şenol S. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Depresyon. İçinde: Coşar B (editör). *Depresyon*. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2005:75-11.

60. Tamar M, Öztürk Ö. Günümüz Gençlerinde Depresyonu Anlamak: Bu Alanda Ülkemizde Yapılan Çalışmalar. İçinde: Eskin M, Dereboy Ç, Harlak H, Dereboy F (editörler). Türkiye’de Gençlik Ne biliyoruz? Ne bilmiyoruz? *Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği*, 5.Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2012: 5-15.
61. Wenar C, Kerig P. *Developmental psychopathology from infancy through adolescence*. 5nd Baskı. London, Mc Graw Hill, 2005.
62. Eskin M. Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışıyla İlişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2000, 3(4):228-34.
63. Parker G, Roy K. Adolescent depression: a review. *Aust NZJ Psychiatry* 2001, 35:572.
64. Thapar A, McGuffin P. A twinstudy of depressive symptoms in childhood. *Br J Psychiatry* 1994, 165:259-65.
65. Costello EJ, Pine DS, Hammen C. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002, 52:529-42.
66. Abela JRZ, Hankin BL, Haigh EAP. Interpersonal vulnerability to depression in high risk children: the role of insecure attachment and reassurance seeking. *J Clin Child Adolesc Psychiatry* 2005, 34:182-92.
67. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60(3):253-8.
68. Patton GC, Coffey C, Carlin JB. Prematurity at birth and adolescent depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2004, 184:446-7.
69. Shatin D, Drinkard CR. Ambulatory use of psychotropics by employer-insured children and adolescents in a national managed care organization. *Ambul Pediatr* 2002, 2:111-9.
70. Ağaoğlu B. Depresif Bozukluklar. İçinde: Çetin FÇ (editör). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi*, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008:373-82.
71. Brosnahan J, Steffen LM, Lytle L, Patterson J, Boostrom A. The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic White adolescents. *Arch Pediatr AdolescMed* 2004, 158:818-23.

72. Steptoe A, Butler N. Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet* 1996, 347:1789–92.
73. Bingham PB. Physical activity and mental health literature review. 2009 http://www.mindingourbodies.ca/sites/default/files/mob_literature_review_0.pdf. Son Erişim tarihi: 08.04.2021.
74. Biddle SJH, Mutrie N. Psychology of Physical Activity. *Determinants, Well-Being and Interventions*, 2nd ed. New York, Routledge, 2008:163-6.
75. Mayo Clinic. Depression and anxiety: exerciseeases symptoms. 2020 <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/depression-and-exercise/art-20046495> Son Erişim tarihi: 11.05.2020.
76. Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud PA. Sport activity in adolescence. *Health EducRes* 1999, 14:225–33.
77. Holder MD, Coleman B, Sehn ZL. The contribution of active and passive leisure to children swell-being, *J Health Psychol* 2009, 14:378-86.
78. Bek N. *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*, 1. Baskı. Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008: 10-3.
79. Anderson D, Gutrie T, Schirle R. A Nursing Model Of Community Organization For Change. *Public Health Nurs* 2002, 19(1):40-6.
80. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27910, 8 Mart 2010.
81. KOÇ M. Depresif (Çökkünlük Bozukluklar). İçinde: Gürhan N (editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2016:510.
82. Campbell N, Gray C, Foley L, Maddison R, Prapavessis H. A domain-specific approach for assessing physical activity efficacy in adolescents: From scale conception to predictive validity. *Psyc of Sport and Exercise* 2016, 22:20-6.
83. Saygın Ö, Göral K, Bingöl E, Ceylan H. Turkish adaptation of the physical activity efficacy scale: thestudy of validity and reliability. *IJSETS* 2017, 3(2):44-54.
84. Meydanlıoğlu A, Ergun A. Reliability and Validity of Physical Activity Self-Efficacy Scale in Turkish Children. *JMHM* 2013, 1(1):22-32.

