



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ADÖLESAN SPORCULARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

AHMET GÖKHAN DÜNDAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2020



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ADÖLESAN SPORCULARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

AHMET GÖKHAN DÜNDAR

20167990

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

YR. DOÇ. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŞA

2020

KABUL VE ONAY

..... tarafından hazırlanan “.....”
başlıklı bu çalışma,/...../ tarihinde yapılan savunma sınavı
sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi
olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yr. Doç. Meryem Karaaziz (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Doç. Dr. Başak Bağlama Yücesoy (Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi
Özel Eğitim Bölümü

Dr.Bingöl Harmancı
Yakın Doğu Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad Soyad

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin başlangıcından sonuna kadar engin bilgi ve donanımlarıyla beni aydınlatan, ilgi ve katkılarıyla her daim destek olan tez danışmanım, kıymetli hocam Yr. Doç. Meryem KARAAZİZ'a,

Psikoloji alanında eğitimime başladığım dönem itibariye her zaman örnek aldığım, kişisel gelişimimde ve akademik yaşantımda çok büyük katkıları olan değerli hocam Prof.Dr. Ebru Tansel ÇAKICI ve tüm ders hocalarıma,

Üniversite ve tüm eğitim hayatım boyunca eğitimime destek ve yardımcı olan, eğitim hayatıma devam etmemde ve ilerlememde büyük katkıları olan, hayatımın her anında bana destek olarak büyümemi sağlayan çok sevgili Annem Şahize DÜNDAR ve Babam Sıraç DÜNDAR ve kız kardeşim, meslektaşım Uzm. Psk. Sadiye DÜNDAR AKTAŞ'a

T.C Gençlik ve Spor Bakanlığı Sporcu Sağlığı Performansı ve Hizmet Kalite Standartları Dairesi Başkanı Sayın Op. Dr. Adnan HASANOĞLU'na ve yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez yazım sürecinde sporcu sağlığı alanındaki bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren değerli hocam Dt. Osman HAMAMCILAR'a,

Tez yazım süresince ve veri toplama aşamasında yardımcı olan ve motive eden değerli iş arkadaşlarım ve meslektaşlarım Uzm. Psk. Gizem AYTAÇ, Dyt. Gözde ŞENTÜRK, Uzm. Psk. Merve ERDOĞDU, Psk. Büşra AĞIR ve Psk. Mesut BARUT'a,

Tüm yaşamım boyunca bana inanan, eğitim hayatımda maddi manevi her türlü destekleri ile yanımda olan, sevgilerini her zaman hissettiğim ve sayelerinde hayallerime ve hedeflerime ulaşacak gücü bulduğum, her daim yanımda olan çok sevgili ailem, değerli aile büyüklerim ve sevgili amcalarım Abdulkadir DÜNDAR ve Mehmet DÜNDAR'a teşekkür ediyor ve tezimi kendilerine ithaf ediyorum.

ÖZ

ADÖLESAN SPORCULARIN DERPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada, adölesan sporcuların depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin ölçülmesi, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve depresyon, anksiyete ve stresin sosyo-demografik değişkenlere göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın çalışma grubunu, 2020 yılında Ankara ilinin Eryaman ilçesi, T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'nda farklı branşlarda spor yapan 266 adölesan sporcu oluşturmaktadır. Araştırmada gönüllük esas alınıp uygun örnekleme yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, kişisel bilgi formu ve Lovibond S ve Lovibond H tarafından geliştirilip, Akın ve Çetin tarafından Türkçeye uyarlanan Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği kullanılmıştır. Anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler SPSS 20.00 programıyla analiz edilmiştir. Analizler sonucunda, katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının cinsiyet, yaş ve spor psikologu desteği alma göre anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların depresyon ve anksiyete puanlarının branşa göre anlamlı fark gösterdiği fakat stres puanlarının branşa göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir. Buna ek olarak, katılımcıların anksiyete puanlarının branşa başlama yaşına göre anlamlı fark gösterdiği fakat depresyon ve stres puanlarının branşa başlama yaşına göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir. Depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, stres ve anksiyete değişkenleriyle kurulan regresyon modelinin depresyonu anlamlı bir şekilde yordadığı, stres ve depresyon değişkenleriyle kurulan regresyon modelinin anksiyeteyi anlamlı bir şekilde yordadığı ve depresyon ve anksiyete değişkenleriyle kurulan regresyon modelinin de stresi anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür. Araştırmanın bulguları ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmış ve öneriler sunulmuştur. Bu kapsamda, kullanılan ölçekte yer alan depresyon, anksiyete ve stresin yüksek korelasyona sahip olduğu ve birbirlerini önemli derecede etkilediği sonucuna varılmış ve sporcuların bunlarla baş edebilemesi için ihtiyaç duydukları eğitimi almaları gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, depresyon, anksiyete, stres

ABSTRACT

INVESTIGATION OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS LEVELS OF ADOLESCENT ATHLETES

The study group of the study was established in 2020 in Ankara, Eryaman district, T.C. Ministry of Youth and Sports, Olympic Preparation Center in Turkey constitutes 266 adolescent athletes in different branches of sports. In the research, voluntary basis was taken and appropriate sampling was done. As the data collection tool, the Personal Information Form and the Depression, Anxiety and Stress Scale developed by Lovibond S and Lovibond H and adapted to Turkish by Akin and Çetin were used in the study. The data obtained as a result of the survey application were analyzed with SPSS 20.00 program. As a result of the study, It was found that the depression, anxiety and stress scores of the participants did not show a significant difference according to the support of gender, age and sports psychologist. In addition, it was determined that the depression and anxiety scores of the participants showed a significant difference according to the branch, but the stress scores did not show a significant difference according to the branch. In addition, it was determined that the anxiety scores of the participants showed a significant difference according to the age of starting the branch, but the depression and stress scores did not differ significantly according to the age of starting the branch. According to the Pearson correlation test conducted to determine the relationship between depression, anxiety and stress, it was determined that there were high levels of positive correlations between depression, anxiety and stress. In addition, it was observed that the regression model established with the variables of stress and anxiety significantly regressed depression, the regression model established with the stress and depression variables significantly regressed anxiety, and the regression model established with the depression and anxiety variables regressed stress significantly. The findings of the research were discussed within the framework of the relevant literature and suggestions were presented.

Keywords: Adolescent, depression, anxiety, stres.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR iii

ÖZ iv

ABSTRACT v

İÇİNDEKİLER vi

TABLO DİZİNİ ix

KISALTMALAR xii

1. BÖLÜM

GİRİŞ.....1

1.1. Problem Durumu.....4

1.2. Araştırmanın Amacı.....6

1.3. Araştırmanın Önemi.....7

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....8

1.6. Tanımlar.....8

2.BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....10

2.1. Adölesan Tanımı.....10

2.1.1. Adölesan Dönemi Genel Özellikleri.....11

2.1.2. Adölesan ve Spor.....14

2.1.3. Adölesan ve Depresyon.....18

2.1.4. Adölesan ve Anksiyete.....20

2.1.5. Adölesan ve Stres21

2.2. Depresyon23

2.2.1. Depresyon Kurumsal Açıklamaları.....	24
2.2.1.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	24
2.2.1.2. Davranışçı Yaklaşım.....	26
2.1.1.3.Bilişsel Yaklaşım.....	27
2.2.2. Depresyonun Tanı Ölçütleri	29
2.3. Anksiyete.....	33
2.3.1. Anksiyetenin Kurumsal Açıklamaları.....	35
2.3.1.1. Psikodinamik Yaklaşım	35
2.3.1.2. Varoluşçu Yaklaşım.....	36
2.3.1.3. Davranışçı Yaklaşım.....	37
2.3.1.4. Bilişsel Yaklaşım.....	37
2.3.3. Anksiyetenin Tanı Ölçütleri	39
2.4. Stres	41
2.4.1. Stres Kuramları.....	42
2.4.2. Stres Belirtileri.....	47
2.4.3. Stres Sonuçları.....	50

3.BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	52
Araştırmanın Modeli.....	52
Evren ve Örneklem.....	52
Veri Toplama Araçları.....	53
Kişisel Bilgi Formu.....	53
Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği.....	54
Verilerin Toplanması.....	54
Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	55

4. BÖLÜM

BULGULAR.....	56
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA.....	71
6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
6.1 SONUÇ	
KAYNAKÇA.....	77
EKLER.....	98
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	99
EK 2. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği	100
ÖZGEÇMİŞ.....	101
İNTİHAL RAPORU.....	102
ETİK KURUL ONAYI.....	103
AYDINLATILMIŞ ONAM.....	104
BİLGİLENDİRME FORMU.....	105

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örneklem büyüklüğü.....	38
Tablo 2. Araştırmada kullanılan ölçeğin normallik değerleri.....	40
Tablo 3. Tanımlayıcı istatistikler.....	42
Tablo 4. Katılımcılara ait demografik veriler.....	42
Tablo 5. Depresyon, Anksiyete ve Stres durumlarının dağılımı.....	42
Tablo 6 .Katılımcıların yaşlarına ait ve branşa başlama yaşları ile ilgili bilgiler.....	49
Tablo 7. Cinsiyet ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişkisi.....	50
Tablo 8. Spor psikoloğu desteği ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişki.....	52
Tablo 9. Branş ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişki.....	53
Tablo 10. Branşa başlama yaşı ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişki.....	54
Tablo 10. Sporcuların yaşı ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişki.....	55
Tablo 11. Ölçek puanları arasındaki ilişki.....	56
Tablo 12. Stres ve anksiyetenin DEPRESYONU açıklama durumuna ilişkin regresyon analizi.....	57

Tablo 13. Stres ve depresyonun ANKSİYETİYİ açıklama durumuna regresyon analizi.....	58
--	-----------

Tablo 14. Anksiyete ve depresyonun STRESİ açıklama durumuna regresyon analizi.....	59
---	-----------

KISALTMALAR

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences(Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi)

TDK: Türk Dil Kurumu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

ICD: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)

1. BÖLÜM

GİRİŞ

İnsanlık tarihinin başlangıcına değin uzanan bir geçmişe sahip olan spor, toplumsal yaşıntının önemli bir parçası olarak dikkat çekmektedir. Spor gelişen ekonomik koşullar, sanayileşme, yoğun kentleşme, serbest zamanda oluşan artış, bireylerin kişisel sağlık kaygıları gibi nedenlerle, yeni anlamlar kazanarak günlük yaşamda önemli bir yer almaya başlamıştır. Spor elit nitelikli (performans amaçlı) yapılaşının yanında, sağlıklı yaşam için ya da diğer deyişle yaşam kalitesini yükseltmek amaçlı yapılaşıyla da hızla öne çıkmaktadır. Fakat bu boyut daha çok biyolojik kökenli gibi algılanmakta, buna karşın davranışsal boyut üzerinde fazlaca durulmamaktadır (Çiçek ve ark., 2015; Yamak, 2015; Bayoğlu ve Karagün, 2017).

Spor ve egzersiz, etnik köken, cinsiyet ve/veya yaşa bakılmaksızın, fiziksel ve psikolojik sağlık durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Düzenli yapılan fiziksel egzersiz, pek çok hastalığın gelişme riskini azaltmakta ve hastalık durumlarında semptomların hafiflemesinde etkin rol oynamaktadır. (Antunes ve ark., 2005; Ströhle, 2008).

Adölesan sağlığında yapılan sporun direkt veya dolaylı olarak pek çok olumlu etkisi bulunmaktadır. Sporla ilgilenen çocuklarda ağrı, anksiyete uyku düzensizliğinin sporla uğraşmayan adölesanlara göre daha az olduğu görülmüştür. Bu gibi sebeplerle adölesan dönemde yapılan sporun önemi oldukça büyüktür (Merrick ve ark., 2005; Twish ve ark., 2002).

Adölesan dönem fiziksel büyüme, ikincil cinsel özelliklerin gelişimi ve psikososyal becerilerin olgunlaşması ile tanımlanır. Bu değişim ve gelişim döneminde bireysel farklılıklar oldukça fazladır. Spor aktivitelere katılmak da farklılığa etki eden faktörlerdendir. Çocukluk ve ergenlik döneminde düzenli fiziksel aktivite genel sağlığı iyileştirir ve birçok kronik hastalık için riski azaltır (Caine ve ark., 2014).

Uluslararası Spor Psikolojisi Derneği (ISSP)'nin 1992 yılında yaptığı açıklamalarda egzersizin ve fiziksel katılımın ruhsal faydalarına değinilmiştir (ISSP, 1992). Egzersiz, psikolojik tedavi kaygı ve depresyon tedavilerinde kullanılmakta olup, beyin kimyasındaki temel alanlarda değişiklik sağlamaktadır ve nörotransmitterleri ve endorfinleri etkilediği savunulmaktadır (Greist ve Jefferson 1992). Murphy'nin 1994'te norepinefrin ve serotonin salımının mutsuz modda takılı kalmaya engel olucu etkisinden bahsetmiştir. Egzersizle beraber beyinde endorfin salgılandığı bulunmuş ve bu yüzden egzersizle ortaya çıkacak endorfinin kişinin iyilik halini etkilediği bilinmektedir.

Sporun ruh sağlığı üzerine etkisi birçok araştırmacı tarafından incelenmiş olup, depresyon tedavisinde ve depresyondan korunmada sporun rolünün olduğuna ilişkin bilgiler ümit vericidir. Düzenli olarak yapılan aerobik egzersizin özgüvende artış, olumsuz düşüncelerden uzaklaşma, uykuda düzelme ve strese uyum sağlama, depresyon riskini azalttığı gibi ruhsal etkilerinden söz edilmektedir. Yeni bir araştırmaya göre düşük düzeydeki fiziksel egzersizin bile kadınlar arasında depresyonu ve depresif belirtileri azalttığı saptanmıştır (Azar ve ark., 2008). Fiziksel egzersizden kaynaklanan gelişimleri psikolojik nedenlerle açıklayan birçok teori de ileri sürülmüştür. Bu teorilerden bazılarına göre; egzersiz bilincin değişimini ve daha çok rahatlamasını sağlayan bir meditasyon şekli olduğu, egzersizin bilişsel sistemde oluşabilen anksiyete ve stres gibi olumsuz duygu durumlarını engellediğini ifade etmişlerdir (Long, 1983).

Anksiyete, organizmayı uyarmakta, organizmaya korutucu ve güdüleyici etkiye bulunmaktadır. Böylelikle karşılaşılan tehlikeli durumlarla mücadele etmeye yardıma bulunur. Anksiyetenin rahatsızlık olarak değerlendirilebilmesi için uyarıcının şiddetinin orantısız olması ve zamanla daha da şiddetlenmesi gerekmektedir. Bireyin işlevselliğine zarar verip, fiziksel belirtilerin oluşmasıyla anksiyete rahatsızlık haline gelmektedir. Anksiyete yaşayan birey durumu kontrol edemez ve bu durumla mücadele edebilecek enerjiyi kendisinde bulamaz ayrıca sosyal ilişkilerinde de bozulmalar oluşur. Aile ve iş hayatındaki ilişkiler ile yakın ilişkileri zarar gören bireyin, yaşadığı kaygı durumu hayatının birçok alanına etki etmeye başlar. Bütün bu etkilerin yanında bireyde kalp çarpıntısı, ağız kuruluğu ve çeşitli ağrılar gibi fizyolojik belirtilerde görülmeye başlanabilir. Bu belirtilerle birde görülmeye başlandığında, anksiyete rahatsızlık olarak ele alınıp, değerlendirilebilir (Şenel ve ark., 2010).

Stres kavramı, uzun zamandır yaygın olarak kullanılmasına rağmen tek bir tanımı yoktur. Konuyla alakalı uzmanlar, bu kavramın açıklanmasındaki zorluğu, temel olarak kavramın duygusal bir durumu ifade etmesini sebep göstermişlerdir. Bu yüzden de literatürde farklı tanımlara yer verilmiştir. Stres, bireyin kişi ve çevre etkileşimi sonucunda oluşmaktadır. Bu etkileşimde stresi yaratan durum bireylerin olayları ve kişileri stres kaynağı olarak algılamalarıdır (Çakır, 2006). İnsanların stres kaynakları, bireyin kişiliklerini ortaya çıkaran huy, mizaç, karakter yapıları ve yetenekleri olabilir (Eren, 2000). Stresle gerektiği gibi başa çıkılamadığı durumlarda, stresin kişi üzerinde farklı fizyolojik ve psikolojik tepkimeler yaratır. Stresli bir durum yaşandığında yapılması gereken öncelikli iş; durumu üstlenip bu durumu yeteri kadar önemsemektir. Kişinin stres karşısında elde ettiklerini kaybetmemesi için yapması gereken en önemli unsur; kendi hayatının kontrolünü elinde tutmaya çalışmasıdır (İlgar, 2001).

Stres olgusu ile birçok bilim dalı uzun yıllardır ilgilenmektedir. Özellikle, psikoloji, nöroloji, fizyoloji, sosyoloji, antropoloji, biyokimya, endokrinoloji ve immünoloji gibi birçok bilim alanı stres olgusu ile ilgili çalışmalar yürütmektedir. Stres çalışmalarının genel olarak, stresin elektro-fizyolojik, nöro-kimyasal, endokrin ve immünolojik etkileri gibi psiko-biyolojik sonuçlara odaklanmaktadır. Stresin bir sonucu olarak performans, bilişsel işleyiş, duygusal yaşam ve sosyal işleyiş gibi stresli yaşam olayıyla başa çıkma ve stresin etkilerini azaltmak için yapılan terapötik ve önleyici müdahaleler gibi psikolojik ve sosyal olgular da çok dikkat toplamaktadır (Steinberg ve Ritzmann, 1990).

Stres, algılandığı biçimiyle, organizmayı etkileyen herhangi bir şey karşısında organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (Yıldıran, 1991). Bu zorlanmalardan dolayı oluşan olumsuz duygu durumların başında anksiyete ve depresyon gelmektedir (Kocabaşoğlu, 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan araştırmaya göre, dünya nüfusunun %3,6'sı anksiyete bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir. Araştırmaya göre, anksiyete bozukluğunun görülme oranı kadınlarda %4,6 erkeklerde ise %2,6'dır. Anksiyete bozukluğunun en yoğun görüldüğü dönem, kadınlarda 40-44, erkeklerde ise 15-19 yaş aralığıdır. DSÖ'nün 2017 yılında Dünya Sağlık Günü ana teması olan "depresyon" konusunda yayınladığı rapora göre; Dünya'da 322 milyon kişi depresyon sorunu yaşamakta ve son 10 yılda yüzde 18 artan bu sayı, dünya nüfusunun %4,4'ünü oluşturmaktadır. Raporda, Türkiye nüfusunun %4,4'ü, yani 3 milyon 260 bin 677 kişinin depresyon sorunu yaşamakta olduğu belirtilmiştir (DSÖ, 2017). Depresyon, anksiyete ve

duygu durum bozukluklarına neden olan stresin bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bunun yanında hareketsiz yaşam, tüm dünyada giderek artan bir boyuta ulaşmıştır. Hareketsiz yaşamın neden olduğu bedensel, ruhsal hastalık ve sorunların kaygı verici düzeylerde olduğu otoriteler tarafından kabul edilmektedir (Zorba, 2014).

1.1. Problem Durumu

Adölesan dönem yetişkinliğe geçişi sağlayan ruhsal, zihinsel, fiziksel ve sosyal büyümenin hızlı bir şekilde gerçekleştiği dönemdir.

Gelişim dönemlerinden, çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş süreci olarak tanımlanan adölesan dönem, bireyin fizyolojik ve psikolojik olarak gelecekteki yaşamını etkileyen bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar kendi kimliklerini oluşturmaya başlarlar ve bu kimliği sosyal olarak kabul etmeyi amaçlarlar. Bu nedenle, adölesanların bu dönemde birçok farklı psikolojik sorunları olabilir. Adölesan döneminde bulunan sporcuların antrenörleriyle, ailesiyle olan ilişkisi ve takım içerisinde olası sorunların ortaya çıkması ve bu sorunların çözümünde kişinin davranışları hayati bir öneme sahiptir (Oğuz ve ark., 2018).

Düzenli fiziksel aktivitenin çocuklar ve adölesanlarda fiziksel uygunluğun artmasını, vücut yağlarının azalmasını, kemik sağlığının gelişmesini, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasını desteklediği gösterilmiştir (Rogol ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü, 2015 yılında her gün 3000'in üzerinde olmak üzere tahmini 1,2 milyon adolesanın, çoğunlukla önlenabilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı öldüğünü, yetişkinlik dönemindeki tüm zihinsel sağlık bozukluklarının yarısının 14 yaşına kadar başladığını, buna karşılık çoğu vakanın farkedilmediğini ve tedavi edilmediğini bildirdi (Thompson ve ark., 2017). Adölesanlar arasında görülen önemli ruh sağlığı problemlerinden büyük bir kısmının da depresyon ve kaygı bozuklukları olduğu bilinmektedir (Kerner, 2013).