85. Brooks S. The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS). *Child and Adolescent Psychopharmacology News* 2004, 9(5):4-6.
86. Brooks SJ, Kutcher S. Diagnosis and measurement of adolescent depression: a review of commonly utilized instruments. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 2001, 11(4):341-76.
87. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol* 2002, 12(2):113-26.
88. Tatar A, Bekiroğlu B. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği Kısa Formunun (KEDÖ-6-Tr) Türkçe'ye Çevrilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *SMARTJOURNAL* 2019, 5(22):1200-9.
89. Alpkaya U. Ortaokul öğrencilerinin fiziksel aktivite yeterlikleri ile fiziksel aktivite arasındaki ilişki. *Physical Education and Sport Teaching* 2019, 23(2):59-5
90. Çatıkkaş F. Comparing Domain-Specific Physical Activity Efficacy Level Between Turkish Adolescent Girls and Boys, *JETS* 2017, 5(8):62.
91. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No:1132, Ankara, 2019:70-82.
92. Lowe GA, Lipps GE, Gibson RC, Jules MA, Kutcher S. Validation of the Kutcher Adolescent Depression Scale in a Caribbean student sample. *CMAJ open* 2018, 6(3):248-53.
93. Gesinde AM, Sanu, Oluwafunto J. Prevalence and Gender Difference in Self-Reported Depressive Symptomatology among Nigerian University Students: Implication for Depression Counselling. *The Counsellor* 2014, 33(2):129-40.
94. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR ve ark. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin PsycholRev* 1998, 18: 765-94.
95. Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.

96. Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon, aile ve toplum. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2006, 3(9):7-12.
97. World Health Organization. Spotlight on adolescent health and well-being. In: Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jastad A, Cosma A, Kelly C, Arnarsson AM. *Health Behaviour in School-aged Children*, 1nd ed. Copenhagen, 2020:13.
98. Grize L, Bringolf-Isler B, Martin E, Braun-Fahrlander C. Trend in active transportation to school among Swiss school children and its associated factors: three cross-sectional surveys 1994, 2000 and 2005, *Int. J. Behav. Nutr. Phy*, 2010, 7:28.
99. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet* 2012, 380:247-57.
100. Karabıçak GÖ. Ayaş İlçesindeki Adölesanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyinin Postür, Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Protez-Ortez-Biomekanik Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.
101. Akman M, Tüzün S. Ünalın PC. Adölesanlarda Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumu. *Nobel Med* 2012, 8(1):24-9.
102. Paffenbarger RS, Lee IM, Leung R. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994, 377:16-22.
103. Goodwin RD. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *PrevMed*. 2003, 36(6):698-703.
104. Clark C, Haines MM, Head J, Klineberg E, Arephın M, Viner R, Taylor SJ, Booy R, Bhui K, Stansfeld SA. Psychological symptoms and physical health and health behaviours in adolescents: a prospective 2-year study in East London. *Addiction (Abingdon, England)* 2007, 102(1): 126-35.
105. Mc Kercher C, Sanderson K, Schmidt MD. Physical activity patterns and risk of depression in young adulthood: a 20-year cohort study since childhood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014, 49(11):1823-34.

106. Ünal İ. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite ve Depresyon Düzeyi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2020.
107. Gürsu Ö. Ergenlerde psikolojik sağlığın demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi* 2012, 5(1):110-30.
108. Akça S, Selen F, Demir E, Demir T. Cinsiyet ve Yaş Farklılıklarının Ergenlerin Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Kendine Zarar Verme, Psikoz, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Alkol-Uyuşturucu Bağımlılığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile İlişkili Sorunlara Etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2018, 45(3):255-64.
109. Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Annals of Medicine* 1999, 31:372-9.
110. Kessler M, Petukhova NA, Sampson AM, Zaslavsky HU. Twelve-month point prevalence and life time morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int. J. Methods Psychiatr. Res* 2012, 21:169-84.
111. Gür A. Ergenlerde Depresyon ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1996.
112. Moeini B, Bashirian S, Soltanian AR, Ghaleiha A, Taheri M. Prevalence of depression and its associated socio demographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC Psychol* 2019, 7:25.
113. Islam MS, Rahman ME, Moonajilin MS, vanOs J. Prevalence of depression, anxiety and associated factors among school going adolescents in Bangladesh: Findings from a cross-sectional study. *PLoS One*. 2021, 16(4):e0247898.
114. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002, 3:155-61.
115. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socio economic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003, 157(2):98-112.
116. Chen L, Wang L, Qiu X H, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, Liang Y. Depression among Chinese university students: prevalence and socio-demographic correlates. *PloS one* 2013, 8(3): e58379.

117. Steptoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J. Depressive symptoms, socio-economic back ground, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *Int J BehavMed.* 2007, 14(2):97-107.
118. Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel L, Ergin A, Ergin N, Atesci F, Karadag F. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *CroatMed J.* 2005, 46(1):96-100.
119. Emiroğlu M, Murat M, Bindak R. Lise son sınıf öğrencilerinin depresyon düzeylerinin yordayan sosyo-demografik değişkenlerin belirlenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2011, 10(38):262-74.
120. Üner S, Ozcebe H. Assessment of Depression and Risk Factors using Beck Depression Inventory in High School Students. *Erciyes Med Journal* 2008, 30:250-8.
121. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2007, 15(1):83-92.
122. Türkleş S, Hacıhasanoğlu R, Çapar S. Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 11(2):18-28.
123. Lacomba-Trejo L, Valero-Moreno S, Montoya-Castilla I, Perez-Marin M. Psychosocial Factors and Chronic Illness as Predictors for Anxiety and Depression in Adolescence. *Front Psychol* 2020, 11:25-9.
124. Kim E, Lee YM, Riesche L. Factors affecting depression in high school students with chronic illness: A nationwidecross-sectional study in South Korea. *Arch Psychiatr Nurs* 2020, 34(3):164-8.
125. Chi X, Huang L, Wang J, Zhang P. The Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Depressive Symptoms in Early Adolescents in China: Differences in Only Child and Non-Only Child Groups. *Int J Environ ResPublic Health* 2020, 17(2):438.
126. Storksen I, Roysamb E, Holmen TL, Tambs K. Adolescent adjustment and well-being: effects of parental divorce and distress. *Scand J Psychol* 2006, 47(1):75-84.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Katılımcı Onam Formu

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından Adölesanların Fiziksel Aktivite Yeterliliklerinin Depresyon Düzeylerine Etkisi başlıklı yüksek lisans tezi için planlanmıştır. Araştırma amacıyla yapılan bu çalışmada doğrudan kimliğinizi açık edecek herhangi bir soru bulunmamakta ve elde edilen bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu amaçla sizden istenen her soruyu rahatlıkla ve objektif olarak yanıtlayabilirsiniz. Ankette yer alan soruların eksiksiz cevaplanması çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Esmâ KESKİN
Yüksek Lisans Öğrencisi
İnönü Üniversitesi

EK-3. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Kaç Yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?

Kız Erkek

3. Kaçınıcı sınıftasınız?

9.Sınıf 10. Sınıf 11. Sınıf 12. Sınıf

4. Bir hastalığınız var mı?

a)Yok

b)Var;

Astım Kalp hastalığı Diyabet Troid bezi hastalıkları

Epilepsi Böbrek rahatsızlıkları Diğer

5. Aileniz kendiniz dâhil kaç kişiden oluşmaktadır?

2 3 4 5 6 veüzeri

6.Annenizin eğitim düzeyi nedir?

Okur-yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise mezunu Yükseköğretim mezunu

7.Annenizin mesleğini uygun kutucuğa işaret koyarak belirtiniz.

İşçi Çalışmıyor Emekli Memur Serbest meslek

8.Babanızın eğitim düzeyi nedir?

Okur-yazar İlkokulmezunu Ortaokulmezunu Lise mezunu Yükseköğretimmezunu

9. Babanızın mesleğini uygun kutucuğa işaret koyarak belirtiniz.

İşçi Çalışmıyor Emekli Memur Serbest meslek

10. Ailenizin aylık gelirini nasıl algılıyorsunuz?

İyiOrtaKötü

11. Sađlđınızı nasıl algılıyorsunuz?

İyİ Orta Kötü

12. Anne babanızın

Her ikisi de sağ Anne sağ Baba sağ

13. Anne babanızın medeni durumu nedir?

Evli Boşanmış



EK-4 Fiziksel Aktivite Yeterliliği Ölçeği (FAYÖ)

Aşağıda bulunan sorularda, artarak devam eden şiddet seviyelerinde (düşük, orta ve yüksek olmak üzere) ve sürelerde (dakika olarak), çeşitli fiziksel etkinliklere katılım konusunda **Kendinize Ne Kadar Güvendiğiniz** sorulmaktadır. “Kendine Güvenmek” sözü ile bir şeyi başarı ile tamamlayabileceğinize olan inancınız ifade edilmektedir. Düşük, orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivitelerle nelerin ifade edildiğini daha iyi kavrayabilmek için lütfen altta yer alan açıklamaları okuyunuz.

Düşük Şiddetli Etkinlikler: Hareket halinde iken kalp ritminizi ve soluk alışverişinizi fazlaca artırmayan, havanın gerçekten çok sıcak olmadığı zamanlarda sizi terletmeyen, etkinlik esnasında rahatlıkla konuşmaya ve konuşmayı sürdürürebilmenize imkân veren faaliyetler.

Orta Şiddetli Etkinlikler: Kalp ritminizi ve nefes alışverişinizi olağanın üzerine yükselten, terlemenize sebep olabilen, bacaklarınızda yorgunluğu hissedebileceğiniz, etkinlik esnasında konuşmayı ve konuşmayı sürdürmenizi zorlaştırabilen faaliyetler.

Yüksek Şiddetli Etkinlikler: Kalbinizin çok hızlı çarptığı, çok hızlı soluk alıp verdiğiniz, terlediğiniz, bitkin hissetmenize sebep olan, bacaklarınızın kendinize bile yüksek geldiği, etkinlik esnasında konuşabilmenin çok zor olduğu faaliyetler.

Aşağıdaki ölçeği kullanarak, her soruya en uygun olan (0-100%) cevabı veriniz.

	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	
	Hiç Güvenmiyorum			Kısmen Güveniyorum						Tamamen Güveniyorum		
	Okulda Fiziksel Aktivite											
	Okulda beden eğitimi derslerine katılabilir ya da ders öncesi veya sonrası okul etkinliklerine katılabilirsiniz (futbol, voleybol, konser vs.) Bu etkinlikler, orta şiddetli seviyeden çok şiddetli seviyeye kadar değişkenlik gösterebilir.											
S.1	Okul haftasının HER GÜNÜNDE ORTA ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKALIK beden eğitimi veya diğer okul etkinliklerini yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?											
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	
S.2	Okul haftasının HER GÜNÜNDE ORTA ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKALIK beden eğitimi veya diğer okul etkinliklerini yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?											
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	
S.3	Okul haftasının HER GÜNÜNDE ORTA ŞİDDETLİ seviyede 120 DAKİKALIK beden eğitimi veya diğer okul etkinliklerini yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?											
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	
S.4	Okul haftasının HER GÜNÜNDE YÜKSEK ŞİDDETLİ seviyede 15 DAKİKALIK beden eğitimi veya diğer okul etkinliklerini yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?											
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	
S.5	Okul haftasının HER GÜNÜNDE YÜKSEK ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKALIK beden eğitimi veya diğer okul etkinliklerini yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?											
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	
S.6	Okul haftasının HER GÜNÜNDE YÜKSEK ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKALIK beden eğitimi veya diğer okul etkinliklerini yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?											
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100	

Ulaşımında Fiziksel Aktivite	
	Bazen, bir yerden bir yere ulaşmak amacı ile orta şiddetle bisiklet kullanabilir veya yavaş tempoda koşabilirsiniz.
S.1	Haftanın BEŞ YA DA DAHA FAZLA gününde ORTA ŞİDDETLİ seviyede 15 DAKİKA bisiklete binmek ya da yavaş tempoda koşmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100
S.2	Haftanın BEŞ YA DA DAHA FAZLA gününde ORTA ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKA bisiklete binmek ya da yavaş tempoda koşmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100
S.3	Haftanın BEŞ YA DA DAHA FAZLA gününde ORTA ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKA bisiklete binmek ya da yavaş tempoda koşmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