Klinik olarak depresyon, uzun süre devam eden ve kişinin hayatını bir bütün olarak olumsuz şekilde etkileyen mutsuzluk, hayattan keyif almama halidir. Buna göre kişinin duyguları, düşünceleri, davranışları ve bedensel fonksiyonları aynı anda olumsuz yönde

etkilenir (Nolen Hoeksema, 2009). Depresyon, yalnızlık, üzüntü ve ümitsizlik duyguları ile karakterize edilir. Buna sıklıkla kendini suçlama ve değersizlik düşünceleri eşlik eder. Kişi daha önce keyifle yaptığı işlere karşı ilgi kaybı yaşarken; uyku ve iştahta artma veya azalma ile cinsel istekte azalmanın olduğu fizyolojik boyutlar da depresif duruma eşlik eder. Depresyon, en sık görülen ruhsal problemlerden biridir. Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişmektedir (Noble, 2005). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 1998).

Anksiyete; sebebi bilinmeyen, belirsiz, içten gelen, sıkıntı, kaygı, korku, kötü bir şeyin olacağını düşünme duygusudur. Bu duygu anlık veya kısa olmaktan ziyade, dıştan veya içten gelen tehlike ya da tehlike beklentisi durumunda oluşan ve devam eden bir tepkidir ve genellikle bireyin işlevselliğinin bozulmasına neden olur (Nolen-Hoeksema, 2009). Hafif tedirginlik ve gerginlikten, panik yaşamaya kadar çeşitli yoğunlukta görülmesi mümkündür. Anksiyete, kalp atışının hızlanması, mide ağrısı, kas gerginliği gibi fiziksel; yoğun bir gerginlik veya korku hissi gibi duygusal olarak da görülebilir. Bu durumun yanında, kötü bir olayın gerçekleşeceği konusunda abartı derecede bir tehlike algısı ve gerçek dışı inançlar da görülebilir. Birey, bu belirtilerin ortaya çıkmasına yol açan durumlardan kaçmaya başlar (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Toplumda en fazla görülen ruhsal hastalıklardan birisi de anksiyetedir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalara göre anksiyete bozukluğunun hayat boyu yaygınlık oranı %29'dur (Kessler ve ark., 2010). Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre anksiyete bozuklukları, 1 yıllık periyotta %6,7 oranındadır (Kılıç, 1998). Anksiyete bozukluğu genelde erken yaşta başlamaktadır. 10-25 yaş aralığı, anksiyetenin görülme riskinin en fazla olduğu dönemdir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Düşük gelirli olan kişilerde ve kadınlarda anksiyete daha fazla görülmektedir (Sareen ve ark., 2011; Kessler ve ark., 2005). Bunun yanında hayat boyu anksiyete bozukluğu tanısı koyulan hastaların %75'lik kısmında başka bir ruhsal bozukluk da görülmektedir (Michael ve ark., 2007).

Blumenthal ve arkadaşları (1982) tesadüfi örnekleme tekniği ile seçtikleri 16 erkek ve 16 kızı 10 haftalık egzersiz programına almış; benzer özelliklere sahip 16 gönüllüyü de kontrol grubu olarak belirlemiştir. Sonuçlara göre egzersiz grubu, kontrol grubuna göre depresyon, kaygı ve gerilimden daha az bahsetmiştir. Bunun yanında araştırmacılar,

egzersiz grubunun aşağı yukarı tüm ölçümlerde arzu edilen yönde değişimlere daha çok yatkınken, kontrol grubundakilerin aynı kaldıkları ya da daha da kötü puanlar aldıklarını ve egzersiz etkisinin uzun süreli olduğunu belirlemişlerdir. Fiziksel rekreasyon esnasında motorik becerilerin artması bireylerin kendilerini daha yeterli görmelerini sağlayabilir. Bunun sonucunda bireylerin sosyal ve kişisel uyum düzeyleri artabilir.

Depresyon belirtileri ve yaygınlığı hafif düzeyde bile olsa, insanın verimsizliğine, hareketsizliğine ve pek çok alanda yetenek ve kapasite kaybına neden olduğu için önemli bir toplum sağlığı problemi şeklinde kabul edilmelidir. Fiziksel aktiviteler ya da spor yapmak sadece bedensel bir çaba ve hareket değildir, aynı zamanda bir topluma adapte olma ve sosyalleşme sürecidir. Bunun için yüksek denge ve koordinasyon, gelişmiş bir iskelet ve kas yapısı, bedensel, fiziksel ve ruhsal yönden çeşitli engellere rağmen başarma ve başarısız olduğunda ortamdaki kopmamak için gerekli kişilik özellikleri ve antrenman yapmak için yeterli istek ve motivasyona da ihtiyaç duyulur (Çiçek vd., 2015).

1.2. Araştırmanın Amacı

Depresyon, anksiyete ve stres konusu tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de birtakım araştırmacılar tarafından farklı örneklem grupları üzerinde çalışılmakta olan önemli konulardan biridir. Bu çalışmada sporda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile bu konuların birbiriyle ilişkileri incelenmiştir. Bu çalışmanın amacı adölesan sporcularda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile bunların cinsiyet, yaş, spor branşları, branşa başlama yaşı ve psikolojik destek geçmişi ile ilişkilerini ölçmektir. Çalışmanın bulguları klinik psikoloji ve spor psikolojisi alanlarındaki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sporun içinde birçok neden depresyon, anksiyete ve stres oluşturabilir. Müsabaka kaybı, başarısızlık, taraftar baskısı, sakatlanmalar, aile içi problemler, antrenör baskısı ve düşük konsantrasyon depresyon, anksiyete ve strese sebep olabilecek spor içerisindeki olası durumlardır.

Bu genel amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranarak temel problemin daha ayrıntılı incelenmesi amaçlanmıştır.

1. Adölesan sporcunların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri nedir?
2. Adölesan sporcunların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile cinsiyetleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Adölesan sporcunların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile branşları arasında bir ilişki var mıdır?

1.3 Araştırmanın Önemi

Gelişim dönemlerinden, çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş süreci olarak tanımlanan adölesan dönem, bireyin fizyolojik ve psikolojik olarak gelecekteki yaşamını etkileyen bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar kendi kimliklerini oluşturmaya başlarlar ve bu kimliği sosyal olarak kabul etmeyi amaçlarlar. Bu nedenle, adölesanların bu dönemde birçok farklı psikolojik sorunları olabilir. Adölesan döneminde bulunan sporcunların antrenörleriyle, ailesiyle olan ilişkisi ve takım içerisinde olası sorunların ortaya çıkması ve bu sorunların çözümünde kişinin davranışları hayati bir öneme sahiptir (Oğuz ve ark., 2018).

Adölesan sağlığında yapılan sporun direkt veya dolaylı olarak pek çok olumlu etkisi bulunmaktadır. Sporla ilgilenen çocuklarda ağrı, anksiyete uyku düzensizliğinin sporla uğraşmayan adölesanlara göre daha az olduğu görülmüştür. Bu gibi sebeplerle adölesan dönemde yapılan sporun önemi oldukça büyüktür (Merrick ve ark., 2005; Twish ve ark., 2002).

Bu araştırmayla adölesan sporcunların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi ve bazı demografik özellikleri ile ilişkisi amaçlanmıştır. Literatür incelendiğinde adölesan sporcunların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi ile ilişkilerini inceleyen çalışmaların yeterli düzeyde olmaması, araştırmanın önemini arttırmaktadır. Bu bağlamda, çalışmanın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmaya katılan adölesanların depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri, depresyon, anksiyete ve stres ölçeği DASÖ Ölçeğiyle ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
2. Araştırmaya katılan adölesanların cevapları, kişisel bilgi formu ve ölçeğe verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.
3. Araştırma, amaç bölümündeki sorularla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Adölesan: Adolesan, Latince olarak yetişmek anlamını taşımaktadır. Çocukluk ve olgunlaşma arasındaki fiziksel, ruhsal, bilişsel ve çevresel açıdan gelişim ve yetkinleşme dönemidir (Ocakçı ve Üstüner Top 2015).

Depresyon: Depresyon, üzüntülü, bunaltılı bir duygu durum olmakla birlikte, konuşma, hareket, bedensel işlevlerde azalma, olumsuz düşünceler ve bu durumlara eşlik eden karamsarlık, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik duygu ve düşüncelerini içeren bir semptomdur (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Duygusal yönüyle ilgili olarak, bilişsel ve bellek değişiklikleri, fiziksel ve davranışsal değişikliklere sebep olan ruhsal bir hastalıktır.

Anksiyete: Canlılar açısından tehlike ihtiva eden, tarif edilebilir veya tarif edilemez bir olaya maruz kalındığında deneyimlenen kaygı hissi ve buna eşlik eden bedensel uyarılma semptomları ile tanımlanabilir. Terleme, çarpıntı, kas gerginliği, titreme, gibi göstergeleri vardır. Saldırma, kaçınma gibi davranışlara yol açabileceği gibi, felaketleştirme düşüncelerini de beraberinde getirebilir. En spesifik belirtisi, insanda baş etmesi zor bir gerilime sebebiyet vermesi ve hoşlanılmayan bir deneyim olarak tarif edilmesidir (Dağlar, 2016).

Stres: Stres; insanların fiziksel veya psikolojik bakımdan tehlike olarak algıladıkları olaylar karşısında gösterdikleri tepkiler olarak da tanımlanmıştır. Bu tanımlardan yola çıkarak stres kavramı tıp, mühendislik, örgütsel psikoloji ve örgütsel davranış gibi bilim dalları tarafından

incelenmiştir. İlk çağlarda insanlar barınma, yiyecek bulma gibi yaşam savaşı vererek stres altında olurlarken günümüzde teknolojik gelişmelerin getirdiği yeniliklere ayak uydurmak bu süreçte yaşananları takip etmeye çalışmak insanları daha çok strese sokmaktadır (Büyükbeşe, 2011).

2.BÖLÜM

KAVRAMSAL, KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1 Adölesan Tanımı

Adölesan, Latince olarak yetişmek anlamını taşımaktadır. Çocukluk ve olgunlaşma arasındaki fiziksel, ruhsal, bilişsel ve çevresel açıdan gelişim ve yetkinleşme dönemidir (Ocakçı ve Üstüner Top 2015). Toplumumuzda ergenlik ya da bülüğa erişmiş kişi olarak da bilinmektedir.

Adölesan, kökeni Latince dilinden gelip, çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş süreci olup, bugün adölesan ya da ergenlik, bedensel, ruhsal, bilişsel ve sosyal gelişimi kapsayıp aynı zamanda çocukluk davranış biçiminin yerine yetişkin davranış biçiminin alındığı dönemdir (Eyüboğlu, 2012, Hamburg ve Takanishi, 1989).

Adölesan tanımı aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10-19 yaş olarak nitelendirilmektedir. Adölesanlar dünya nüfusu içerisinde sayı olarak beşte birini oluştururlar (DSÖ, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ülkemizde yaptığı araştırmalara göre 2018 yılında Ülkemizin nüfusunun %15,6'sını adölesanların oluşturduğunu bildirmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

Milli Eğitim Bakanlığı'nın yaptığı tanımlamaya göre adölesan, olgunlaşma çağına erişmiş, psikolojik ve biyolojik açıdan çocukluk döneminin sona ermesi ve sosyal yaşamda görev alınan dönem olarak bilinen yetişkinlik dönemi arasında olan 12 - 24 yaş grubudur (Ercan, 2010).

Adölesan, fiziksel ve biyolojik gelişim, çevresel, bilişsel, duygusal olgunlukların ve psiko-sosyal değişimin gerçekleştiği dönemdir (Dinç, 2010).

2.1.1 Adölesan Dönem Genel Özellikleri

Adölesan dönem, bedensel, psikososyal, cinsel ve sosyal olgunlaşma ile kendini gösterip, kişinin erkinliğini ve sosyal üretimini ele geçirmesiyle sonlanır (Derman 2008; Özdemir vd. 2012, Herting and Sowell 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı açıklamaya göre, 10-19 yaş aralığını kapsayan dönemi adölesan dönem olarak belirtmiştir olup aynı zamanda çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş süreci olarak tanımlamaktadır. Amerikan pediatri kuruluşları hızlı büyümenin erkeklerin kızlara göre daha çok hızlı olduğunu söylemektedirler. Kızlardaki yaş aralığı 10-12, erkek çocuklarında ise 12-14 (Martinsen ve ark., 2010).

Adölesan dönemin başlangıç ve bitiş dönemleri yaş aralıkları hakkında birden çok fikir ayrılıkları vardır. Başlangıç dönemi yaş aralığı, erkeklerde 12-14, kızlarda 10-12 olarak belirtilmektedir. Bitiş dönemi ise genellikle 21-24 yaş arasında olduğu belirtilmiştir. Adölesan dönem, çocukluktan yetişkin döneme geçiş dönemi ile bilinmektedir. Bu dönemde, mental, cinsel, fiziksel, duygusal ve çevresel vb. değişiklikler hızlı görülür ve aynı zamanda , erkeklerde meni salınması ve kızlarda da adet görülür (King ve ark., 2013).

Adölesan dönem, bireylerin özgür bir bireye dönüştüğü, yeni insanlarla tanıştığı ve ilişkiler kurduğu, sosyal yeteneklerini geliştirdiği ve yaşam boyu öğrenme sürecine girdiği dönemdir. Dünya nüfusunda eski nüfusa nazaran daha çok genç bireyler bulunmaktadır. 7.2 milyar olan dünya nüfusunun, 3 milyarı kadar 25 yaş altındadır. Dünyada bulunan adölesan birey sayısı yaklaşık olarak 1.2 milyardır (DSÖ, 2017).

Adölesan dönemin ilk bedensel belirtisi boyda görülür. Erkeklerde 12 yaşında boy artarken, kızlarda ise 10 yaşında artar. . Pubertde kızlarda 10-20 cm arası, erkeklerde ise 30 cm şeklinde uzarlar. Boyun %20-25'i bu dönemde tamamlanır. Cinsel gelişmenin yoğun olduğu bu dönem, büyümenin bir ifadesi olarak da karşılanır. Bu nedenle, sadece cinsel hormonların değil aynı zamanda, boyun uzamasına da etki eder (DSÖ, 2017).

Adölesan dönemde görülen en belirgin değişiklik ve gelişimler fizikseldir. Fiziksel gelişme, adolesanda davranış ve tutumu üzerinde belirleyici etkiye sahip iken, aynı zamanda vücut

yapısındaki değişikliklerle de kendisini gösterir. Hormonal dengede değişiklikler olup, aynı zamanda ikincil cinsiyet belirleyicileri de kendini göstermektedir. Adölesanın vücut yapısında ortaya çıkan değişimler aynı zamanda psikososyal gelişimini etkiler. Adölesanın ilk aşamasında, blüğ dönemi vardır. Bu aşamaya ön adölesan dönemi denilir, bu dönemde fizyolojik ve hormonal değişimler yoğun yaşanır. Blüğ çağı, kızlarda 11-12, erkeklerde ise 13-15 yaş aralıklarındadır. Erkekler testosteron, kızlar ise östrojen hormonunu salgırlar. Bu hormonların salgılanması sonucu, metabolizma hızla gelişir, kas ve kemiklerde de gelişim sağlanır. Erkeklerde sperm, kızlarda yumarta hücrelerinin ortaya çıkmasına sebep olur. Kızlarda bu dönem erkeklere göre daha erken oluşur. Kızlar da erkeklere göre ağırlık ve boy açısından erkeklere göre daha erken gelişirler. Bu nedenle (11-12 yaş) dönemi boy ve ağırlık bakımından erkekten daha öndedirler. Fakat, erkekler (15 yaş) döneminde kızları fiziksel gelişim anlamında geçerler. Adet kanaması kızların adölesan döneme girdiğinin en belirleyici özelliğidir. Erkeklerin ses tonunun değişmesi ve vucüt yapısındaki değişimler adölesan döneme girdiğinin belirleyici özelliğidir. Bu dönemde, kızlarda yağ dokusunun artmasıyla birlikte bedensel hatlar ovalleşir ve göğüsler büyümeye başlar erkeklerde ise kas hücreleri gelişir ve vücut bölümleri gelişmeye başlar. Kız ve erkeklerde iskelet sisteminin değişimi vücutta ağırlık ve boy arttırıp koordinasyon problemlerinin yaşamasına neden olur (Aktuğ, 2006).

Stanley Hall, modern ergenlik psikolojisinin öncüsü olarak adölesanlığı, “fırtına ve stres” dönemi olarak belirtmiştir. Stanley Hall tüm gelişim temelini fizyolojik etkenlerin oluşturduğunu, çevresel etkenlerin de önemli bir yere sahip olduğunu, aynı zamanda adölesan dönemde biyolojik, çevresel ve genetik etkenlerin de bir arada olması gerektiğini söyleyip, gelişimi 4 bölüme ayırmıştır (Duman, 2009, Ercan, 2010). “fırtına ve stres” dönemi olan sık duygu durum değişimleri ve ikilemlerin olduğu adölesan dönem ise 12-24 yaş aralığında olduğunu belirtmektedir (Kaşıkçı, 2014).

Altı evreye ayrılan insan yaşamı çocukluk, gençlik, erişkinlik, orta yaşlılık ve son da yaşlılık olarak görülebilir. Bu evreler bir diğerine geçerken yaş sınırı bulunmaz. Gelişim ard arda ve belirli bir yol içerisinde takip edilir. Bu yol takibi tüm insanlarda aynıdır. Gelişim esnasında gerekli basamaklar göz ardı edilemez. Bir önceki basamak diğer basamağa yol açıcı olur. İnsanın bütün özellikleri nasıl bir kişilik olacağı göz rengi, boyu, kilosu, duygusal tepkileri, zihinsel özellikleri, genetiği yaşadığı çevreye bağlıdır. Blüğe ermenin işareti, çocuklukta adölesana geçmenin bir ifadesi olarak görülür. Farklı iklimlerde, coğrafyalarda ve ırklarda

yaşayan çocukların bluğa geçme yaşları farklıdır. Çocukluğun sonlarına doğru ve gençliğin başlarında karşılaşılan boy uzamasının gençliğe geçişte önemli bir özellik olarak kabul görülürse uzama hızının doruğa ulaştığı yaşlar erkeklerde (13-15) kızlarda (11-12)'dir (Sarı, 2008).

Adölesan dönemleri,

12-15 yaş ilk adolesan dönemi

15-21 yaş asıl adolesan dönemi

21-25 yaş uzamış adolesan dönemi olarak belirtilmiş olup,

Adölesan, Ön adölesan, adölesan ve adölesanlığın son dönemi olarak üç bölümdür.

Adölesan dönemi yaş belirleyicileri cinsiyete göre:

Adölesanlığın başları: 11-14 yaş kız, 13-15 yaş erkek.

Adölesanlığın ortaları: 14-16 yaş kız, 15-17 yaş erkek

Adölesanlığın sonları: 16-21 yaş kız, 17-21 yaş erkek (Akar, 2013).

Adölesan dönemde birey çocukluk döneminde farklı bir şekilde ilişki geliştirmek ister. Çocukluk ve adölesan yıllarında akran ve karşı cins ilişkileri kendini göstermeye başlar (Bayhan, 2010).

Risk ve heyecan arama davranışları yüksek düzeyde adölesan yıllarında görülür. Bu davranışlar adölesan sağlığı ve psikolojik durumu için risk oluşturarak gelişimini olumsuz etkiler (Uludağlı ve Sayıl, 2009).

Adölesan dönem her bireyde farklı yaşanır. Nedeni ise çevre ve genetik farklılıklarının olması ve her bireyde vücut metabolizmasının aynı olmamasından kaynaklanır. Kız çocukları erkek çocuklarına göre adölesan dönemine erken girer fakat ortalama dönem sonunda yaşları aynı olmasına rağmen bu değişimler sadece kişiler arasında ayırım göstermez fakat cinsiyetler arasında değişiklik gösterir. Kız çocukların adölesan dönemi erkek çocuklara göre daha uzundur. Bazı kaynaklar bu dönemde adölesanlar da olan değişiklikleri iki dönem olarak ele almışlardır. Bluğ dönemi denilen kişinin üremesi için vücuttaki biyolojik değişim bitirdiği

dönem. Diğer dönem ise adölesanın yaşadığı fiziksel değişimlerdir (Kaşıkçı, 2014).

Adölesan birçok farklılığın olduğu dönemdir. Bu dönem farklılıklarından kaynaklı adölesanı dönem dönem incelemek yararlı olacaktır.

Orta adölesan dönemi, hızlı değişimlerin tamamlandığı dönemdir.

Son adölesan dönemi, yetişkinliğe ve görünüşüne girdiği dönemdir.

Adölesan dönem 12 yaşında başlar15. Fakat, dönemin sonlanması her bireyde farklılık gösterdiği için kesin bir şekilde açıklanamaz. Adölesan dönem genel olarak 12 başlayıp 20 yaşında biter, fakat bu zaman 23-24 yaşlarına kadar da sürebilir. Dengesizlik olgularının ve karışıklık olaylarının en çok yoğun yaşandığı yaşlar 12-15 yaş aralığıdır. Olumluluk dönemi 16-21 yaş arası olarak kabul edilir (Ercan, 2010).

Adölesan döneminde birey, benlik duygusu kazanması ve sosyal çevrede kendi rolünü bulma çabası için duygular geliştirir. Bu dönemde, model alma görülür. Adölesan model alırken, modeli kendi ilgi ve zevklerine göre belirler. Aynı zamanda yaşitlarıyla arkadaşlık ilişkileri içerisine girer (Sarı, 2018).

2.1.2 Adölesan ve Spor

Spor, keşfedildiği ilk yıllarından günümüze kadar çeşitli çelişkilerin sonunda geliştirilen beceri, araç ve yöntemlerin uygun zamana uyarlanmasıdır. Bir açıyla taşıma-ulaştırma (kayak, binicilik, kızak, yüzme, kürek vb.)diğer boyutuyla saldırı-savunma (güreş, boks, eskrim, taekwando, okçuluk vb.) kökenli barışçı benzetim modelidir. 19'un yüzyılın ilk dönemlerinde ortaya çıkan "takım sporları" (futbol, hokey, kriket) da, ekip çalışmasının geliştiği ve toplumsallaştırdığı üretim ortamında gelişmiş bir toplum düzeyinin karmaşık ve uzmanlaşmış işbirliği- işbölümü planına benzetilebilir (Kurthan, 1964).

Spor; İnsanlar arası ilişkilerin geliştirilip ve arttırılmasına kolektif bir uğraş olarak hizmet eder. Özgür bilincin kurulmasına ve gelişmesine etki edip kişiler arası dayanışma ve yardımlaşmayı pozitif yönde etkiler (Açıkada, 1994).

Spor; çocukluk döneminin ilk yıllarından itibaren bir oyun şeklidir. Aile ilişkileri ve enerji birikimleri dışında farklı ilişkilerin ortaya çıkmasına sebep olur. Dengeli kişiliğe kavuşmak isteyen, aile ortamı ya da toplumsal ortamlarda uyumsuz olan gençler spora yönlendiklerinde gerilimlerini atarak psikolojik rahatlama ile bu kişiliğe sahip olmaktadır (Karaküçük, 1991).

Sosyal kaynaşma, eğlenmek, dinlenmek gibi sportif öğelerden olur. Toplumda özdeşim ve kaynaşım konusunda spor büyük bir katkı sağlayıcı faktördür. Spor, ruhsal ve fiziksel anlamda doyum sağlarken, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin özlem duyduğu bir yaşam parçasıdır (scan F, 1988).

Günümüz dünyasında spor, kişinin topluma olan uyumunu sağlamak, beden ve ruh sağlıklarını, yarışma kazanma dürtüsünü, kişilik oluşumu ve gelişimlerini, disiplinli bir birey olmalarını sağlayan yöneticilerin sıklıkla kullandığı yöntem olup, bireye verdiği haz ve doyum anlamında pozitiflik katan bir bağlanma şeklidir (Fişek, 1978).

Sporu tek bir parça altında incelemek uygun olmamakla birlikte, amaçlarına göre, yarışma ve performansa dönük, serbest zamanlarını değerlendirmek, toplumsal bağları kuvvetlendirmek, sağlıklı yaşam, hoş vakit geçirilmesi şeklinde yerine ve zamanına göre gruplara ayrılır. Bu nedenle sporu tek ve kesin bir tanımla açıklaması zordur. Sporun diğer yönü de, "yarışma ve oyun "dur. Spor, fiziksel bakımdan yetenekli olan bireylerin seçilip ve seçilen bireylerin yoğun ve sürekli bir eğitimle yetiştirilmesini zorunlu kılarak, yarışmada üstün gelme ve başarıyı geliştirmeyi amaç kılar. Oyun, modern anlamda çevreyle etkileşim sürecidir. Spor, kişiye haz ve doyum verip, oyun güdüsü kurallara bağlı olarak oynamayı amaçlar. (Fişek, 1980).

Spor branşları farklılıkları, spor performansı ve stres arasındaki dengeyi kurar. Yapılan çalışmalarda, sporcuların stres ile mücadeleleri ve stratejileri, stres kaynakları, üzüntü kaynakları, stresin performansa etkisi gibi çeşitli konularda farklılıkları vardır. Yetkin olma ve yetenek aynı zamanda ustalaşma da kişisel seviyeye katkı sağlar.

Adölesan dönemin özelliklerinden olan büyüme ve gelişme, adölesan sporcularda ve sportif aktivite sorunlarıyla yakından ilişkilidir. Kişinin bedensel gelişimi ve mental olgunluğu için spor ve sportif aktiviteler gereklidir, bu nedenle sportif aktivitelerle birey bir takım otomatik durumlar kazanır, bunlar hafızada yer edinir ve daha dengeli, karışık ve dakik, iradi

hareketlerin yapılmasına etki eder (Yıldırım, 2013).

Bireyin sosyalleşmesine yardımcı olan faktörlerin başında, spor ve sportif gruplar gelmektedir. Bu dönemde spor, adölesanlar için birlikte hareket etme, sorumluluk sahibi olma ve arkadaşlık ilişkileri kurma, birbirini tanıma vb. durumlara fırsat sağlar.

Spor, sinir sistemini dengede sağlar ve kişinin davranış üzerinde düzenleyici etkiye sahip olmakla birlikte çevresiyle olan ilişkilerinde pozitif etki yaratır. Bu nedenle spor saldırganlık duygularının, sinirlilik hareketlerinden uzak durulmasının, heyecanların giderilmesinde ve pozitif yönde düşüncenin oluşmasına katkı sağlar (Sarman, 1998). Pozitif düşünme, etkili karar verme ve sorunları bilinçli bir şekilde çözme imkanı sağlar (Marques ve Huston, 2000).

Spor, adölesanlara saldırganlık davranışlarını sosyal normlara uygun biçimde ve doğal bir şekilde zararsız olmasını öğretir. Eğitimci bireylerin spor beklentilerinden birisi de adölesanların birikmiş olan enerjisinin boşaltımını sağlamasıdır (Başaran, 1996). Aynı zamanda birçok araştırmacı, sporun sadece bir serbest zaman etkinliği olmadığını, hapsedilmiş enerjiyi uygun alanlara yönelten, gizli kalmış duyguların açığa vurulmasını sağlayan, tedavi edici yanının da olduğunu belirtmişlerdir (Yıldırım, 2013).

Adölesan dönemde, fiziksel sağlık, sportif aktiviteler ve fiziksel etkinliklerin yanı sıra psiko-sosyal gelişim ve ruh sağlığı üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar azdır. Ekland ve ark., (2005) yaptıkları çalışmada, fiziksel olarak yapılan etkinliklerin adölesanların benlik saygısı ve birden fazla psikolojik özelliklerine olumlu şekilde etki eder. Spor ortamının aktif ve sosyal bir ortam olmasıyla birlikte adölesanların spora katılımlarında psikolojik yararları vardır (Ekland ve ark., 2005).

Adölesanın katıldığı aktiviteler, adölesan'ın kendi ortamını yaratmakta önemli bir faktördür. Yapılan araştırmalar sonucunda adölesanın kimlik ve benliğinin oluşumunda sporun oldukça önemli etkileri vardır (Alpaslan, 2009).

Spor, arzuyla, istekle yapılan kendine göre kuralları olan sistematik, bedensel hareketlerin bütünüdür. Spor, fiziksel ve ruhsal gelişime katkı sunup bireyin gelişmesinde büyük rol oynar. Bu yönüyle spor, kişilik gelişimine önemli bir katkı sağlar (Yarımkaya, 2013).

Adölesan çağında kişi, amaç, hedef ve gelecekteki hedeflerini hayallerini belirleme aşamasındadır. Bu nedenle gerek sportif aktiviteler gerekse diğer etkinlikler adölesan döneminde kişinin topluma girme anahtarıdır. Bu dönemde yapılan spor ve aktiviteler meşguliyetten öte sorumluluk sahibi olma, saygılı olma, çevreyle uyum içinde olan bireyler olarak topluma kazandırılan kişiler yetiştirilmesinde çok önemli bir yere sahiptir (Duman, 2009).

Sağlıklı alışkanlıkların bireyler arası olumlu ilişkilerin kurulması, adölesanlarda iyi alışkanlıklar kazanmasında güzel, mutlu bir yaşam için küçük yaşlardan itibaren sportif aktivitelerin kazanılması çok önemlidir. 12-14 yaş arasında kazanılan spor alışkanlıkları kişiliği olumlu yönde etkiler (Adıgüzel, 2010).

Adölesan döneminde kişilerin sportif aktiviteleri ile yakın bir ilişkisi söz konusudur. Spor, bireyin ruhsal ve bedensel gelişimi için gereklidir. Sebep olan kişiler burada motorsal beceriler kazanıp dengeli hızlı eylemlerin yapılmasına katkıda bulunur (Duman, 2009).

Adölesanlar, bu dönemde zevk ve eğlenceye yöneldikleri için spora ilgi duymaları kaçınılmazdır. Yapılan araştırmalar sonucu adolesan farklı sebeplerden dolayı spora katılmaları temel nedeni olarak görülmektedir. . Scanlan, Stein ve Ravizza (1989), göre adolesan döneminde, spora ilgi ve spordan zevk alma oldukça önemli bir faktördür (Şirin ve ark., 2008).

Gelecek amacıyla sporcu yetiştiren ülkeler adölesan dönemindeki bireylere çok değer verir. Tanner'in İngiltere de yaptığı araştırmalarda en fazla gelişimin, yeteneğin bu dönemde olduğunu kanıtlar. Fiziksel yetenek ve hevesler farklılığı bu dönemde oldukça yoğun bir şekilde kendisini gösterir (Ercan,2010).

Adölesan, takımdaki genç sporcularla ve antrenörlerle birtakım sorunlar yaşayabilir. En çok yaşanan problemler, takım programına uyma, disiplin, otorite ve diğer takım arkadaşlarıyla problem yaşaması. Bu türdeki problemlerle karşı karşıya gelen bir antrenör sorunun kaynağını araştırıp varsa özel bir neden onun çözümüne odaklanmalı bunu yaparken de adolesan ve genç kişilik özelliklerini kayda alarak hoşgörülü ve anlayışlı, empatik bir yaklaşımla olayın üstüne gitmesi önerilir (Doğan, 2005).

2.1.3 Adölesan ve Depresyon İlişkisi

Depresyon, adölesan dönemde ciddi ruh sağlığı problemlerin başında gelmektedir (Dopheide, 2006; Petersen, 1993). Depresyonun görülme sıklığı adölesan döneminde %5 ila %20 arasındadır (Lewinsohn, 1994; Saluja, 2004). Adölesan dönemde, depresyon çocukluk dönemine göre daha fazla karşılaşılan bir durumdur. Yaşam boyu depresyonun adölesanlarda görülme oranı %14 iken çocuklarda %3' leri bulmaktadır (Lewinsohn, 1994). Yapılan çeşitli araştırmalarda, Majör depresyon bozukluğunun gelişim süreci ile birlikte arttığını ve adölesan dönemin son dönemlerinde %28 olduğu ve adölesanlarda en çok işlev kaybına neden olan bir psikopatolojik rahatsızlıktır (Lewinsohn ve Reinherz, 1993; Lewinsohn, 1998; Ford ve ark., 2003).

Adölesan döneminde yaygın olan, tekrarlayıcı ve kronik olarak ilerleyen depresyon 1970 yılına kadar pek dikkate alınmamıştır (Işık, 2003). Depresyon, biliş ve bedensel hareketlerde yavaşlama gösteren, kötümserlik ve emosyonel olarak süphecilik içeren bir hastalıktır (Yazıcı ve Ertem, 2006). Adölesanlarda görülen bağımlılıklar, intihar düşünce ve teşebbüsleri, davranış bozuklukları depresyonu gösterir (Işık, 2003). Aynı zamanda, aile tutumları ve ebeveyn iletişim bozuklukları adölesanlarda depresyonu tetikler (Köknel, 1992; Işık, 2003).

Adölesan dönemde, depresyonu dört faktör tetikler. Bunlar; Adölesanın kalıtsal aktarımı, kişilik özellikleri, sosyal ve çevresel faktörler ve olumsuz yaşam deneyimleridir. Adölesan dönemde depresyon belirtisi olan adölesanların %20 -%50'sinin aile içinde ve genetik faktörlerden etkilendiği bahsedilmiştir (Williamson, 1995). 25 yıllık yapılan bir izlem çalışmasında, depresyona sahip olan adölesan ebeveynlerinin diğer sağlıklı adölesanlara nazaran 3-4 kat fazla depresif rahatsızlık riski taşımaktadırlar (Akt. Buldukoğlu, 2015). Depresyon öyküsü içeren bir aileye sahip olmak, travma geçmişine sahip olmak, yas, ayrılık, öğrenme güçlükleri gibi faktörler adölesanlarda depresyonun görülmesine sebep olmakla birlikte riski çoğaltır (Köroğlu, 2004).

Adölesan dönemde, depresyon riskini arttıran çeşitli faktörler vardır. Bunlar; olumsuz düşünceler, olumsuzluklara odaklanma, kendini yeterli hissetmeme, ümidini kaybetme, kusursuzluk beklentisi ve problemlerle baş edememe gibi faktörlerdir (Tan, 2008). Adölesan dönemde, depresyonun artış sebepleri adölesanın benmerkezci ve özbenliği durumudur (Elkind, 1967). Beck, otonomi ve sosyotropi gibi iki kişilik yapısının depresyonu arttırıcı

etkenler olarak belirtmiş fakat alanyazında otonomi yapısının genelgeçer bir sonucu olmamakla birlikte, sosyotropi yapısı içinse adölesanlarda kişilik özellikleri ve yaşam deneyimleri eşleşmeleri depresyonu arttırdığını belirtmiştir. Aynı zamanda bu bulgulara genel geçer değildir (Kabakçı, 2001). Yapılan farklı bir çalışmada, Sosyofobi rahatsızlığına sahip olan adölesanlarda depresyon riskinin fazla olduğu belirtilmiştir (Bayramkaya ve ark., 2005).

Depresif Bozukluk, adölesanlarda sık görülen ve işlevselliği bozan, yinelemeye yatkın, madde kullanımı ve intihar girişimi gibi ciddi problemler doğurur (Kaufman ve ark., 2006). Adölesan dönemde depresif bozukluklar kendisini irritabilite, yaygın üzüntü, sıkıntı, anhedoni ve diğer insanlarla iletişime geçme anlamında ilgide azalma gibi durumlarda gösterir (Weller ve ark., 2002; Petersen ve ark., 1993).

17. yüzyılda karamsarlık ve umutsuzluk konuları doktorların dikkatini çekmeye başladıktan sonra 19. yüzyılın orta döneminde adölesanlarda artan depresyon olguları bildirilmiştir (Lewinsohn ve ark., 1994). Depresif bozukluklar ailesel, genetik ve çevresel faktörlerin etkilişimi sonucunda meydana gelmektedir (Lewinsohn ve ark., 1994). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı açıklamaya göre 2020 yılında depresyon oranının artacağını ve dünyada önemli bir hastalık olacağını, insan yaşamını olumsuz etkileyeceğini belirtmektedir (DSÖ, 2007).

İlgili literatür incelendiğinde, adölesan döneminde depresyonun demografik, okul ve ailesel özelliklerle ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, depresyonun kızların erkeklerden daha çok olduğunu söylemekte (Allgood ve ark., 1990; Nolen ve ark., 2002) aile ölümleri, travma, aile bireylerinin psikiyatrik hastalığının olması (Denton ve Kampfe, 1994), aile desteği yoksunluğu, okul başarısında problemler (Denton ve Kampfe, 1994; Williamson ve ark., 1995) gibi özellikleri belirtmektedir (Undheim ve Sund, 2005).

Kanada'da 2006 yılında yapılan bir araştırmada, 449 öğrencinin (%49,7 si kız) ile araştırmasında takım spor ve sportif aktiviteler katılımının hem erkek hem de kızlarda depresif semptomları ciddi ölçüde azalttığı belirlenmiştir (Leadbeater ve Diminishing, 2006).

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

2.1.4 Adölesan ve Anksiyete İlişkisi

Anksiyete zihni olumsuz durumlardan kurtarmak için geliştirdiği anlamlı, uyumlu bir tepkidir. Ancak anksiyetenin dozu, yoğunluğu arttıkça uyumsuz bir durum kazanır ve kaçınma tutumlarına neden olur (APA, 2000). Anksiyete sürekli yaygın stres, kaçınma gibi belirleyici özelliklere sahip psikolojik bir rahatsızlıktır (Beesdo ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda, adölesanlarda anksiyetenin yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu kapsamında görülme sıklığı %15-20 olarak ifade edilmektedir (Silver ve ark., 2013). Türkiye İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatri Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada, 12-18 yaş arası 1079 adölesan anksiyete bozuklukları kapsamında değerlendirilmiş ve en fazla oranda, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu görülmüştür (Görker ve ark., 2004).

Anksiyete belli bir düzeye kadar motive edicidir. Ancak bireyin dayanabileceğinden fazla bir düzeye gelirse kişinin benlik saygısını azaltır, başarısızlığına sebep olur (Strumph ve Fodor 1993; Nicaise, 1995). Anksiyete bozuklukları adölesan döneminde en çok rastlanan psikolojik bir rahatsızlıktır (Ögel ve ark., 1999). Yapılan araştırmalarda, adölesanlarda görülme sıklığı %0.3-12.9 arasındadır (Akt. Erci ve ark., 2003).

Adölesanın işlevselliğini bozan ve hayat niteliğini düşüren bir anksiyete bozukluklarının bir türü ise sosyal anksiyete bozukluğudur (Kessler, 2003). Yoğunluklu olarak adölesan döneminin başlarında görüldüğü ve hayat boyunca da hafif bir şekilde sürdürüldüğü bilinir (Akt. Aydın, 2006). Sosyal anksiyete bozukluğu olan adölesanların maddeye, alkole

yönelimleri görülüp, okul yaşamında problemler, intihar eğilimleri, depresyon gibi ciddi problemler yaşandığı gözlemlenmiştir (Masia-Warner ve ark., 2007). Bu dönemde yalnızlığı tercih edip içine kapanık ve efendi gibi görülmesi sebebi ile adölesanların hastalığı pek fark edilmez (Kaval ve Sütçü, 2016). Magnusdottir ve Smari (1999), Sosyal anksiyetenin yol açtığı, utangaçlık ve olumsuz değerlendirme adölesanın yardım alma cesaretini engeller. Sosyal anksiyete bozuklukları adölesan döneminde görülür (Aydın ve ark., 2010).

Adölesanlarda anksiyeteyi fazlaştıran bir diğer faktör ise gelecek kaygısıdır (Günay ve ark., 2008). Bu nedenle sınavdan önce anksiyetenin artması sıklıkla gözlemlenir. Üniversiteye hazırlanan öğrencilerin, anksiyete düzeylerinin yüksek görüldüğü, başarısız olanların ise anksiyete düzeylerinin fazla arttığını gösteren çalışmalar vardır. Dış çevrenin öğrenciden beklentiye yüksek tutması, adölesanlarda kaygıyı daha da arttırır. Yapılan araştırmalarda, anksiyetenin adölesanların başarısını ve meslek seçimi sürecini negatif yönde etkilediği fark edilmiş ve buna karşı tedavi metodları geliştirilmiştir (Akt. Ulusoy ve ark., 2016).

Speilbergerin yaptığı kaygı çalışmalarında, durumluluk ve süreklilikten bahseder. Bireyin istemsizce yaşadığı stresli durumdan kaynaklı yaşadığı öznel korku biçiminde tanımlar. Bu sürekli istemsizce yaşanan kısa zamanlı olaya bağlı anksiyete durumudur. Bu tür bir anksiyetenin düzeyi ve sürekliliği, kişinin olayı olumsuz yorumlama biçimi ile ilgilidir. Sürekli kaygı ise kişinin olayları yorumlama, kişinin bakış açısı ile ilgilidir (Öner, 1982).

Sporla uğraşanlar, sporla uğraşmayanlar anksiyete seviyeleri karşılaştırıldığı çalışmada 6-14 yaş aralığındaki kişiler örnekleme oluşturmaktadır. Çalışmada spor yapanların yapmayanlara göre anksiyetesi daha yüksek olduğu görülmektedir (Kiluk ve ark., 2009).

2.1.4 Adölesan ve Stres İlişkisi

Adölesan dönemini gelişimsel bakımından diğer dönemlerden farklı bir yerde tutan ve adölesan dönemini stres ile birlikte ele alan ilk geniş kapsamlı araştırma Hall (Akt. Gallatin, 1995) tarafından yapılmıştır.

Gelişimsel açıdan adölesan döneminde yaşanan stersin ön plana çıkmasının sebebini iki boyutta değerlendirir.