Ev İçi Fiziksel Aktivite	
	Temizlik yapmak (yerleri süpürmek, toz almak vs.), çamaşır ve bulaşık yıkamak (yıkamak, kurulamak ve bulaşık makinesini doldurup- boşaltmak) düşük veya orta şiddette gerçekleştirilen yaygın ev işleridir. Eğer kırsal bir bölgede yaşıyorsanız; ev işleri, ahır işleri ve çiftlik hayvanlarını beslemek gibi bazı fiziksel aktiviteleri de içerebilir.
S.1	Haftanın İKİ YA DA DAHA FAZLA gününde HAFİF ŞİDDETLİ seviyede 15 DAKİKA ev işleri yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100
S.2	Haftanın İKİ YA DA DAHA FAZLA gününde HAFİF ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKA ev işleri yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100
S.3	Haftanın İKİ YA DA DAHA FAZLA gününde HAFİF ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKA ev işleri yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100
S.4	Haftanın İKİ YA DA DAHA FAZLA gününde ORTA ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKA ev işleri yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100
S.5	Haftanın İKİ YA DA DAHA FAZLA gününde ORTA ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKA ev işleri yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?
	%0 %10 %20 %30 %40 %50 %60 %70 %80 %90 %100

Boş Zaman ve Rekreasyon Fiziksel Aktivite										
Boş zamanlarınızda spor yapabilir veya spor/fitness salonlarına gidebilirsiniz. Örneğin; rugby, hokey, futbol oynayabilir, dans edebilir, ata binebilir, koşmaya gidebilir veya ağırlık kaldıracabilirsiniz vs. Özellikle hangi aktiviteleri yaptığınızı düşünün. Bu tarz aktiviteler genellikle orta ve yüksek şiddetli seviyelerde yapılır.										
Haftanın ÜÇ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE ORTA ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKA bu tür fiziksel aktiviteleri yapma konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Haftanın ÜÇ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE ORTA ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKA bu tür fiziksel aktiviteleri yapma konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Haftanın ÜÇ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE ORTA ŞİDDETLİ seviyede 120 DAKİKA bu tür fiziksel aktiviteleri yapma konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Haftanın ÜÇ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE YÜKSEK ŞİDDETLİ seviyede 15 DAKİKA bu tür fiziksel aktiviteleri yapma konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Haftanın ÜÇ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE YÜKSEK ŞİDDETLİ seviyede 30 DAKİKA bu tür fiziksel aktiviteleri yapma konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
Haftanın ÜÇ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE YÜKSEK ŞİDDETLİ seviyede 60 DAKİKA bu tür fiziksel aktiviteleri yapma konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100

Belirli yerlere ulaşabilmek amacıyla düşük şiddetli yürüyüşler yapabilirsiniz. Okula ya da işe gidiş geliş, otobüs durağına gidiş geliş, bir arkadaşın evine yürüyüş ya da öğle yemeği için şehir içinde yürümek vb. aktiviteler buna örnektir.										
S.4	Haftanın BEŞ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE DÜŞÜK ŞİDDETLİ seviyede, 15 DAKİKA yürüyüş yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?									
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90
S.5	Haftanın BEŞ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE DÜŞÜK ŞİDDETLİ seviyede, 30 DAKİKA yürüyüş yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?									
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90
S.6	Haftanın BEŞ YA DA DAHA FAZLA GÜNÜNDE DÜŞÜK ŞİDDETLİ seviyede, 60 DAKİKA yürüyüş yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?									
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90