1. Adölesan dönemi yaşamın diğer dönemlerine nazaran yoğun bir şekilde geçmesiyle ve dolayısıyla uyumlara sağlanmada zorluklar görülmektedir.
2. Genellik orta yaş dönemlerinde olan adölesan ebevyenleri adolesan çağındaki çocuklarıyla iletişim kurmakta zorluk çekerler.

Adölesanlığın, çocukluktan adölesan döneme ve adölesan dönemden yetişkinliğe olarak gelişimsel geçiş süreci vardır. Adolesan döneme geçiş 10 yaş olarak alırsak, yetişkinliğe geçisi ise 20 yaş civarı olarak ele alınır. Yetişkin dönem ve dünyasına giriş ve aile rollerine girişe bağlı bu geçişlerin zamanlaması bireysel farklılıklar gösterir. Gelişimsel geçişler genellikle toplumsal rol geçişleriyle ilişkilidir. Bu dönemi başarıyla geçenler olsa da bu durum o dönemin stres verici niteliklerinin olmadığına kanıtı değildir (Petersen ve ark., 1991).

Adölesan dönem stres kaynakları, genel olarak gelişimsel görevler etrafında istenilen ve beklendik değişiklikler karşımıza çıksal da adölesan dönemindeki bir kişinin istenmeyen ya da beklenmeyen hayat olayları değişikliklerine de (hastalık, anne/babanın ayrılması, ölüm ya da ayrılıkla kayıp, doğal afetler, taşınma vb.) uyum sağlaması gerekebilir. (Gorel ve Calton, 1991). Adölesan dönemi stres olayları ve stresle başa çıkma konusunda genellikle çalışılan konuların yaş grupları, cinsiyet ve adölesanın eğitim gördüğü okul türü karşılaştırmaları olduğu görülmektedir. Adölesan döneminde stres verici olayların neler içerdiği konusunda, yapılan araştırmalara bakıldığında, toplumsal, akademik stres vericiler, kız erkek arkadaşlığı, aile ile ilişkiler, benlik saygısı ile ilgili konular, kişilerarası ilişkiler, akademik sorunlar, gelecek kaygıları, önemli birinin ölümü ve sağlık sorunlarının öncelikle yer aldığı görülmektedir (Aysan, 1988; Demetoğlu, 1980; Dilekmen, 1986; Eren, 1994; Fields ve Prinz, 1997; Özkan, 1984; Oral, 1994).

Tyszkowa da (1990) adölesan dönemdeki zorlukların, gelişimsel hayat olaylarını, gelişimsel hayat olaylarını ve zorluklarını (hassles) içermektedir. Gelişimsel hayat olayları, okula giriş, erinlik, evlilik, emeklilik gibi bir çok insan tarafından aşanan ve yaşam döneminin hemen hemen aynı noktalarında oluşan gelişimsel yaşantılardır (Aquilera ve Messicks, 1982; France, 1990).

2.2 Depresyon

Depresyon, klinik olarak bireyin hayatını ve işlevselliğini olumsuz etkileyen mutsuzluk ve yaşamdan keyif almamasıdır. Bundan dolayı bireyin duyguları, davranışları, düşünceleri ve fiziksel fonksiyonları negatif yönde etkilenir (Nolen Hoeksema, 2009). Depresyon, ümitsizlik, üzüntü ve yalnızlık gibi duygularla karakterize edilir. Buna nazaran kişinin kendini değersiz hissetmesi düşünceleri ve kendini suçlaması eşlik eder. Aynı zamanda bireyin cinsel istekte azalmanın görülmesi, uyku kalitesinde yaşanan sıkıntılar, iştah problemleri, daha önce yaptığı işlerde keyifsizlik hissi depresyona eşlik eder. Depresyon, bireylerde sık görülen bir ruhsal problemdir. Hayat boyu görülme sıklığı % 10 ile % 21 arasındadır (Noble, 2005). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırma verilerine göre depresyon oranı bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 1998).

Depresyon, üzüntülü, bunaltılı bir duygu durum olmakla birlikte, konuşma, hareket, bedensel işlevlerde azalma, olumsuz düşünceler ve bu durumlara eşlik eden karamsarlık, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik duygu ve düşüncelerini içeren bir semptomdur (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Duygusal yönüyle ilgili olarak, bilişsel ve bellek değişiklikleri, fiziksel ve davranışsal değişikliklere sebep olan ruhsal bir hastalıktır.

Günümüzde depresyon üç anlamda değerlendirilmiştir. İlk olarak, normal bir duygulanım olarak açıklanmış ardından ruhsal belirtiler eşliğinde, hüznün, üzüntü ve mutsuzluk gibi duyguları etkiler. Son olarak, psikopatolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanmakla birlikte melankoli olarak ifade edilir (Türkçapar, 2018).

Depresyon bireyin işlevselliğini ciddi bir şekilde etkiler. İştahını, cinsel isteğini ve uyku düzenini de bozulmalara yol açar. Olumsuz ve karamsar düşünce biçiminin doğmasına sebebiyet verir. Bireyin kendilik değeri ve kendisiyle olan düşüncelerini olumsuz etkiler (Köroğlu, 2015).

Bireyin, yaşam biçimine, cinsiyetine, nerede oturduğuna, ırkına ve yaşına bakmaksızın herkeste ortaya çıkabilmektedir. Erkeklerle nazaran kadınlarda daha sık ev iki fazla olarak görülmektedir (Köroğlu, 2015).

Depresyonu bir belirti olarak farklı yapan belirtilen özelliklerin bir arada varlık göstermesi, sürekliliği ve yoğunluğudur. Esas alınan kriterli DSM V'te görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Morris(2002)'ye göre bireylerin duygu çeşitliliği çok geniştir. Çeşitli olaylardan ötürü kaygılı, mutlu ya da öfkeli olmak gibi farklı duygular görülebilmektedir. Fakat bazı zamanlarda bireyler fazlaca belli bir duygusal yoğunluğa odaklanırlar. Bireyler, durumları ne olursa olsun, hayatlarında bir şekilde mutluluk veya üzüntü duyabilirler. Fazlaca hissedilebilir depresif özelliklerin aşırılığa vardığında ve stresli verilen tepkinin normal tepkinin eşiğini aştığında, klinik açıdan duygu durum bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Gülberk 2017).

Depresyonu üzüntüden ayırırken yararlanılan önemli faktörlerden biri karamsarlıktır. Karamsarlığın ve melankolinin birleşmesi depresyonun temel taşı olup, bireyin içinde olduğu olumsuz durumların hiç değişmeyeceğine, olumsuz koşullardan hep etkilenecekmiş gibi yaşar (Geçtan, 2003).

2.2.1 Depresyonun Kurumsal Açıklamaları

Psikodinamik yaklaşım, depresyonu erken çocukluk dönemi ile ilişkilendirir. Bu erken çocukluk döneminde depresyonun, en temel sebebi ilgi duyulan nesnenin kaybı olarak açıklar (Morgan ve Taylor, 2005). İlgi duyulan nesnenin kaybından kaynaklı sevgi objesiyle geliştirilen patolojik ilişkinin benlik saygısını düzenlemekteki önemi de depresyonun açıklayıcılarından görülmektedir (Kernberg, 2009).

Depresyon ilk kez Freud'un 1917 yılında yazdığı Mourning and Melancholia adlı makalesinde bahsedilmiştir. Freud depresif durumlar ve yas sürecini karşılaştırmış ve ikisi arasındaki farklılığı belirtmiştir. Depresif kişinin kendisi ile alakalı iken yas ise, dış dünyada yaşanan bir kayıp ile ilgidir (McWilliams, 2013). Bazı durumlarda kaybın aynen yastaki gibi gerçek bir kaybetme olabileceğini söyleyen Freud, bazı durumlarda tanımı olmayan bilindışı bir kayıptan bahseder. Kişinin depresif duruma girme nedeni egosunu tatmin edememesi olup yas içinde kişinin ise, dünyaya bir anlam verememesidir. Depresif durumu yaşayan kişi, kendisini sürekli yetersiz, kötü, kendini eleştiren, biri olarak görür. Kişi burda, sadece nesneyi yitirmeyip, yitirdiği bu nesne karşısında ambivalent duygular içerisine girmektedir. Kısaca

Freud'a (1917) göre depresyonda yaşanan bu kendilik hali, bireyin sevgi objesine olan çatışmaları kendisine yöneltmesi olarak açıklar. Depresyon da yaşanan ego tatminsizliği, bireyin sevgi objesine olan eleştirileri kendine yöneltmiş olmasıdır.

Melanie Klein depresyonu, çocuğun gelişim aşamasında “depresif pozisyon” olarak açıklayıp ambivalans dönemiyle ilişkilendirir(Özmen, 2001). Çocuk doğduğu günden itibaren ilk ayları panoid-şizoid pozisyonda, sonraki ayları ise depresif pozisyonda yaşar. Depresif pozisyon, çocuğun parainod-şizoid pozisyondan çıkıp nesneleri tek olarak gördüğü zaman ortaya çıkar. Çocuk bu depresif pozisyonda, annesine karşı sadist ve yıkıcı duygular içerisine girer ve annesinin kendisine zarar vereceği kaygısı içerisine girer. Klein bu kaygıyı, depresif bozukluk olarak adlandırır (Gabbard, 2005). Bu kaygının depresif pozisyonu ortaya çıkardığını savunur. Depresif pozisyondaki birincil kaygı diğerlerine zarar verme korkusudur. Bu çelişkinin çözümlenmemesi çocuğun ileriki yaşamında depresyondan çıkmaması kaçınılmazdır. Aynı zamanda çocuklukta bir gelişim dönemi olan depresif pozisyondan hiç çıkamamıştır (Özmen, 2001). Klein (1940) depresyonun açıklamasında depresif kişilerin çocuklukta bu depresif pozisyonu aşamadıklarını ve "iyi" içsel objeler oluşturamadıklarını savunur.

Freud ve Klein ve ilk dönem psikanalistleri agresyonu depresyonun temel etkeni olarak görür fakat agresyonu depresyonun temel etkeni olarak görmeyen farklı açıklamalar da vardır (Özmen, 2001; Busch ve ark., 2004; Morgan ve Taylor, 2005).

Kohut (1971) depresyonu, ebeveynlerin çocuklarına karşı empatik olmayan yaklaşım ve davranışlar çocukta depresyona neden olduğunu savunur. Ebeveynlerin bu davranışı çocuğu duygusal anlamda yalnız bırakmıştır(Busch ve ark., 2004). Buna göre depresyon, kendilik nesneleri tarafından aynalama (mirroring), ikizlik etme (twinship) ya da yüceleştirme gereksinimleri karşılanmayan bireylerin umutsuzluk halidir (Özmen, 2001).

Bowlby (1969) hayatta kalmak için gerekli mekanizmanın bağlanma olduğunu savunur. Bowlby'ye göre anksiyete ve depresif bozuklukların temelinde bağlanmanın büyük bir rol oynadığını söylemektedir. Ebeveynlerin çocuğa karşı olumsuz tutumu bağlanmayı engelleyecektir. Ebeveynlerin cezalandırıcı ve eleştirici tutumları, çocuğun güvenli bağlama yapısını bozup depresyona karşı bir eğilim oluşturacaktır (Busch ve ark., 2004).

Söz konusu tüm teoriler bebeklik yaşantısının yaşamsal önemine değinmektedirler. Kısacası, erkek çocuklukta deneyimlenmiş bir takım sorunlar bireyi erişkinlik çağında depresyona eğilimli hale getirecek (Morgan ve Taylor, 2005).

2.2.1.2 Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşıma göre depresyon birey ve çevre ilişkisine göre değerlendirir. Psikodinamik kuramda yer alan tanımlamada kişinin içsel süreçleri değil, tamamen kişinin çevresiyle olan etkileşimden aldığı tecrübelerle göre değerlendirir (Lewinsohn ve ark., 2009). Skinner (1953) depresyonu koşullanma ile açıklamayı savunmuştur. Bundan dolayı gelişen davranışçı yaklaşımda, kişinin çevresinden olumsuz etkilenmesi ve sosyal yaşamın yokluğu depresyonun en önemli açıklayıcısı olarak belirtilir (Mathews, 1977). Ardından Seligman'ın (1973) öğrenilmiş çaresizlik modeli davranışçı yapıya farklı bakış açısı katmıştır.

Ferster ise depresyonun davranış konusunda eksiklik olduğunu belirtir ve kaçınmaya önem verir (Mathews, 1977). Ferster'a (1974) göre depresyondaki tutumlarındaki azalma ile meydana gelen kaçınmadır. Depresyonu açıklarken depresyondaki kişilerin davranışlarında azalmaya sebep olacak en temel ortak özelliğin olumlu pekiştirilen davranışlarında görülen azalma olduğunu savunmaktadır (Ferster, 1974). Bu yüzden, depresyonun tek sebebi psikolojik süreçler değil, birçok tutumla ilgili psikoloji sürecidir. Depresyonun meydana geldiği durumda sorun, bireyin daha önce ödüllendirildiği davranışlarının şimdiki zamanda yeterli gelmemesidir (Ferster, 1974).

Lewinsohn, Ferster'ın ilk modelini geliştiren biri olarak depresyonun temelini pekiştirme süreçleri ile açıklar. Lewinsohn'a göre olumlu pekiştirme tepkisinin düşük olması depresyona neden olur (Dygdon ve Dienes, 2013).

Lewinsohn (1974) pekiştirmede üç durumda azalma meydana geldiğini savunur. Birincisi, çevre tarafından yeterli düzeyde olumlu pekiştirecin meydana gelmemesidir. Bundan dolayı yeterli düzeyde barınma, korunma imkanı olmayan kişilerin sosyal farklılıkları olabileceği gibi depresyon tanısı almış ebeveynler tarafından büyütülen bir çocuğun durumu gibi kişilerarası ilişkiler değişkenlik göstererek etki edebilir. Olumlu pekiştireni ulaşılmaz kılan

ani bir değişikliliğin olumlu pekiştirenini ulaşılmaz kılması ikinci durumun göstergesidir. Örnek olarak, okul değişikliği, sevdiğin birisinin kaybı. Üçüncü ve son durum ise, daha önce ceza almış ve bunu tecrübe etmiş bireyler kaçınmayı tercih ettikleri için olumlu pekiştirenle etkileşime geçmemesidir. Yani devamlı eleştirerek yetiştirilen bir adolesanının arkadaşları tarafından dışarı çıkma davetini kabul etmemesi gibi (Lewinsohn ve ark., 2009).

Kısaca, Ferster ve Lewinsohn pekiştirecin yeterli olmaması, pekiştirecek kaybı, kişinin davranış durumunda azalma olması ve kaçınmaların meydana gelmesiyle açıklamışlardır. Davranışlarımızdan dolayı sosyal ve kişisel yaşamımızın etkilenmesi yeni pekiştirecin oluşmasını sağlar ve yeni bir ortam tanımayarak depresif süreci ileri bir boyuta taşır (Lewinsohn ve ark., 2009).

Öğrenilmiş çaresizlik kavramı öğrenme aşamasında, hayvanlarla yapılan araştırmalarda tanımlanmıştır (Overmier ve Seligman, 1967; Seligman ve Maier, 1967). Yapılan bu araştırmada “öğrenilmiş çaresizlik” kavramı, laboratuvarı elektrikli şokuna maruz bırakılan köpekler tarafından sergilenen zayıflamış kaçma-kaçınma tepkisini açıklamak için ortaya atılmıştır. Bundan dolayı, köpeklerin elektrik şokuna maruz kaldığı halde hiçbir tepki vermemeleri çaresizliği öğrendiklerinin bir belirtisidir. (Seligman, 1974), öğrenilmiş çaresizlik modelini açıklardan depresyonun üç temel etkisiyle ilişkilendirmiştir: olumsuz beklentiler, umutsuzluk, çaresizlik, ve pasiflik hisleri. Yine, hayvanlarda elektrik şoku sırasında atlayıp kurtulmak yerine yere uzanıp şoku kabullenerek ve geçmesini bekleyerek kendin gösteren bir çaresizlik hissi görölmektedir. Depresif kişilerde bu çaresizlik, umutsuzluk ve bir şey yapmak adına taşıdıkları güçsüzlük depresyonun en temel belirtilerindendir (Seligman, 1974). Travma ile laboratuvar ortamında karşılaşan hayvanların, durumlarını tespit etmek için tepkilerinde azalma meydana geldiğini görmüşlerdir. Aynı şekilde depresyondaki kişilerin de tepki ve davranışlarında azalma meydana gelmesi ile pasif bir karakter ortaya koyarlar. Tekrar elektrik şokunun hayvanlara verilmesi sırasında, kaçmak, kurtulmak yerine şoku kabul edip uzanmaları ve geçmesini beklemeleri öğrenilmiş çaresizliğin bir örneğidir. Depresif bireylerde bu tarz çaresizlik, birşey yapmak istememek ve umutsuzluk depresyonun önemli belirtilerindendir (Seligman, 1974).

2.2.1.3 Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım depresyonu tanımlarken, bilişsel süreçlerin değerine atıfta bulunur. Bilişsel modeller, sosyal yetersizlik, sorun çözmede eksiklikler, uygun olmayan inançlar gibi bilişsel özelliklerin depresyonun ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etkili olduğunu savunmuştur(Ingram, 2009).

Günümüzde en çok kabul gören bilişsel model Ellis'in bilişsel hatalar modeli (Ellis, 1962), Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli (Abramson ve ark., 1978) ve Beck Bilişsel Bozukluk modelidir (Beck, 1976). Son dönemlerde ise, üçüncü dalga denilen kabul ve kararlılık ve farkındalık temelli bilişsel terapi (Segal ve ark., 1999) yeni açıklamalar sunmuştur.

Ellis, akılcı duygusal terapisinin kurucusu olup depresyonu olumsuz duygu ve düşünce hataları arasındaki doğrusal ilişkiyle tanımlar. Ellis'in (1962) dile getirdiği A-B-C modeline göre, A olayı B inancına, B de ortaya çıkan inanç da C duygusuna neden olur. Bundan dolayı kişinin depresyondaki negatif bir duygunun ortaya çıkması bireyin inançların ve düşünceleri ile alakalıdır. Ellis'e göre inançların ve düşüncelerin hatalı olması depresyona yol açar (Ingram, 2009).

Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli ilk defa hayvanlar üzerinde denenmiş ve davranışçı yaklaşımla ele alındığı için depresyonun davranışçı yaklaşımı başlığında tanımlanmıştır. Abramsan ve arkadaşları (1978) öğrenilmiş çaresizlik modelini biraz daha geliştirip yenileyip depresif kişilerde ki öğrenilmiş çaresizliği olayları negatif olarak yorumlamaya ortam hazırladığını söylemiştir. Yenilenen depresif model depresyona değerlendirme ve algı gibi bilişsel süreçlerle dile getirilmektedir. Yani depresyondaki kişiler durumları negatif yorumlayıp, olumsuz olayları içsel ve kalıcı etkenlerle tanımlamaktadır (Türkçapar, 2009).

Beck (1964) bilişsel depresyonun başlıca sebebini bilişsel olarak ele alır. Buna göre biliş hem düşünce içeriğine hem de süreçlerine işaret etmektedir. Bireyin duygu, güdü ve düşünceleri ile beraber dış çevreyi tanıması belirli olay karşısında değerlendirme yapması algı tarzı problem çözme yetenekleri yine bilişlerin geniş açıklamasının alanına girer. Beck 'e göre

bilişlerin duygusal hayatımıza da belirleyicilerin varlığından bahsetmektedir. Bu bağlamda depresyon, zihinsel, adaptasyonel ve duygusal belirtileri soyut ya da somut bir yitimle başlar ve bilişsel çarpıtmalarla kendini göster. Beck depresyonu açıklarken üç temel bilişsel çarpıtmadan bahseder:

1.Bilişsel üçlü: Bilişsel üçlü ilk bileşeninde depresif birey kendini dış çevrelerini ve geleceği negatif görme eğilimini anlatır. Kişi kendisini olumsuz görür ve düşünür. Bunlar eksik görme, kendini eleştirme ve suçlama olarak görülür. İkinci bileşende, bireyin çevresi ve hayatına ilişkin negatif düşüncelerdir. Bilişsel üçlünün son bileşeni ise, bireyin geleceğe ilişkin negatif düşünceleridir. İçinde yaşadığı olumsuzluğun hiç bitmeyeceğine inanması ve umutsuz duyguları içerisinde olması bu sık olumsuzluk bireyin depresif bir kişilik olmasına yol açar (Leahy ve Holland, 2009).

2. Bilişsel şemalar: Şema kavramı, bireyin önceki hayatını ve öğrenmenin neticesi olarak gösterilen derin inanışlardır (Leahy ve Holland, 2009). Şemaların en önemli belirleyicisi bireyin bilgi alırken değerlendirirken, yorumlarken önceden edindiği tecrübelerine dayalı şemalara uyumlu olarak yapmasıdır(Beck, 1967). Kısaca şemalar bireye birşeyin nasıl ne anlama geldiğini anlatır (Clark ve Beck, 1999).

3. Bilişsel hatalar: Bireyin çevresini ve kendisini değerlendirme sürecindeki bilişsel eylemler önceki yaşanmışlıklardan oluşan şemalara dayanması, duygusal bir birleşeni olması bundan dolayı bir ölçüde belirsizlik ve tutarsızlık taşır. Kısacası, bilişsel modelde depresyona sebep olan bireyin olaylara verdiği cevapların alt yapısında bilişsel düşünce ve içerik akışıdır gelir (Türkçapar, 2009).

İki dalga olarak kabul gören davranışçı yaklaşım ve ikinci dalga yaklaşım her ikisi de patolojik olarak açıklanan anormal davranışın yoğunluğunu ve içeriğini amaçlayan birince derece bir yeniliği ve değişimi savunurlar (Zettle, 2007). Bunlar yapılırken birinci dalga ceza ve ödüllere, ikinci dalga şema biliş ve inançlara yoğunlaşır. Üçüncü dalga ise anormal davranışın içeriğinden çok davranışın kaynağıyla ilgilidir. Bu nedenle davranışı biçimlendirmeye odaklanan birinci dereceden bir yaklaşımı savunmaz, davranışın oluştuğu bağlamı değiştirmeye yönelik eylemde bulunur (Rector, 2013).

2.2.2 Depresyon Tam Ölçütleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2012) de depresyonun tanımını, ilgi duyulan aktiviteye karşı azalma ve kayıp, enerjinin azlığı, keder, üzüntü ve bunlara eşlik eden bazı semptomlarla tanımlamaktadır. Bu semptomlara ek haz alma, konsantrasyon problemleri, ilgi azalması ev erken yorulma da depresyonun belirtilerindendir. Genellikle iştah ve uyku problemleri görülür. Bu bedensel problemlere ek kişinin kendilik saygısında ve güveninde azalma görülür. Bunlara ek olarak değersizlik, yetersizlik ve değersizlik gibi düşünceler eşlik eder. Semptomların sayı ve yoğunluğuna göre depresyon hafif, orta ve ya ağır olarak tanımlanabilir (Dünya Sağlık Örgütü, 2012).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nın psikiyatrik bozuklukların temelini oluşturan sistem ve tanımlama amacıyla kullandığı DSM-5'e göre (2013) major depresyon, depresyon bozuklukları adı altında tanımlanmıştır. Bundan dolayı major depresyon tanısı için semptomların en az beşi ve iki haftalık dönem zarfı boyunca görülmesi gerekli olup, bu semptomlardan en az biri duygudurumun çökkünlüğü ya da ilgide azalma ve zevk almama gibi durumlardır. Ayrıca, işlevsellik düzeyinde daha önce değişikliğe neden olmalıdır. Bu semptomlar;

1. Çökkün duygudurum: hemen hemen her gün ve günün büyük bir kısmında meydana gelen; nedeni kendi açıklar ya da başkaları tarafından gözlemlenmesi.

2. İlgide azalma ve zevk almama: tüm ya da neredeyse tüm etkinlik ve aktivitelere karşı olan davranışlar

3. Kilo kaybı ya da artışı: kilo vermeye uğraşmıyorken fazla kilo verme ya da kilo alma; yeme isteğinde görülen fazlalık ya da azalma

4. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma: hemen hemen tüm gün gözlemlenen uyku farklılıkları.

5. Psikomotor ajitasyona da retardasyon: hareketlerde görülen yavaşlama ve hızlanma

6.Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı: hemen hemen tüm gün içsel isteğin ve gücün

kalmaması durumu görülür.

7. Değersizlik ya da suçluluk duyguları: hemen hemen her gün uygun olmayan suçluluk duyguları ve ya fazla değersizlik hissi.

8. Odaklanmada güçlük çekme: düşünme anında ve ya düşüncelerini odaklamada zorluk ile kararsızlık.

9. Yineleyen ölüm düşünceleri: planlanmamış intihar düşünceleri ya da planlanmış olan intihar girişimleri.

Bu semptomlar klinik olarak, belli bir sıkıntıya sebep olurken, toplumsal alan, işyeri ve diğer yaşam alanlarında işlevselliğin yitimine neden olur (APA, 2013). Semptomlar ortaya çıkarken genel olarak, kişiyi üzen olay sonrasında meydana gelir ve çoğunlukla fiziksel belirtilerin şikayeti ile kendini gösterir. Ağır seyri olan tablolarda ise intihar planları çok sık görülen bir durumdur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Depresyon semptomların çoğu normal sağlıklı kişilerin dönemsel yaşadığı belirtilerdir. Depresyonun bir psikolojik rahatsızlık olarak belirtilip değerlendirilmesi için gerekli semptomların bir arada olması, oluş süresi ve oluş sıklığına bakılarak açıklanmaktadır (Öztürk, 2014).

DSM-V tanı kriterleri baz alındığında major depresyon tanısı koymak için:

A. İki haftalık dönem boyunca aşağıdaki semptomlardan beşinin belirgin ve işlevselliği bozacak, azaltacak şekilde olması ve bu beş semptomun birinin depresif duygudurum (1) ya da ilgi ve keyif almada azalma(2) olması gerekmektedir.

1. Hasta tarafından belirtilen ya da gözlemlenen, üzgün ya da çökkün olma durumu.
2. İlgi ve istekte belirgin azalma, eskiden keyif aldığı şeylerden keyif alamama.
3. İstemsiz kilo kaybı ya da iştahta belirgin artma ve azalma olması.
4. Çok uyuma veya uyuyamama hali.
5. Yorgunluk, enerji kaybı ve halsizlik olması.
6. Aşırı suçluluk, değersizlik düşüncelerinin olması.
7. Düşünce içeriğinde ve bir konuya odaklanmada azalma durumunun olması.

8. İntihar, düşünceleri, intihar planının olması.
- B. Bu tanılar misk (karma) dönemin tanı özelliklerini karşılamamaktadır.
- C. Belirtiler, sosyal ve mesleki işlevleri olumsuz etkileyecek düzeydedir.
- D. Belirtiler madde kullanımına veya herhangi bir tıbbi duruma bağlı değildir.
- E. Yas ile açıklanmaz, kayıptan sonraki iki aydan daha fazla sürer (APA,2013).

ICD-10 majör depresif bozukluk terimi yerine depresif nöbet terimini kullanır. Her iki tanı sisteminde sıklık ve süreç benzerdir. ICD-10 depresif ilgi istek azalması, uyku ve yemek düzensizlikleri gibi özellikleri somatik olarak tanımlar (Stefanis, 1999; Furukawave ark., 1999).

DSM-5'e göre Adölesanlarda Depresyon

DSM-5 tanı kriterleri çerçevesinde adölesan dönemdeki depresyonun aşağıdaki belirtilerin iki haftalık dönem içerisinde depresif ve huzursuz duygu durum ile ilginin azalması belirtilerine ek olarak aşağıdaki belirtilerin 5 ya da daha fazlası söz konusu ise tanısı konulabilmektedir:

• Önemli ölçüde kilo kaybı veya iştahın azalması (1 ay içerisinde toplam kilonun % 5'i kadar kilo kaybı görülmesi)

- Uyuyamama veya aşırı uyuma
- Psikomotor ajitasyon veya gerileme
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Değersizlik veya suçluluk hissi
- Konsantrasyonun azalması ve kararsızlık
- Ölüm ve intihara ilişkin tekrar eden düşünceler

Yukarıdaki belirtilere ek olarak çocuk ve ergenlerde aşağıda belirtilen belirtilerin bazıları görülebilmektedir:

- Sürekli mutsuzluk hali ve huzursuz duygu durum
- Süregelen ve belirgin olmayan, belirsiz fiziksel şikayetler
- Sıklıkla okulda devamsızlık ve akademik başarıda düşüş
- Sıkılma
- Alkol ve madde kullanımı

- Artan huzursuz, öfkeli ve düşmanca tutum
- Dikkatsiz davranışlar

Belirtilerin işlevselliğe etkisi olabilecek ölçüde belirgin olması tanı konulması açısından önem arz etmektedir (DSM 5, 2013).

2.3 Anksiyete

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, kaygı, korku, kötü bir şeyin olacağını düşünme duygusudur. Bu duygu anlık ve kısa olmakla birlikte, içten ve dıştan gelen tehlike ve ya tehlike beklentisi anında oluşan ve devamlı seyir gösteren bir tepki halidir ve genellikle kişinin işlevselliğinin bozulmasına sebep olur (Nolen-Hoeksema, 2009). Hafif derecede gergin hissetme, tedirginlik yaşamadan panik yaşamaya kadar farklı yoğunlukta görülme olasılığı yüksektir. Anksiyete, kas gerginliği, kalp atışının hızlanması, mide ağrısı gibi bedensel; yoğun korku ve gerginlik hissi gibi duygusal olarak da rastlanılmaktadır. Bu durumla beraber, kötü bir şeyin olacaktıymış hissi, korkusu abartı derecede bir tehlike hissi ve algısı gerçek dışı inançlar görülebilir. Kişi, bu semptomların ortaya çıkmasına neden olan durumlardan kaçmaya başlar (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Toplumda en çok rastlanılan ruhsal hastalıklardan biri de anksiyetedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %29'dur (Kessler ve ark., 2010). Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre anksiyete bozuklukları, 1 yıllık periyotta %6,7 oranındadır (Kılıç, 1998). Anksiyete bozukluğu erken yaşta başlamasıyla birlikte 10-25 yaş arası görülme oranının en çok olduğu dönemdir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kadınlar başta olmak üzere ve düşük gelirli bireylerde daha fazla görülmektedir Sareen ve ark., 2011; Kessler ve ark., 2005). Aynı zamanda anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerin %75'lik kısmında başka bir ruhsal bozukluk da görülmektedir (Michael ve ark., 2007).

Anksiyetenin fiziksel semptomlarını göstermesine sebep olan sistemler; Adrenokortikal sistem ve otonomik sistemdir. Tehlike anında işleyişe geçen bu iki sistem, insan vücudunu uyararak tehlikeden kurtarırlar. Vücut, tehditlerle karşılaştığı zaman bu mekanizma aracılığıyla bir tepkide bulunur. Bu tepki “kaç ya da savaş tepkisi” dir (Nolen-Hoeksema, 2009). Tehlike gerçekten meydana geldiği zaman mekanizda, uyumlu bir süreç işler ancak tehlike algısında bozulmalar meydana geldiğinde ve gerçek olmayan algı oluşturulduğunda,

tehlike meydana gelmemesine rağmen vücut uyarılır ve anksiyete tepkisi uyumsuz olarak meydana gelir. Araştırmalar, bazı bireylerde erken yaşlarda anksiyeteye karşı bir hassasiyetin oluştuğunu söylemektedir. Bu eğişimi Gray (1987) davranışsal ketlenme, Watson ve Clark (1984) olumsuz duygulanım ve Eysenck (1967) nevrotiklik şeklinde tanımlamıştır. Kavramlar farklı adlarla ifade edilseler de, bireylerde bu eğilim yüksek olduğunda stres unsurları karşısında olumsuz duygular beslerler ve kolay bir şekilde kaygılanırlar (Craske ve Barlow, 2008). Çocukluk döneminde bu karakteristik özelliklerin yüksek olması, adolesan ve yetişkinlik dönemlerinde yaşanacak anksiyete bozuklukları için ciddi risk ve yatkınlık faktörüdür (Craske ve Waters, 2005).

Anksiyete, korku duygusuyla benzerlik gösterir. Birey, anksiyeteyi kötü bir haber alacakmış ve felaket olacak gibi endişe, sıkıntı gibi duygular olarak algılar. Tedirginlik, gergin olma duygusundan panik olma derecesine ulaşan ve şiddet düzeyi değişen duygular yaşanır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). İç ve dış tehlikelere karşı koruyucu, uyarıcı ve önlem alınması gereken durum olarak görülür. Birey, algıladığı tehlikelere karşı kendilik (ego) savunma mekanizmaları kullanarak kendini korumaya çalışmayı ve başedebilmeyi öğrenmektedir. Anksiyetenin normal mi patolojik mi olduğunu anlamak oldukça zordur (Özpoyraz, 2011). Bilim adamlarına göre kişiliği oluşturan ilk ve temel güc kaygıdır. Çünkü kişiliğin meydana gelmesinde, gelişmesinde ve davranışların oluşmasında kaygının önemli bir rolü vardır (alıntılayan Şahin, 2015).

Anksiyete toplum içinde en çok karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Ortalama bir yılda görülme oranı %17,7 dir. Erkeklerde %19,2, Kadınlarda %30,5 oranında görölmektedir (Ertan, 2008).

Anksiyete, depresyona benzer hoş olmayan duygular ve bireylerin olumsuz düşüncelerinin ürünüdür (Akt. Erginsoy, 2010). Bundan dolayı, adolesanların da başarılı olma ile ilgili olumsuz inançlar, anksiyete ve depresyona sebep olabilmektedir (Ellis, 1979). Ellis (1963), öğrencilerin sınav kaygısına sebep olan mantık dışı inancın, korkutucu veya tehlikeli olarak gördüğün şeyle zihnin sürekli meşgul olmalı ve bundan dolayı endişelenmelisin" olduğunu söylemiştir (Çivitçi, 2006). Aklın daima sınav esnası ve sınav sonrasındaki olabilecek olumsuzluklarla meşgul edilmesi, sınavın korkunç bir şey, aşılması zor bir engel olarak düşünölmesi sınav kaygısına sebebiyet verir (Boyacıoğlu ve Küçük, 2011). Fonksiyonu olmayan bu düşünceler, benlik saygısını ve özyeterlilik düzeyini azaltırken, sınav kaygısının

artmasına sebep olur. Bireyin karar verebilme yeteneğine dair özgüvenini etkileyen unsurlar ve fonksiyonu olmayan düşünceler, sınavlarda başarısız olma ile beraber anksiyeteyi besleyen bir unsura dönüşür (Bacanlı, 2012).

2.3.1 Anksiyetenin Kurumsal Açıklamaları

Bu bölümde anksiyetenin psikolojik olarak ele alındığı bilişsel, davranışçı, varoluşçu ve psikodinamik yaklaşımlar anlatılacaktır.

2.3.1.1 Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşım anksiyeteyi söyle açıklar, doyum veren dürtüler ve bu doyumları arama esnasında süperegonun engellenmesi ve baskı altına alınması sonucu olan bir iç çatışmadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Freud (1936) tarafından açıklanan yapısal modele göre, bu iç çatışma, id tarafından sergilenen bilinç dışı saldırgan ve cinsel isteklerin, süperego tarafından ahlaki ve sosyal normlara uygun şekle sokulması ya da bu istekler yüzünden cezalandırılması tehdidiyle ortaya çıkar (Freud, 1936). Bu yüzden anksiyete, egonun bilinç düzeyine ulaşmasının önüne geçmeye çalışan ve bilinç dışında oluşan bir tehlike sinyalidir. Freud'a (1917) göre kaygı üçe ayrılmaktadır:

1. Gerçek Anksiyete (Realistic Anxiety): Bireyin dış dünyada karşılaştığı gerçek tehlikenin sonucunda oluşan anksiyetedir. Korku duygusuyla benzerlikleri vardır.

2. Nevrotik Anksiyete (Neurotic Anxiety): Saldırganlık ve cinsellik duygularının bastırılması sonucu meydana gelmektedir.

3. Ahlaki Anksiyete (Moral Anxiety): Bireylerin, duygularını kontrol edemediklerinde ve yaşadıkları çeşitli duygular; utanma, vicdan azabı, suçluluk sonucu meydana gelen sıkıntılardır.

Bu anksiyete çeşitleri arasından gerçek anksiyeteyi neredeyse tüm insanlar, belirli durumlarda yaşamaktadır. Bu anksiyete tipi, insanın hayatta kalmasını sağlayan işlevsel bir boyuta

sahiptir. Fakat ahlaki ve nevrotik anksiyete, egoya karşı bir tehlike algısı oluşturduğu için baskı altında tutulmak istenir. Bu süreç içerisinde ego, tehdit şeklinde gördüğü bu çatışmanın karşısında, uygunsuz istek ve dürtülere karşı savunma mekanizmasını çalıştırır (Busch ve Shapio, 1995). Fobileri açıklarken Freud (1909), yer değiştirme mekanizmasıyla baş edilmek istenen bilinç dışı anksiyetenin bir durum veya nesneye aktarılması ile meydana geldiğini belirtir. Bu şekilde daha önceleri etkisi olmayan bir durum veya nesneye karşı fobi geliştirilebilir (Freud, 1909). Başka bir deyişle fobinin görüldüğü durumlarda bu, o nesneye karşı duyulan gerçek bir korku değil de, bilinç dışı yaşanan bir çatışmanın o nesneye aktarılması şeklinde ortaya çıkar. Savunma mekanizmalarının ahlaki ve nevrotik anksiyeteyi veya dürtüleri baskı altında tutamadığı durumlarda birey, yaygın anksiyetede olduğu gibi, devamlı bir anksiyete haline girer (Nolen-Hoeksema, 2009). Özet olarak psikodinamik yaklaşımda anksiyete, bilinç dışı öğelere sahip olan bir iç çatışmanın belirtilerinin yansımasıdır (Gabbard, 2005).

2.3.1.2 Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu kuram anksiyeteyi şöyle açıklar, bireyin varolmasıyla birlikte ortaya çıkar. Bu nedenle, anksiyete varolmaya karşı yok olma gerçeğinin algılanmasıyla açıklanır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). May'e (1977) göre anksiyete, bireyin varlığını temel olarak gördüğü değerlere yönelik tehdittir. Kendilik kavramının sorumluluk ve sınırlarını fark etmenin neden olduğu, endişe ömer boyu devam etmektedir. Tillich (1952), anksiyetenin öğretici bir işlevi olduğunu söylemiştir. . İnsanı sahtelikten kurtararak gerçek bir hayat sürdürmesine ve otantik kendiliği yakalamasına imkan tanır (Tillich, 1952). Var olma anksiyetesini meydana getiren kaynak ise, kişinin yaşamındaki var olmasına karşı bir tehdit niteliğinde olan ölüm unsurudur (Yalom ve Josselson, 2011). Ölüm ile yüzleşmede oluşan anksiyeteden kaçınmak için kişi genellikle kayıtsız bir tavır takınmakta, kendini duyarsızlaştırmakta, sorumluluklarını ertelemektedir (Sayar, 2011). Bu sebep anksiyetenin susmasını sağlasa da bireyi kendiliğinden uzaklaştırmakta ve otantikliğini kaybetmiş bir yaşama sürüklemektedir (Nolen-Hoeksema, 2009).

Sonuç itibarıyla bu kuramda anksiyete, varoluşun sorumluluk ve imkanlarıyla, kendi varoluşunun sınırlarını fark etmenin sonucunda meydana gelir. Bu kuram, hayat boyunca

sürek bir anksiyete ile başa çıkmak için onu kabullenmeyi ve öğretici yanını kullanmayı savunur (Yalom ve Josselson, 2011).

2.3.1.3 Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı kurama göre anksiyete, öğrenilmiş bir korku olmakla birlikte klasik koşullanmayla açıklanabilir. Kişi, tehdit oluşturan veya korku uyandıran bir sebep ile, tehlike taşımayan bir sebep ve objeyi eleştirir ve bu sebebe veya objeye karşı anksiyete geliştirir (Thorpe ve Olson, 1997). Bu açıklamanın temeli, Watson ve Reynor'ın (1920) ünlü 'Little Albert' deneyidir. Bu deneye göre daha önce fareden korkmayan küçük bir bebekte klasik koşullanma uygulanmış ve fareden korkması sağlanmıştır (Watson ve Reynor, 1920). Watson ve Reynor'ın deneyi, daha önceden yaşanmayan bir korkuyu laboratuvar ortamında gerçekleştirdiği için oldukça ses getirmiştir. Bazı teoristlere göre korku edinme konusunda taklit, model alma ve sosyal öğrenme bir role sahiptir (Bandura, 1969). Bunun yanında anksiyete veya korku bir kez oluştuğu zaman, kaçınmayla sürdürülmektedir. Mowrer (1960) tarafından geliştirilen iki-faktör modeline göre anksiyetenin oluşumunda klasik koşullanma; sürdürülmesindeyse edimsel koşullanmanın rolü büyüktür (Mowrer, 1960). Korkulan durum veya nesneden kaçınma ya da kaçma ile kaçınmanın sonucunda korkuda yaşanan azalmanın olumsuz pekiştirme yolu ile kaçınmayı artırdığı gözlemlenir (Mowrer, 1947).

Davranışçı kurama göre yapılan anksiyete açıklamasına karşı söylenen en önemli eleştiri, neden bazı özel obje (fare, örümcek, yılan, vb) ve durumlara (yükseklik, uçak korkusu vb.) karşı anksiyete geliştirdiği ancak diğerlerine geliştirmedir (Nolen-Hoeksema, 2009). Seligman'ın (1971) 'hazırlanmış' kavramına göre canlı türleri, genetik anlamda hayati tehditlere yol açan uyaranlara karşı korku besleme eğilimine sahiptir. Bu yüzden bu tarz "hazırlanmış" korkular çabuk edinme, akılcı olmama ve hemen ortadan kalkmama gibi özellikler gösterirler (Leahy ve Holland, 2009).