Okul İçi Gezinti ve Ulaşımında Fiziksel Etkinlik											
	Okulda, ders aralarında ve öğle yemeği aralarında, sınıflara gidiş gelişlerde yürüyebilir ve hatta birkaç merdiven inip çıkabilirsiniz. Bu yürüyüşler genel olarak düşük şiddetli fiziksel aktivitelerdir.										
S.1	Okul haftasının HER GÜNÜNDE DÜŞÜK ŞİDDETLİ seviyede, okul zamanı boyunca 15 DAKİKA yürüyüş yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
S.2	Okul haftasının HER GÜNÜNDE DÜŞÜK ŞİDDETLİ seviyede, okul zamanı boyunca 30 DAKİKA yürüyüş yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100
S.3	Okul haftasının HER GÜNÜNDE DÜŞÜK ŞİDDETLİ seviyede, okul zamanı boyunca 60 DAKİKA yürüyüş yapmak konusunda kendinize ne kadar güvenirsiniz?										
	%0	%10	%20	%30	%40	%50	%60	%70	%80	%90	%100



EK-5. Kutcher Ergen Depresyon Ölçeği (KEDÖ)

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA AŞAĞIDAKİ MADDELERE GÖRE GENELLİKLE YA DA SIKLIKLA NASIL OLDUĞUNUZU DEĞERLENDİRİN:

1. Keyifsizlik, üzüntü, can sıkıntısı, depresif ruh hali, rahatsız edilmeme isteği.

0 - Nerdeyse hiç 1 - Bazen 2 - Sıklıkla 3 - Her zaman

2. Hırçın, çabuk öfkelenen, sinirli, kontrolü kaybetmiş.

0 - Nerdeyse hiç 1 - Bazen 2 - Sıklıkla 3 - Her zaman

3. Uyku Sorunları – Her zamankinden farklı (hastalığınızdan önceki dönemlerden), uykuya dalmada güçlük, yatakta uyanık kalmak.

0 - Nerdeyse hiç 1 - Bazen 2 - Sıklıkla 3 - Her zaman

4. Çeşitli Alanlarda İstek Kaybı: arkadaşlarla dışarı çıkmak, en yakın arkadaşla birlikte olmak, kız/erkek arkadaşla vakit geçirmek, ev dışına çıkmak, okulla ilgili işleri yapmak, ya da genel olarak iş yapmak, hobilerle ya da sporla uğraşmak.

0 - Nerdeyse hiç 1 - Bazen 2 - Sıklıkla 3 - Her zaman

5. Değersizlik, umutsuzluk, insanları hayal kırıklığına uğratma, iyi bir insan olamama

0 - Nerdeyse hiç 1 - Bazen 2 - Sıklıkla 3 - Her zaman

6. Yorgunluk, bitkinlik, enerji azlığı, heves etmeme, işleri zorla yapma, sıklıkla dinlenme ya da uzanma ihtiyacı duyma.

0 - Neredeyse hiç

1 - Bazen

2 - Sıklıkla

3 - Her zaman

7. Dikkati toplamada güçlük, kendini işe verememe, çalışma zamanında hayal kurma, okurken odaklanamama, iş ya da okuldan sıkılma.

0 - Neredeyse hiç

1 - Bazen

2 - Sıklıkla

3 - Her zaman

8. Hayatın yeterince eğlenceli olmadığını hissetme, (hasta olmadan önce) normalde iyi hissedilen kadar iyi hissetmeme, önceden (hasta olmadan önce) keyif alınan aktivitelerden keyif alamama.

0 - Neredeyse hiç

1 - Bazen

2 - Sıklıkla

3 - Her zaman

9. Endişeli, sinirli, telaşlı, gergin, kaygılı hissetme.

0 - Neredeyse hiç

1 - Bazen

2 - Sıklıkla

3 - Her zaman

10. Endişenin fiziksel belirtileri: başağrısı, midede kelebekler uçuyormuş hissi, bulantı, karıncalanma, huzursuzluk, ishal, titreme.

0 - Neredeyse hiç

1 - Bazen

2 - Sıklıkla

3 - Her zaman

11. Kendine zarar verme ya da intiharla ilgili düşünceler, planlar veya girişimler.

0 - Hiçbir plan,
düşünce veya
davranış yok

1 - Zaman zaman
düşünceler var,
hiç plan davranış yok

2 - Sıklıkla düşünceler
var, hiç plan ya da
davranış yok

3 - Zarar verebilecek
planlar ya da davranışlar
var

TOPLAM PUAN:

EK-6 Ölçek Kullanım İzni



EK-7. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



EK-8. Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğü Çalışma İzni