2.3.1.4 Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre anksiyete, öfke ve umutsuzluk gibi duygulara sahip bireylerin, bu

durumları olayların kendine karşı değil, bu olaylar ile ilgili yaptığı yorum ve girdiği beklentilerine karşı davranışlarıdır (Beck ve ark., 1985). Beck ve arkadaşları (1985), anksiyete yaşayan bireylerin zihinsel anlamda genellikle bir tehlike ile meşgul olduklarını açıkça belirtmiştir (Beck ve ark., 1985). Bu yüzden, bu zihinsel saplantı durumu, bireyin mevcut tehlikeyi fazla abartarak, olduğundan daha çok daha fazla hissetmesine yol açar. Bu sebeple otomatik düşünce ve şemaların gündeminde sürekli bir tehlike ihtimalinin oluşmasına yol açar. Bilişsel yaklaşım ayrıca anksiyetenin, bilgi işlem sürecindeki yapılan çarpıtmalarının önemine dikkat çekmektedir (Leahy ve Holland, 2009). Anksiyetenin içinde aşağıdaki bilişsel çarpıtmalar görülmektedir (Wells, 1997):

- **Seçici soyutlama:** Oluşan olayım yalnızca tek yönüne odaklanma ve diğer özellikleri görememek.
- **Keyfi çıkarsama:** Ortada yeterli düzeyde kanıt olmamasına rağmen hep negatif yönde değerlendirim.
- **Kişiselleştirme:** Yaşanan olumsuz olaylar için kişinin kendini aşırı ve orantısız bir tarzda suçlaması.
- **Aşırı genelleme:** Meydana gelen olayı genel anlamda olumsuz olarak algılama.,
- **Felaketleştirme:** Meydana gelecek olayların, dayanılmaz anlamda kötü olduğunda veya olacağına inanma.
- **Akıl okuma:** Başka bireylerin düşünceleriyle ilgili yeterli kanıtı sahip olmadan, onların hareketlerine anlam yükleme ve düşüncelerini bildiğine inanma (Leahy ve Holland, 2009).

Aynı zamanda Wells ve Butler (1997) anksiyetenin görülmesinde ve sürdürülmesinde, bir tehlike algısının meydana gelmesinin yanında, kişinin kendi baş etme becerilerini küçümsemesi de önemli bir etkiye sahiptir. Bireyler, bu becerisini hafife aldıkları zaman, tehlike algısında daha da artışlar görülür (Wells, 1997). Bu abartılı olan değerlendirmenin sonucunda da anksiyete yaşanır (Beck ve ark., 1985).

Farkındalık temelinde olan yaklaşımlar, beden ve ruhun bir bütün şeklinde sağlıklı olması için kabullenme ve farkındalığın temel rolü üzerinde odaklanır. Bundan dolayı, anksiyete gibi yoğun bedensel bileşenlere sahip bir kavram için bu yaklaşım, kendinden önceki dalgalar olarak görülen davranışçı ve bilişsel yaklaşımlardan farklıdır. Temelinde farkındalık olan yaklaşımlara göre doğal bir tepki olan anksiyete, insan yaşamında veya o an içinde bulunulan durumda, bir şeylerin ters gittiğine işaret etmektedir (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999). Anksiyeteye alakalı bozukluklara diğer bütün yaklaşımlar, anksiyete veya korku duygusunu azaltma hedefi ile yaklaşmaktadır (Hayes, 2004). Fakat farkındalık temelli olan yaklaşımlarda anksiyetenin kendisi kötü olarak kabul edilmemektedir. Bu yüzden hedef, anksiyete yaşanan anlarda görülen fiziksel, bilişsel ve duygusal bütün duyuları olduğu gibi kabul eden, ustaca bir ilişkinin kurulmasıdır. Bu kabullenmeyle anksiyete yaşayan bireyin psikolojik bir özgürlüğe ulaşması beklenir (Greenson ve Brantley, 2009).

2.3.2 Anksiyete Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) (APA) tarafından yapılan tanıma göre anksiyete, bireyin bilinçli bölümünde ortaya çıkan ve hissedilen tehlike sinyalidir. Bu tehdit dış ortamda, bireyin içinde, bağımlı ya da bağımsız olarak üretilebilir. APA'nın psikiyatrik bozuklukları tanılama amacıyla kullandığı sistem olan DSM-5'te (2013) anksiyete bozukluklarının genel başlığının altında;

- Yaygın kaygı bozukluğu
- Sosyal fobi
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Maddenin yol açtığı kaygı bozukluğu
- Özgül fobi

- Seçici konuşmazlık
- Ayrılma kaygısı bozukluğu

bulunmaktadır. Daha öncesinde anksiyete bozukluklarının altında incelenen obsessif kompulsif bozukluk ve stres bozukluğu, DSM-V'ten sonra anksiyete bozukluğu olarak görülmemiştir (APA, 2013). Anksiyete bozukluklarının arasında belirtilen bu bozuklukların ortak özelliği, fark edilebilir herhangi bir stres olmadan kendiliğinden ortaya çıkan anksiyetenin davranışsal, bilişsel, duygusal ve fiziksel belirtilerinin olmasıdır (Nolen-Hoeksema, 2009). Bu belirtiler:

1. Bilişsel belirtiler: Ölme korkusu, gerçeklik duygusunu kaybet, fiziksel olarak zarar görme endişesi, aşırı uyarılma, kontrolünü kaybetme kaygısı, dikkat dağınıklığı.

2. Duygusal belirtiler: Korku, panik, endişe, alarm duygusu, huzursuzluk.

3. Davranışsal belirtiler: Donakalma, öfke, anksiyeteye neden olan durumlardan kaçınma veya kaçma.

4. Fizyolojik belirtiler: Nolen-Hoeksema (2009), anksiyetenin fizyolojik semptomlarını 6 alt başlıkta toplamıştır. Bu unsurlar aşağıda listelenmiştir:

- **Nörolojik:** Motor huzursuzluk, kas gerginliği, bayılmalar ya da bayılma hissi, baş dönmesi, Tremor.

- **Cilt belirtileri:** Sıcak basması, kızarma, terleme.

- **Solunum sistemi:** Boğulma hissi, boğazda düğümlenme, hava açlığı, nefes darlığı.

- **Kardiovasküler sistem:** Kan basıncı değişiklikleri, çarpıntı, yüzde kızarma veya soluk renk.

Ortak olan bu belirtilerin klinik tablosu ve seyri, anksiyete bozukluğunun sınıflandırılma şekline göre değişmektedir.

- **Genitoüriner sistem:** Cinsel isteksizlik, sık idrara çıkma.

- **Gastrointestinal sistem:** Karın ağrısı, ishal, kusma, bulantı, yutma güçlüğü

2.4 Stres

Stres sözcüğü Latince kökenli bir sözcük olan ‘estrica’dan gelmektedir. Kelime ilk ortaya çıktığında; hayat zorlukları ve karşılaşılan güç durumlar anlamında kullanılmıştır. 17. yüzyıla gelindiğinde ise, kelimenin kullanımı, bela, sıkıntı, elem, keder, dert gibi sözcüklere evrilmiştir. 18. ve 19. yyda ise stres; sağlık ve psikoloji alanlarında kavramlaşmıştır. Uzun süren sorun ve hastalıkların kaynağı olarak düşünölmeye başlamıştır. Kişilere, nesnelere, organ ve ruhsal yapılara yönelik olumsuzluklar içeren çeşitli zorlama ve baskı anlamlarıyla kullanılmaya başlamıştır (Torun, 1996).

Stresi tanımlayan kuramların bir kısmı; bu kavramı kişilerin fizyolojik ya da psikolojik olarak tehlike şeklinde algıladıkları durumlar karşısında ortaya koydukları tepkiler olarak nitelendirmişlerdir. Bu tanımlama neticesinde; stres konusu tıbbın, çeşitli mühendisliklerin, psikoloji ve davranış bilimleri gibi çok çeşitli alanların inceleme konusu olmuştur. Her çağda yaşanan stres farklıdır. İlk çağlarda yaşamsal faaliyetlerini sürdürmek; gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılamak için karşılaştıkları zorluklar neticesince strese maruz kalmışlardır. Günümüzde her ne kadar temel ihtiyaçlarımızı gidermemiz daha kolay olsa da, modern yaşamın getirilerine uyum sağlamaya çalışmak ve teknolojik gelişmelerin getirileri gibi durumlar, bireyleri daha fazla baskı ve strese sokmaktadır (Büyökböşe, 2011).

Stres kavramı henüz psikolojinin alanına girmeden önce fizik çalışmalarına ve incelemelerine konu olmuştur. Fizikçi Robert Hook, stresi ilk tanımlayanlardan biri olmuş ve 17.yy da 2 nesne arasındaki ilişkiyi açıklamak için stres tanımlaması yapmıştır. Hook’un tanımında elastiki nesneler ve ona uygulanan güç söz konusudur. Fizikçi Thomas Young da stresi tanımlamıştır. Young’a göre stres; maddelerin kendi içlerinde mevcut olan direnç veya güç şeklindedir (Baki, 2011). Selye ise stres kavramını; insan vücudunun dış kaynaklı bir etki karşısında gösterdiği özel olmayan bir tepki şeklinde açıklamıştır (Yaşar, 2014).

Lazarus da stresi tanımlayan araştırmacılardan biridir. Stresi; hem insan hem de hayvan davranışlarını ciddi miktarlarda etkileyebilecek, sıkıntı yaratan olaylar şeklinde tanımlamıştır

(Güler vd.,2001). Bir diğer tanım ise, stresin hem olumlu hem olumsuz yaşantılar karşısında, yaşadıkları olayların insanların ruh sağlıklarını etkilemesi ve insan fizyolojisinin de bu durum karşısında tepki verme sistemi şeklinde durumu açıklar. (Başal, 2007).

Stresin bir diğer tanımında ise; günlük yaşam olaylarının ve karşılaşılan çeşitli durumların insanları derinden etkilemesi ve günlük rutinlerini gerçekleştirmelerini sekteye uğratabilecek, fizyolojik ve psikolojik olumsuzluklara sebep olacak bir durum olarak açıklanmaktadır (Uysal, 2008).

Aynı zamanda, bireylerin istenmedik yaşam olaylarıyla karşılaşması veya beklenmedik şekilde çeşitli değişimler yaşaması neticesinde yaşadıkları olumsuzluklar ve bu yeni süreçte yönelik biyopsikososyal uyum sürecindeki olumsuzluklar da stresin tanımı içine girmektedir (Eren, 2010).

2.4.1 Stres Kuramları

Stres söz konusu olduğunda bireylerin bu durumdan olumsuz etkilenmesi, her toplum ve her olayı kapsamaktadır. Örneğin iş yaşamı düşünüldüğünde, iş hayatının beraberinde getirdiği faktörler, hem çalışan hem işveren için stresör olmaktadır. Çalışma saatlerine uyma, verimsiz çalışma ya da istifa, çeşitli sağlık sıkıntıları gibi pek çok durum çalışma hayatında görülebilecek belli başlı stres kaynaklarıdır. Tüm bu süreçler hem çalışanların hem de iş verenlerin maddi ve manevi kayıplara uğramasına neden olur. Bu durum, toplumun genel yapısı itibarıyla düşünüldüğünde; toplumların neredeyse tamamını etkileyen hem maddi kayıplarla hem de sağlık sorunlarıyla kendini belli eden bir toplumsal sorundur. Stres yönetiminin toplumların büyük kesimlerince öğrenilmesi; hem bireyler bazında sağlıklı olma halini sağlayacaktır hem de toplum sağlığı anlamında önemli kazanımları olacaktır. Büyük toplulukların stres yönetimi konusunda bilgi sahibi olması, biyopsikososyal alanlar çerçevesinde pek çok kazanım sağlayacaktır (Erdal, 2009). Stres kuramları, üç başlık altında incelenmiştir. Bunlar; iç faktörlerle ilişkilendirilen, dış faktörlerle ilişkilendiren ve karşılıklı etkileşimle ilişkilendiren kuramlar şeklindedir.

İç faktörlerle ilişkili kuramlar

Walter, B. Cannon ve Hans Selye stresin insan bedeninin dışardan gelen unsurlara verdiği

tepkilerin içssel tepkiler olduğunu söyleyen düşünürlerdir (Erdal, 2009). Fiziksel nedenlere bağlı kendisini gösteren stres unsuru Cannon'un, "Savaş veya Kaç Tepkisi Kuramı" na göre; stresi ortaya çıkaran veya sebep olan uyarıcıların boyutuna göre oluşmayan tepkiler olarak adlandırılmıştır. Bu tepki dış çevreden kaynaklı beden normallliğini bozacak durumlar karşısında sinir sistemi ile yönetilen Savaş veya Kaç Tepkisi olarak isimlendirilen faaliyetlerdir. Bu zamanda organizma bir takım işlevsellikte bulunur (Erdal, 2009).

Vücuda depolanan yağ ve şekerin kanla birleşmesi sonucu enerji ortaya çıkmasına sebep olur.

- Solunum sayısı artar.
- Sindirim sistemi etkilenir.
- Kanın pıhtılaşma mekanizması ve kandaki alyuvarlar artar.
- Göz bebekleri büyümeğe başlar.
- Hipofiz bezi uyarılır (iç salgı sisteminin etkinliği artar).
- Duyular da tepkisel savunma başlar.

Stres ile ilgili fiziksel stres araştırmalarının yapmış olduğu tanıma göre; canlıların alışlagelmiş yaşantıları dışında normal olmayan ve alışamadıkları bir düzene uyum sağlamaları olarak yapılmıştır (Aslaoğlu 1978, akt: Yılmaz, 2018). Varolan hastalıkların genelde strese ilişkin ruhsal psikolojik etkenlerden dolayı olduğu savunulmuştur. Ülser, tansiyon, astım ve kalp krizi hastalıklarının ortaya çıkması stresin yol açtığı psikolojik neticelere dayanmaktadır. Yapılan çalışmalar, ruhsal, genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle hastalıklara yakalanma riski fazla olan bireylerde birtakım hastalıkların meydana gelmesine sebep olur. Strese eğilimli kişisel faktörler melankoli iyi olmak, agresif veya yumaşak olmak gösterilebilir. Hans Selye (1936) tarafından bu özellikler ilk bulunmuş ve öteki araştırmacılar da bu tespitleri onaylamıştır (Yılmaz, 2018).

Stresli kişilerin dış dünyadan gelen olumsuzluklara karşı kendisini ruhsal ve fiziksel savunma alması olarak da ifade edilmiştir. Lazarus ise stresi psikolojik olarak, insanların ve hayvanların davranışlarında önemli oranda değişiklikleryaşanmasını etkileyen olaylar ve durumlar olarak tanımlamıştır (Kirel, 1991).

Selye (1974) ise stres kavramını yaptığı fizyolojik tanımlamalarda stresin sinirsel bir gerginlik olmadığını, sonuçlarının her zaman zararlı bir durum oluşturmadığını stresin fiziki olarak tanımlanmasında hatalar ve karışıklıklar olduğunu savunmuş; stresin öncelikle ne anlama

gelmediğinin belirlenmesi gerektiğini dile getirmiştir. Selye'ye göre stresin hangi anlama gelmediği belirtildikten sonra şu şekilde tanımlama yapmıştır: “biyolojik bir sistem içerisinde olan, spesifik olmayan durumlarda oluşan bütün değişiklikleri bulunduran, farklı tavırlarla saptanabilen bir durum” dur (Ertürk, 2011).

Selye yaptığı araştırmalar ile stresin, insanların içinde bulunduğu dış çevreye karşı tutumu olduğunu söylemiştir. 1936 yılında yaptığı diğer bir tanımla stresin, “insanların talep ettikleri isteklerin bünyesinde zihinsel ya da bedensel bir şekilde etkisi olan spesifik olmayan davranışlar” olarak tanımlamıştır. Selye zamanla yaptığı çalışmalar ile stres ve stresör kavramlarını tanımlayarak literatüre kazandırmıştır. Selye kişilerde tepki oluşturan maddeleri “stresör” olarak tanımlamış, stresörlere karşı oluşan tepkiye ise “stres” demiştir (Aydın, 2004).

Selye (1946), stresin insan vücudunun istenmeyen uyarıcılara psikolojik veya fizyolojik olarak verdiği tepki olarak tanımlamıştır ve stres kuramını “genel uyum sendromu” şeklinde adlandırarak literatüre kazanmasını sağlamıştır. Selye bu sendromun üç aşamadan oluştuğunu, canlıların strese karşı vermiş olduğu tepkilerin incelenmesinde bir basamak olduğunu söylemiştir. İlk aşama alarm tepkisi olarak nitelendirilmiş, kısa süreli ve vücudun kendini baskı altında hissetmesi ile vücutta fizyolojik değişmelerin olduğu aşamadır. İkinci aşama ise direnme aşaması olup bu aşamada vücudun bozulan dengeyi düzeltmeye çalıştığı aşamadır. Son aşamaya baktığımızda bu aşamanın tükenme aşaması olduğu ve direnme aşamasının başarısız olduğu durumlarda başladığı aşamadır (Kırel, 1991).

Dış faktörlerle ilişkili kuramlar

Thomas Holmes ve psikolog Richard Rahe Meyer stresi dış unsurlara bağlayarak incelemiştir. Holmes ve Rahe (1967) araştırmaların kişilerin sıradan ve normal hayatlarında farklılık yaşanmasına neden olan özel durumların katagorize edilerek günlük yaşantıyı etkileyen her bir durumu ortalama ağırlığının ortaya çıkarmasını sağlamışlardır. Bu ağırlık ortaya çıkarılırken, yaşanan farklılığın sebebi sonucu uyum çabasının miktarı ölçüt olarak belirtilmiştir. Holmes ve Rahe'nin sosyal sosyal uyumu sınıflandırma ölçeği 43 maddeden oluşmuş bu ölçek (Paşa, 2007) daha sonra 18 maddeye Holmes ve Masuda (1967) tarafından indirilerek sadeleşmesi sağlanmıştır (Erdal, 2009).

Etkileşim kurumları içerisinde dış dünya ve kişi etkileşimi (1978) Beehr ve Newman aracılığıyla yapılmıştır. Birey burada çevre etkileşimini kullanmayıp yerine kişi ve çevre uygunluğu üzerinde yoğunlaşmıştır. Kişi, toplumla ve çevresiyle uyumu sorunsuz ise zorlanmanın olmadığı açıklanabilir, ama kişi çevre uygunluğu sürekli uygunsuz ise sıkıntılar var ise bireyde zorlanmanın varlığı ve bu durumun stresin ortaya çıkmasına neden olduğu söylenilebilir. (Aydın, 2004).

Yapılan tanımlar neticesinde stresin, kişi ve dış dünya arasında ortaya çıkan problemlerin çatışması sonucu ve kişi çevre arasında güçsüz bir uyumun olduğunu göstermiştir. Kişinin potansiyelinin üstünde çevrenin taleplerinin olması veya çevrenin kişiden aşırı taleplerinin olması güçsüz bir uyumun varlığını göstermekte ve bu gibi olaylarda stres özelliklerinin ortaya çıkarmaktadır(Aydın, 2004).

Yapılan tanımlar ve yaklaşımlardan yararlanılarak stresin tanımlanmasında kullanılan olgular şunlardır (Aydın, 2004):

- Stres çift yönlü oluşan bir olgudur.
- Stres, istenmedik olumsuz değişikliklerdir.
- Stres, zihinsel, duygusal ve fiziksel olarak ortaya çıkmaktadır.

Stresin birden çok tanımı vardır. Kişinin kendisini huzursuz eden bir alanda organizmanın verdiği tepki olarak da tanımlanabilir (Kırel, 1991). Başka bir tanım ise; kişinin ruhsal ve davranışsal bir biçimde etkilenmesini oluşturan dış koşullara karşı göstermiş olduğu bir çeşit “uyum tepkisi” dir (Aydın, 2004).

Çalışmalar sonucu stresin sekiz kavramsal modeli vardır. Bunlardan altısı, yön belirleyici biçiminde kullanılmak üzere, diğer ikisi de yoğun bir biçimde baskı içinde var olan bireylerin verdikleri tepkilerin incelenmesinden oluşmaktadır (Gödelek, 1998):

Mechanic (1962), e göre sosyo-psikolojik uyumla alakalı bir şekilde oluşan sorunların yorumlanmasıyla alakalı bir şekilde geliştirilen bir modeldir. Mechanic, bireylerin sıkıntılı durumlarında verdiği cevaplar olarak stresi tanımlamıştır.

- Basowitz ve arkadaşları (1955) stres yaratan ortamlara ilişkin stres örneği oluşturmuşlardır. Bu örneklerdeki ifadeler; stres, kişilik bozukluğu ve stresle alakalı durumlar olarak gösterilir.
- Grinker ve Spiegel (1945), Alexander (1950), Dunbar (1974)'ın yapmış olduğu araştırmalar ile stresin psikomatik modeli ele alınarak gelişmesi sağlanmıştır. Psikomatik model, vücut sisteminde ortaya çıkan yoğunlukla canlılar için patolojik sonuçlar oluşturan, gerilim ve zorlanmalara karşı dayanıklılık göstermek olarak tanımlanır.
- Wolff'ün (1953) tarafından geliştirilen bu modelin psikosemetik modelle bağlantılı olduğu söylenmektedir. Burada temel kavram “koruyucu reaksiyon örüntüsü” olmuştur.
- Hans Selye (1956) stresin diğer bir boyutu biyokimyasal şekli üzerinde incelemeler ve çalışmalar yaparak gelişmesini sağlamıştır. Bireyin fonksiyonlarının fizyolojik ve biyokimyasal standartlarda analiz edilmesiyle bu model oluşmuştur.
- Dohrenwend'in (1961), Selye tarafından yapılan fizyolojik strestanımlamasını, kendi tanımlaması ile sosyal alandaki faaliyetlere uygulayarak değiştirmesiyle oluşmuştur. Strese karşı yapılan tepkilerde Dohrenwend'e göre beş temel etken bulunmuştur. Bu etkenler; organizmanın denge halinde iken dışarıdan uyarıcıların etki etmesi, bu uyarıcıların etkisini hafifletecek etmenlerin olması, dışarıdan etki eden uyarıcı ve hafifletici etkenlerin ilişkisine bağlı olarak çıkan bireysel stres yaşanması, uyarıcılara karşı çıkmak için organizmanın uyum sağlamak için yaşadığı sendrom ve verdiği cevabıdır.
- Janis (1954), kişilerin yaşamış oldukları travmatik olaylar sonucunda vermiş oldukları psikolojik cevaplardan oluşan stres modelini oluşturmuştur. Janis'in bu modeli, daha önce zorlu ameliyatlar geçirmiş hasta kişiler ve savaş durumunda orada bulunan, saldırıya uğramış kişilerin ruh hallerine dayalı çalışmalarına dayanır. Fiziki çevrede, yaşayan özellikle kalabalık şehirlerde bulunan kişilerin çevresel faktörlerden fazlasıyla etkilenmesi psikolojik stres faktörü şeklinde ortaya çıkmıştır. Kişiler çevrenin isteklerini karşılamakta yetersiz kalarak zorlanma yaşamaktadırlar. Dış baskıların etkisi kişilerin psikolojik bedeller ödemesini zorlamakta bu durumda çevresel stresin oluşmasını sağlamaktadır (Holahan, 1982, akt: Gödelek, 1998).

Bazı durumlarda çevresel faktörlerin psikolojik faktörlerden daha fazla stres düzeyini

yükseltebileceği söylenmiştir. Yine de birçok araştırmacı çevresel stresin yerine psikolojik stresin etkin olduğunu savunmuştur.

2.4.2 Stres Belirtileri

Stres kaynaklarının belirlenmesi ve tespit edilmesi ile stres kontrol altına alınabilir. Eğer ki stresin neyden kaynaklandığı bulunamazsa, stres kontrolü de zorlaşmaktadır. Kontrol altına alınamayan stresin, bireyler ve sosyal yaşamlarına ilişkin olumsuz sonuçlar doğurduğuna ilişkin pek çok araştırma mevcuttur (Gbadamosi ve Ross ‘dan akt. Aytaç,2017).

Psiko-sosyal özelliklerden kaynaklanan stres

Günlük yaşam olayları karşısında yaşanabilecek sosyal stresler üç başlıkta incelenmektedir: Bunlar; günlük stresler, gelişimsel stresler ve hayat krizi niteliğindeki stresler şeklindedir. Günlük stres tanımı; rutin yaşam içinde karşılaşılan basit gerilimleri tarif etmektedir. Günlük stres, kişilerin hedefleri, birbirleriyle zıt düşen ihtiyaçları sebebiyle veya karşılaşılan yaşam olayları sebebiyle yaşanmaktadır. Kişilerin istediklerini yapamadıkları, gidermeleri gerektiğini düşündükleri ihtiyaçlarını gideremedikleri ve çeşitli hedeflerine ulaşamadıkları durumlarda stres düzeyi artar. Gelişimsel olaylardaki değişimler, gelişimsel stresin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çocukluk çağı olumsuz stres yaşantıları ilerleyen yaşlarda takıntılı durumların oluşmasına ve karşılaşılan stresörlerden daha olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Aile yaşantılarındaki negatif ve pozitif olaylar, ilerleyen dönemlerde stres yönetimine şekil vermektedir. (Baltaş, 2015).

Olumlu ve Olumsuz Stresler

Stres söz konusu olduğunda, insanlar üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkilerden bahsedilmesi söz konusudur. Değişimlere adapte olabilmek ve ayak uydurmak için insan farklı alanlarda değişimler yaşamalıdır. Bu alanların başlıcaları; psikoloji, sosyoloji, sağlık ve çevresel etmenler olarak düşünülmektedir. Psikolojik değişkenler, kişilerin kendileriyle ilgili bireysel özelliklerini, inanç ve hedeflerini kapsar. Sosyolojik değişkenler, kişilerin içinde

bulundukları toplumsal çevrenin sosyoekonomik koşullarını ve kişilerin kültürel geçmişini kapsar. Çevresel değişkenler ise, kişilerin sosyopolitik çevresini, sahip olduğu iş, aile, arkadaş ortamlarını kapsar. Sağlık değişkenleri de kişilerin geçmiş ve şimdiki dönemlerdeki sağlık durumlarını kapsamaktadır (Paşa, 2007).

Günlük kullanımda stres sözcüğü olumsuz anlamda kullanılsa da stres her zaman olumsuz etkilere sahip değildir. Uzun vadeli görülen olumsuz etkiler kısa dönemde olumlu şekilde görülebilmektedir. İdeal düzeyde stres kişileri mutlu edebilmektedir. Kısa vadede öğrenme ve hafıza gibi bilişsel süreçler üzerinde olumlu etkileri vardır. Stres bu yönüyle, kişilerin başarılı olmasını sağlayan, büyüme, motivasyon, değişim ve gelişim için olumlu bir faktör olmuştur (Tuğrul, 2000).

Stres sayesinde, odaklanma, enerjiyi doğru kullanabilme, planlı çalışabilme becerisi gibi zor koşullarla başa çıkmaya imkan bulunabilir. Bazı durumlarda ise sağlığı, hayat kalitesini, üretkenliği etkileyen olumsuz bir öge olarak stres karşımıza çıkmaktadır. Bu yönüyle kişiden kişiye farklılık gösteren stres faktörleri; bireylerin ruh halini, davranışlarını, vücut bütünlüğünü etkilemektedir. Devamında ise, iş hayatı, sosyal ve özel hayat, eğitim hayatı gibi yaşamın temel değerleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Braham, 2002).

Kısa Süreli ve Uzun Süreli Stres

Kısa süreli stres, kişilerin günlük yaşam olayları karşısında yaşadığı stresin kaynağını bulması neticesinde, stresten uzaklaşması ve günlük rutinlerine devam etmesi şeklinde ilerleyen bir süreçtir. Kişiler yaşadıkları stres karşısında, bedensel ve ruhsal olarak kısa süreli etkilenmektedir. Bu etkilerden hızlıca kurtulma ve önceki duruma geri dönmesi ve rutinlerine devam edebilmesi durumunda yaşanan durum kısa süreli stres olarak tanımlanabilmektedir. Bu süreçteki kritik nokta, bahsi geçen sorunun çözüme kavuşabilmesi ve stresin tekrar etmemesidir. Tekrar eden stres durumları, uzun süreli stres olarak değerlendirilir. Uzun süreli stresin oluşumu; strese maruz kalmadan önceki niteliklerin üstünde işlev gerçekleştirmesine yönelik zorlanti yaşaması durumudur. Bu durum pek çok bastırılmış stres kaynağını oluşturarak, uzun süreli stresin temellenmesine yol açar oluşturur (Şahin, 1998).

Stres söz konusu olduğunda genel uyum sendromunda bahsedilen alarm dönemi reaksiyonlarından bahsetmek önemlidir. Bu reaksiyonlar kısa süreli stres anlarında vücutta

belirir, süreç sonlanıp parasempatik sinir sistemi yeniden devreye girene kadar da mevcudiyetini sürdürür. Eğer ki stres durumu uzun ve aralıksız bir şekilde devam ederse bu durum kişiyi zorlar ve mevcut kaynakların tükenmesine sebep olur. Bu durum uzun süreli stres olarak tanımlanır. Strese sebep olan temel kaynaklar bulunmalıdır ve bu durum engellenerek uzun vadeli stres yaratması önlenmeye çalışılmalıdır. Böylece yaşam kalitesinin düşmesi engellenir ve stres durumu kronik hale gelmekten kurtulur (Ertürk, 2011).

İç Stres ve Dış Stres

Stres söz konusu olduğunda, her ne kadar dış faktörlerin ön plana çıktığı görülse de iç faktörlerden kaynaklı stresler de söz konusudur. Bu iki değişkeni birbirinden keskin bir şekilde ayırt etmek oldukça zordur. Bu her iki stres durumu, çocukluk hatta doğumdan itibaren başlar ve çocukluk yaşantıları ve yaşam olaylarıyla ilerleyerek devam eder.

İç stres konusu söz konusu olduğunda, daha çok yaşamın ilk yıllarında kendini gösteren ve gelişimsel sorunlarla ortaya çıkan stresörler düşünülmektedir. Çocukluk yıllarında görülen beslenme, uyku, yalnız kalmayı öğrenme gibi çeşitli gelişimsel hedefler, çocuk için temel stresörlerdir. Gelişimsel evrelerle birlikte ortaya çıkan söz konusu stres faktörleri, ilgili gelişimsel dönemin sonlanmasıyla birlikte sona erer (Aydın, 2017).

Çeşitli gerginlikler, bunalım, bireylerin kendi üstlerinde hissettikleri baskılar, günlük yaşam olayları sonucunda ortaya çıkan stres, iç ve dış faktörlere bağlı olabilir. Bebeklik döneminde beklenen çeşitli gelişimsel krizler mevcuttur. Bakım verenle kurulan ilişkinin dengelenmesi, anneyle ayrılma ve ilişkilerin dengelenmesi, bakım verenle uyum sağlamaya yönelik krizler, sosyokültürel dinamikler, beslenme sorunları, çocuğun doğası gereği yaşadığı çeşitli gelişimsel krizler bir araya gelerek çocuk için stres yaratmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan stresler, ilerleyen dönemlerde kişilerde farklı yansımalar göstermektedir. Aynı stres faktörü bir kişiyi olumsuz etkilerken, diğer bir kişi için hiçbir tepki gösterilmeyen sıradan bir yaşam olayı olarak algılanabilir. Yine aynı şekilde atlatılması güç bir sorun şeklinde uzun süre etkisini göstermesi de söz konusudur. Buradaki farklılığın sebebi biyolojik olduğu kadar, yetiştirilme tarzı ve aile yapısı gibi psikososyal değişkenlerin de etkisiyle şekillenmektedir. Çocukların iç streslerini yönetebilmesi için ebeveynlerin tutarlı tavırlar sergilemesi, gerekli yetkinlik, bilgi ve beceri ile çocuğun engellenmişlik hissi yaşamadan yetiştirilmesi önemlidir. Engellenmişlik hissinin çocukta yarattığı olumsuzluklar, tüm yaşam boyu kendini farklı

olumsuzluklarla ortaya koymaktadır. Yetişkin zihninde oluşan işlevsiz düşüncelerin bir kısmının, çocuk çağı yaşantılarındaki engellenmişliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Baltaş, 2015).

Fiziksel çevreden kaynaklanan stres

Stres söz konusu olduğunda fiziksel çevre, stres oluşumunda önemli bir etmendir. Çevresel koşullar düşünüldüğünde; toz, kirli ve gürültülü hava, yoğun insan nüfusu, ortam sıcaklığının fazla veya az olması, radyasyona maruz kalma gibi pek çok değişken söz konusudur. Fiziksel çevrede bulunan olumsuzluklar; örneğin içinde bulunulan ortamda kirli havanın ya da yoğun sigara dumanının olması, kişilerin hem fizyolojik hem psikolojik olarak olumsuz etkilenmesi sonucu stres ortaya çıkmaktadır (Braham, 2002).

2.4.3 Stres Sonuçları

Stresin fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve davranışsal sonuçları vardır. Bu sonuçlar alt başlıklar halinde açıklanacaktır.

Psikolojik Sonuçlar:

Stresin insan yaşantısına yönelik biyolojik ve fizyolojik etkileri kadar psikolojik etkileri de göz ardı edilemeyecek kadar fazladır. Strese karşısında bireyler, kendini suçlama ve yetersizlik duygusu yaşamaktadırlar. Stres sonucu ortaya çıkan psikolojik sonuçlar ile başa çıkamayan insanlar iç dünyalarında savaş halinde olacaklardır. Böylece kişilerin depresyona girmesine ve çevresindeki kişilere karşı saldırgan davranışlar sergilemesi söz konusu olacaktır. Bireylerin yaşadığı bu depresyon ve beraberindeki süreç; onları intihara bile sürükleyebilmektedir (Eroğlu, 2010).

Bilişsel Sonuçlar:

Stresin bireyler üzerinde bilişsel sonuçları; Hafıza problemleri, eleştiriye açık olmama, karar vermede konusunda sıkıntılar yaşama, yapılan işe odaklanamada zorluk, zihinde bulanıklık ve karışıklık, günlük yaşam aktiviteleri sırasında hayallere dalma, konsantrasyonu sürdürmemesi,

dikkat sorunları gibi sonuçlardır (Büyükbeşe, 2011).

Davranışsal Sonuçlar:

Sigara, alkol, madde bağımlılığı, düzensiz beslenme sonucu aşırı yemek yeme, saldırganlık, uyku düzeninde bozulma ve suça meyilli olma gibi sonuçlar stresin bireyler üzerinde oluşturduğu davranışsal sonuçlardır (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

Fizyolojik Sonuçlar:

Stres ve gerilim sonucu organizmada fizyolojik değişimler meydana gelmektedir. Bu fizyolojik sonuçlardan bazıları; baş ağrısı ve baş dönmesi, yüksek tansiyona bağlı olarak çarpıntı, mide bulantısı, boğazda ve ağızda kuruluk, kadınlarda ağrılı ve düzensiz adet görme, yorgunluk hissi, terleme, yorgunluk, kramplar, iştahsızlık, eklem ağrıları, konuşma güçlükleri, dış gıcırdatma, tırnak yeme, sık tuvalete gitme gibi sorunlardır (Eroğlu, 2010). Bu sorunlar stresin kısa vadede meydana getirdiği sorunlardır.

Stresin uzun vadede oluşturduğu sorunlar; dolaşım sisteminin etkilenmesi ile kalp, damar hastalıklarına, hipertansiyona, solunum sisteminin etkilenmesi ile bronşit ve astıma, iç salgı sistemini etkileyerek hipertroide, şeker hastalığına, sindirim sistemini etkileyerek hazımsızlığa, ülser, gastrite, üreme sistemini etkileyerek cinsel isteksizliğe, alerji ve saç dökülmelerine sebep olmaktadır (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

Stres, çağımızın hastalığı olarak tanımlanabilir. Stres sebebiyle T lenfositlerini azalmakta bağışıklık sistemi zayıflamaktadır. Böylece kişilerin bedenleri hastalıklara karşı savunmasız kalır, böylece enfeksiyon hastalıklarına ve kansere yakalanma riski artmaktadır (Bilge ve Çam, 2008).

3.BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölüm yapılan çalışmanın modeli, evren ve örnekleme ile veri toplama araçları ve toplanan verilerin analizleri hakkında bilgileri kapsamaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Adölesan sporcuların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesine yönelik araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden betimsel araştırma modeli kullanılarak yapılacaktır. Betimsel araştırma yöntemi, herhangi bir durum, olay ve problemi etraflıca tanımlamak, yorumlamak ve irdelenmek için kullanılır ve ölçütler belirleyerek incelenen olaylar ve değişkenler arasında ilişkinin varlığı ve derecesi sorgulanır (Gurbetoglu,2018).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma grubu, 2020 yılında Ankara ilinin Eryaman ilçesi , T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı Türkiye Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı'nda farklı spor branşları yapan adoleasan sporcular örnekleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Araştırmada gönüllük esas alınıp uygun örnekleme yapılmıştır. Uygun örneklem; araştırmacının kolayca ulaşabileceği araştırma için gerekli örneklem grubunu oluşturma şeklidir. Araştırmaya katılan sporcuların 173' ü erkek, 93'ü kızdır. Araştırmaya toplam 266 sporcu katılmıştır. Araştırmanın evreni Ankara ilinin Eryaman ilçesinde spor yapan 14-19 yaş aralığındaki ortalama 2500 sporculardan oluşmaktadır. Araştırmanın örnekleme dahilinde katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları tablolarla belirtilmiştir. Örneklem sayısının belirlenmesi hususunda literatürde anlamlılık derecesi olarak kabul edilen $\alpha = 0.05$ örnekleme hatası ile $p = 0.3$, $q = 0.7$ olarak alınmış ve aşağıdaki tabloda 1'de belirtildiği gibi örneklem grubu olan 266 kişi elde edilmiştir ayrıca katılımcılara ilişkin demografik bilgiler Tablo 2' de sunulmuştur.

Tablo 1.**Örneklem büyüklüğü**

Evren Büyüklüğü	± 0.03 örneklem hatası (d)			± 0.05 örneklem hatası (d)			± 0.10 örneklem hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	266	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

(Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004, s.50).

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada ihtiyaç duyulan verilerin toplanabilmesi için; kişisel bilgi formu, Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği olmak üzere 2 bölümden oluşan form kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın amacı doğrultusunda katılımcıların sosyo - demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak; depresyon, anksiyete ve stres durumlarına ilişkin gerekli bilgileri edinmek amacıyla 8 sorudan oluşan bir form kullanılmıştır.

3.3.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Lovibond ve Lovibond tarafından 1995 yılında geliştirilen bu ölçek, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümünden Ahmet Akın ve Bayram Çetin tarafından geçerlik ve güvenirliği 2007 yılında hesaplanmıştır. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği, likert tipi bir ölçek olup 42 maddeden oluşmaktadır. Testin uygulanması özel bir uzmanlık gerektirmektedir. Ölçekteki her bir madde “0” bana hiç uygun değil, “1” bana biraz uygun, “2” bana genellikle uygun ve “3” bana tamamen uygun şeklindeki 4’lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Dolayısı ile çalışmaya katılan her bir katılımcı ölçeğin her bir maddesini ayrı ayrı okuyarak, cümlelerin karşısında bulunan “0” bana hiç uygun değil, “1” bana biraz uygun, “2” bana genellikle uygun ve “3” bana tamamen uygun anlamlarına gelen sayılardan kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Her cümlelerin başında A(Anksiyete), D (Depresyon), S (Stres) harflerine göre işaretlemiş oldukları sayı değerleri üç ayrı gruptaki puan olarak toplanır.

Akın ve Çetin 2007 yılında yapmış oldukları uyarlama çalışmasında Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği’nin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısını 0.89, olarak bulurlarken depresyon alt boyutu için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısını 0.90, anksiyete alt boyutu için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısını 0.92 ve stres alt boyutu için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ayrıca Akın ve Çetin (2007) ölçeğin test tekrar test güvenirlik puanını belirlemek ölçeği 21 gün arayla 157 üniversite öğrencisine iki kez uygulamışlar ve iki uygulama arasındaki korelasyon katsayılarını her üç alt boyut için 0.98 ($p<.001$) ve ölçeğin tümü için 0.99 ($p<.001$) olarak bulmuşlardır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 2020 tarihinde T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı Türkiye Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı’nda toplanmıştır. Formlar katılımcılara verilmeden önce T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı Türkiye Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı’ndan ve Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan gerekli izinler alınmıştır. Anketler katılımcılara verilmeden önce araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirmeler sözel olarak yapılmış olup, aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alınmıştır. Uygulanan veri toplama formlarının yanıtlama süreleri toplamda ortalama 20 dakika sürmektedir.

3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırmada kullanılan anket formundan elde edilen veriler SPSS 20.00 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler analiz edilmeden önce kullanılacak istatistiksel testlere karar vermek için normallik testi uygulanmıştır. Uygulanan normallik testinin sonuçları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2.

Kolmogorov smirnov testi sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	sd	p		
Anksiyete Puanı	,099	266	,054	1,138	,836
Depresyon Puanı	,164	266	,112	,767	,136
Stres Puanı	,110	266	,136	,745	,080

Normallik testi sonucundan verilerin normal dağıldığı görüldüğünden analizlerde parametrik testler kullanılmıştır ($p>0,05$). Ölçeler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. İki den fazla grubun karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılırken iki gruplu değişkenler için bağımsız örnekler t-testi kullanılmıştır.

4.BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 3.

Depresyon, anksiyete ve stres durumlarının dağılımı

	Frekans	Yüzde
Depresyon		
Normal	164	61,7
Hafif	24	9,0
Orta	40	15,0
İleri	27	10,2
Çok İleri	11	4,1
Total	266	100,0
Anksiyete		
Normal	117	44,0
Hafif	20	7,5
Orta	55	20,7
İleri	40	15,0
Çok İleri	34	12,8
Total	266	100,0
Stres		
Normal	167	62,8
Hafif	34	12,8
Orta	38	14,3
İleri	21	7,9
Çok İleri	6	2,3
Toplam	266	100,0

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres durumlarının dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Katılımcıların depresyon durumlarına bakıldığında %61,7'sinin (n=164) normal, %9'unun (n=24) hafif, %15'nin (n=40) orta, %4,1'nin ise (n=11) çok ileri depresyon düzeyinde oldukları; katılımcıların anksiyete durumlarına bakıldığında %44'nün (n=117) normal; %20,7'nin (n=55) orta ve %12,8'nin ise (n=34) çok ileri anksiyete düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Stres durumlarına bakıldığında ise %62,8'nin (n=167) normal, %12,8'nin (n=34) hafif, %7,9'nun (n=21) ise ileri stres düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.*Depresyon, anksiyete ve stres puanlarına ilişkin betimsel istatistikler*

	N	Min	Max	$\bar{x}$	Ss
Depresyon Puanı	266	0	42	9,56	9,047
Anksiyete Puanı	266	0	38	10,25	7,981
Stres Puanı	266	0	41	12,05	8,980

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4’te sunulmuştur. Depresyon puanı $9,56 \pm 9,05$ iken; anksiyete puanı; $10,25 \pm 7,91$; stres puanı ise $12,05 \pm 8,98$ olarak tespit edilmiştir. En yüksek ortalama puana sahip olan durumun stres olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.*Depresyon, anksiyete ve stres puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması*

		N	$\bar{x}$	Ss	t	p
Depresyon Puanı	Erkek	173	9,35	8,585	-,515	,607
	Kadın	93	9,95	9,887		
Anksiyete Puanı	Erkek	173	9,67	7,931	-1,625	,105
	Kadın	93	11,33	8,003		
Stres Puanı	Erkek	173	11,45	8,765	-1,490	,137
	Kadın	93	13,16	9,311		

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının cinsiyete göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur. Depresyon, anksiyete ve stres puanları cinsiyete göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir.

Tablo 6.

Depresyon, anksiyete ve stres puanlarının spor psikologu desteği alma durumuna göre karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	Ss	t	p
Depresyon Puanı	Hayır	138	8,86	8,168	-1,315	,190
	Evet	128	10,31	9,885		
Anksiyete Puanı	Hayır	138	9,76	7,852	-1,042	,298
	Evet	128	10,78	8,115		
Stres Puanı	Hayır	138	8,86	8,168	,764	,082
	Evet	128	10,31	9,885		

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının spor psikologu desteği alma durumuna göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 6’da sunulmuştur. Depresyon, anksiyete ve stres puanları spor psikologu desteği alma durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p < 0,05$).

Tablo 7.*Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının branşlarına göre karşılaştırılması*

		N	$\bar{x}$	Ss	F	p	Anlamlı Fark
Depresyon	Yüzme (1)	11	11,91	7,34			
	Okçuluk (2)	20	8,30	8,13			
	Atletizm (3)	55	11,55	9,69			
	Kano (4)	38	6,58	7,08			
	Halter (5)	42	12,71	9,30			
	Judo (6)	24	10,38	9,25	2,372	0,014	3-4, 3-8, 3-10, 5-4, 5-8,5-10
	Kürek (7)	14	10,29	10,87			
	Kayak (8)	38	6,50	8,71			
	Eskrim (9)	16	9,50	9,53			
	Triatlon (10)	8	4,25	2,86			
	Toplam	266	9,56	9,04			
Anksiyete	Yüzme (1)	11	12,45	6,13			
	Okçuluk (2)	20	8,55	5,52			
	Atletizm (3)	55	11,49	8,63			
	Kano (4)	38	7,84	7,80			
	Halter (5)	42	13,83	8,24			5-2, 5-4, 5-8, 5-10
	Judo (6)	24	10,75	7,83			
	Kürek (7)	14	10,43	7,79			3-4, 3-8, 3-10, 1-4, 1-8, 1-10
	Kayak (8)	38	6,82	7,41			
	Eskrim (9)	16	11,63	2,787			
	Triatlon (10)	8	7,38	5,26			
	Toplam	266	10,25	7,98			
Stres	Yüzme (1)	11	12,18				
	Okçuluk (2)	20	9,55	6,90			
	Atletizm (3)	55	13,91	9,60			
	Kano (4)	38	10,34	9,19			
	Halter (5)	42	14,26	8,57			
	Judo (6)	24	11,83	9,29		0,054	
	Kürek (7)	14	14,29	11,91			
	Kayak (8)	38	8,89	7,94			
	Eskrim (9)	16	14,75	9,52			
	Triatlon (10)	8	8,00	3,81			
	Toplam	266	12,05	8,98			

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının branşlarına göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan tek faktörlü ANOVA testinin sonuçları Tablo 7’de sunulmuştur. Katılımcıların depresyon puanların branşa göre anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla uygulanan Bonferroni testi sonucunda, atletizm ($\bar{x}=11,55$) sporunu yapan adolesanların depresyon puanları ortalamasının kano ($\bar{x}=6,58$), kayak ($\bar{x}=6,50$) ve triatlon ($\bar{x}=4,25$) sporunu yapan adolesanların depresyon puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, halter ($\bar{x}=12,71$)

sporunu yapan adolesanların depresyon puanları ortalamasının kano ($\bar{x}=6,58$), kayak ($\bar{x}=6,50$) ve triatlon ($\bar{x}=4,25$) sporunu yapan adolesanların depresyon puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7'ye göre, katılımcıların anksiyete puanları branşa göre anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla uygulanan Bonferroni testi sonucunda, halter ($\bar{x}=13,83$) sporunu yapan adolesanların anksiyete puanları ortalamasının okçuluk ($\bar{x}=8,55$), kano ($\bar{x}=7,84$), kayak ($\bar{x}=6,82$) triatlon ($\bar{x}=7,38$) sporunu yapan adolesanların anksiyete puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, atletizm ($\bar{x}=11,49$) sporunu yapan adolesanların anksiyete puanları ortalamasının kano ($\bar{x}=7,84$), kayak ($\bar{x}=6,82$) triatlon ($\bar{x}=7,38$) sporunu yapan adolesanların anksiyete puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, yüzme ($\bar{x}=12,45$) sporunu yapan adolesanların da anksiyete puanları ortalamasının kano ($\bar{x}=7,84$), kayak ($\bar{x}=6,82$) triatlon ($\bar{x}=7,38$) sporunu yapan adolesanların anksiyete puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 7'ye göre, katılımcıların stres puanları branşa göre anlamlı fark göstermemektedir ($p<0,05$).

Tablo 8.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının branşa başlama yaşına göre karşılaştırılması

		N	$\bar{x}$	Ss	F	p	Anlamlı Fark
Depresyon	3-6	14	12,29	8,24	1,454	0,227	
	7-10	51	8,24	8,72			
	11-14	160	10,15	9,23			
	15 ve üstü	41	7,95	8,79			
	Toplam	266	9,56	9,04			
Anksiyete	3-6	14	12,86	7,36	2,787	0,041	4-1, 4-3
	7-10	51	9,10	7,74			
	11-14	160	11,04	8,11			
	15 ve üstü	41	7,73	7,40			
	Toplam	266	10,25	7,98			
Stres	3-6	14	13,79	7,34	1,445	0,230	
	7-10	51	10,25	8,41			
	11-14	160	12,77	9,06			
	15 ve üstü	41	10,85	9,64			
	Toplam	266	12,05	8,98			

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının branşa başlama yaşına göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan tek faktörlü ANOVA testinin sonuçları Tablo 8’de sunulmuştur. Katılımcıların depresyon puanları branşa başlama yaşına anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 8’e göre, katılımcıların anksiyete puanları branşa başlama yaşına anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla uygulanan Bonferroni testi sonucunda, branşa başlama yaşı 15 ve üstü ($\bar{x}=7,73$) olan adolesanların anksiyete puanları ortalaması branşa başlama yaşı 3-6 ($\bar{x}=12,86$) ve 11-14 ($\bar{x}=11,04$) olan adolesanların anksiyete puanları ortalamasından anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur.

Tablo 8’e göre, katılımcıların stres puanları branşa başlama yaşına anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 9.*Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yaşa göre karşılaştırılması*

		N	$\bar{x}$	Ss	F	p
Depresyon	14-15	19	7,21	6,83	2,240	,084
	16-17	99	8,87	8,70		
	18-19	145	10,52	9,46		
	20 ve üstü	3	,33	,57		
	Toplam	266	9,56	9,04		
Anksiyete	14-15	19	6,89	5,48	2,191	,089
	16-17	99	10,20	7,81		
	18-19	145	10,87	8,28		
	20 ve üstü	3	3,33	5,77		
	Toplam	266	10,25	7,98		
Stres	14-15	19	9,47	7,27	,973	,406
	16-17	99	11,99	8,67		
	18-19	145	12,52	9,41		
	20 ve üstü	3	7,00	4,00		
	Toplam	266	12,05	8,98		

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yaşlarına göre anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla uygulanan tek faktörlü ANOVA testinin sonuçları Tablo 9'da sunulmuştur. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanları yaşa anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10.*Depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişki*

		Depresyon	Anksiyete	Stres
Depresyon	r	1	,793	,805
	p		,000	,000
Anksiyete	r		1	,833
	p			,000
Stres	r			1
	p			

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla uygulanan Pearson korelasyon testinin sonuçları Tablo 10'da sunulmuştur. Depresyon ile anksiyete ($r=0,793$) ve stres ($r=0,805$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca, anksiyete ve stres arasında da pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 11.*Stres ve anksiyetenin depresyonu açıklama durumuna ilişkin regresyon analizi*

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	β	t	p	R ²
Depresyon	Sabit	-,817		-1,565	,119	
	Anksiyete	,455	,401	6,532	,000	,695
	Stres	,474	,471	7,661	,000	

Stres ve anksiyetenin depresyon üzerindeki etkisini belirlemek üzere gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 11’de sunulmuştur. Tablo 11’e göre, stres ($\beta= 0,471$) ve anksiyete ($\beta=0,401$) değişkenleriyle kurulan model depresyonu istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamaktadır ($p<0,05$). Anksiyete ve stres değişkenleriyle kurulan model, depresyon puanındaki varyansın %69’unu açıklamaktadır.

Tablo 12.*Stres ve depresyonun anksiyeteyi açıklama durumuna ilişkin regresyon analizi*

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	β	t	p	R ²
	Sabit	1,394		3,305	,001	
Anksiyete	Stres	,492	,553	10,390	,000	,735
	Depresyon	,307	,348	6,532	,000	

Stres ve depresyonun anksiyete üzerindeki etkisini belirlemek üzere gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 12’de sunulmuştur. Tablo 12’ye göre, stres ($\beta= 0,553$) ve depresyon ($\beta=0,348$) değişkenleriyle kurulan model anksiyeteyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamaktadır ($p<0,05$). Buna göre, stres ve depresyon değişkenleriyle kurulan model depresyon puanındaki varyansın %73’ünü açıklamaktadır.

Tablo 13.*Anksiyete ve depresyonun stresi açıklama durumuna ilişkin regresyon analizi*

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	β	t	p	R ²
Stres	Sabit	2,302		5,111	,000	,748
	Depresyon	,385	,388	7,661	,000	
	Anksiyete	,592	,526	10,390	,000	

Depresyon ve anksiyetenin stres üzerindeki etkisini belirlemek üzere gerçekleştirilen doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 13'te sunulmuştur. Tablo 13'e göre, depresyon ($\beta = 0,388$) ve anksiyete ($\beta = 0,526$) değişkenleriyle kurulan model stresi istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamaktadır ($p < 0,05$). Buna göre depresyon ve anksiyete değişkenleriyle kurulan model depresyon puanındaki varyansın yaklaşık olarak %75'ini açıklamaktadır.

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmamızda depresyon, anksiyete ve stres açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak bir farklılaşma görülmemiştir. Ancak üç değişken açısından da kadınların ortalama puanları erkeklere göre fazla bulunmuştur.

Benzer şekilde Baştuğ ve Çumralıgil (2004) kros sporu yapanlar arasında yaptıkları araştırmada kadınlarda depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu aktarmaktadır. Yeniocak ve Tunç (2019) çalışmalarında tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon anksiyete ve stres düzeylerini belirlemek üzere gerçekleştirdikleri çalışmalarında anksiyete ve stresin istatistiksel olarak cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaştığını (kadınlarda daha yüksek) ama depresyonun farklılaşmadığını (yine de kadınlarda yüksek) aktarmışlardır. Dolayısıyla gerek Yeniocak ve Tunç'un (2019) çalışmalarında aktardığı üzere eğitim hayatında gerekse çalışmamızdaki gibi (istatistiksel olarak anlamlı derecede olmasa da) spor hayatında kadınların daha fazla stres, anksiyete ve depresyona sahip olduğu söylenebilir.

Literatürde bunun tersi bulgulara rastlamakta mümkündür. Üstün ve Bayar (2015) çalışmalarında Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğrencileri özelinde yaptıkları çalışmada depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediğini aktarmaktadır. Bahsedilen çalışmalar ışığında (spor yapan veya tıp fakültesinde okuyan öğrenciler göz önüne alındığında) başarılı olmanın daha fazla arzulandığı yerlerde depresyon, anksiyete ve stresin kadınlarda belirgin şekilde arttığı ve erkeklere göre farklılaştığı yorumu yapılabilir. Bu durumun ortaya çıkmasında kadın ve erkekler arasında; fizyolojik farklılıkların olması, aynı duruma yüklenen anlamların değişmesi, stresle başa çıkma tarzlarının farklılaşması etkili olabilir. Literatürde gerçekleştirilen bazı çalışmalarda cinsiyet farklılığından kaynaklanan bu durumlara ve bunların sebeplerine de değinilmektedir. Kadın ve erkek sporcuların stresle başa çıkma tarzları farklılaşmaktadır. Erkekler kaçınma stratejisini daha çok kullanırken kadınlar destek aramaya daha çok yönelmektedir (Arsan ve Koruç, 2009). Dolayısıyla sporculara depresyon anksiyete ve stres konusunda destek olunurken cinsiyet farklılığı gözlemlenmesi gereken önemli bir faktördür.

Çalışmamızda depresyon, stres puanında branşa başlama yaşına göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Ancak anksiyete puanı, branşa başlama yaşı 15 ve üstü olanlarda görece daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte depresyon, anksiyete ve stres puanlarının sporcuların yaşına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı da görülmüştür.

Güvendi vd. (2019) çalışmalarında elit güreşçilerin depresyon düzeylerini araştırmışlardır. Çalışmalarında yaş, spor yılı, eğitim durumunda göre anlamlı farklılıklar görülmediği aktarılmaktadır. Benzer şekilde Başaran vd. (2009) çalışmalarında spor yaşı küçük olan bireylerin daha fazla kaygıya sahip olduğunu aktarmaktadır. Bu durum spora geç başlayanların spora verdiği emeğin görece daha az olması, yarışmalardan beklentilerinin daha az olması ile ilişkilendirilebilir. Shuklina vd. (2014) boksörlerin stresle başa çıkma stratejilerini ve stresin kronik hale ulaşmadan nasıl aşmaları gerektiğini göstermeye çalışmışlardır. Çalışmalarında özellikle psikolojik bozulma riskini azaltmak için sporcuların erken yaşlardan itibaren yüksek spor yüklerine hazırlanmaları gerektiği de vurgulanmıştır.

Çalışmamızda bazı branşlar arasında depresyon puanları açısından farklılıklar olduğu görülmüştür. Depresyon puanının yüksek olduğu branşlar yüzme, atletizm, halter; düşük olduğu puanlar kano, triatlon ve kayak olarak göze çarpmaktadır. Buna paralel şekilde anksiyete puanının yüksek olduğu branşlar yüzme, atletizm, halter, eskrim; düşük olduğu puanlar kano, triatlon ve kayak şeklindedir.

Güvendi vd. (2019) benzer şekilde çalışmalarında spor yapılan branş dalına (güreş stili) göre depresyon puanlarında anlamlı farklılık olduğunu aktarmışlardır. Başaran vd. (2009) çalışmalarında sporcularda sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında branşlar açısından (basketbol, voleybol, hentbol, tekwando ve güreş) anlamlı farklılıklar bulunduğunu aktarmışlardır.

Benzer şekilde Tazegül (2012) çalışmasında stresle başa çıkma tarzlarını erkek bireysel sporcular açısından incelemiştir. Buna göre branşlar açısından farklılıklar görülmektedir ki bunun bir yansıması olarak depresyon, stres ve anksiyete puanlarında farklılaşmalar olması beklenebilir.

Moghadasin vd. (2014) çalışmalarında elit atlet ile genel popülasyon arasında depresyon, anksiyete ve stres üzerinde anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır. Bu durum sporcuların tecrübe kazandıkça daha az olumsuz duygu geliştirdiği şeklinde yorumlanabilir. Spor yapmanın aslında bireylerin hayatında stres, kaygı ve depresyonu azaltıcı etkisi olduğu bilinmektedir (Tatar vd. 2018). Ancak bu durum sporu bir hobi olarak yapanlar açısından geçerlidir. Dolayısıyla sporun olumlu etkilerinin yarışmalara katılan profesyonel sporcularda görülmemesi normal kabul edilebilir. Sporcular her ne kadar ‘spor’ yapıyor olsa da bunun alt kategorileri ve kendilerine göre zorluk dereceleri olmaktadır. Aslında bu durum meslekler açısından benzerlik göstermektedir. Bireyler her ne kadar bir ‘iş’ te çalışıyor olsa da zorluklar ve şartlar değişkenlik göstermektedir. Literatürde bu durumu ele alan çalışmalarda da meslek grupları açısından stres düzeylerinin farklılaştığı aktarılmaktadır (Tekin vd., 2019).

Çalışmamızda hiçbir sporcunun psikiyatrik bir geçmişinin olmadığı görülmüştür. Görüşülen sporcuların ise yaklaşık yarısı (%48,1) spor psikoloğu desteği almaktadır. Ancak depresyon, stres ve anksiyete puanları açısından spor psikoloğu desteği alanlar ve almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Spor psikoloğu desteği alan ve almayanlarda depresyon, stres ve anksiyete puanlarının farklılaşması beklenen bir durum olsa da literatürde doğrudan bu konuda karşılaştırma yapılacak bir çalışmaya rastlanamamıştır. Stresle başa çıkmak için antrenörlerin psikolog desteğine başvurması gerektiği, sporcuların stresle başa çıkmak için kendilerini eğitmesi gerektiği, küçük yaştan itibaren spor yapanların deneyimli sporcuların stresle başa çıkma yöntemlerini örnek alması bu bağlamda onlarla birlikte vakit geçirmesi gerektiği şeklinde bilgi ve görüşler literatürde yer almaktadır (Özdevecioğlu ve Yalçın, 2010). Bu bağlamda stresin kaynağı olarak özellikle yarışmalar gösterilebilir ve bununla başa çıkabilme konusunun ciddi bir şekilde ele alınması gerekir. Nitekim literatürde depresyon düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalarda sporcuların stresi yarışma öncesi ve sonrasında farklı derecelerde yaşadığı aktarılmaktadır. Liseli ve üniversiteli atletlerin yarışma öncesinde daha yoğun depresyon yaşadığı görülmektedir ki bu tecrübe eksikliğine bağlanabilecek bir durumdur (Baştuğ ve Çumralıgil, 2004).

Çalışmamızda gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçlarına göre depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır.

Nitekim DASS ölçeğini Türkçeye uyarlayan Akın ve Çetin (2007) çalışmalarında benzer bir sonuç bulduklarını aktarmaktadır. Depresyon ve anksiyete arasında yakın bir ilişki olduğu da klinik uzmanlar tarafından aktarılmaktadır (Gülseren, 2004). Stresin depresyona ve anksiyeteye sebep olduğu da bilinmektedir (Gökler ve Işıtan, 2012). Dolayısıyla çalışmamızda elde edilen; ölçek puanları arasında yüksek korelasyon bulunması ve regresyon analizi sonucunda ölçeklerin birbirini yordaması beklenen sonuçlardandır.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmaya 173 erkek ve 93 kadın adölesan sporcu katılmıştır. Katılımcıların hiçbirisi psikiyatrik bir geçmişe sahip değildir. Katılımcıların yarısından fazlasının depresyon (%61,7) ve stres (%62,8) puanları açısından normal kategoride yer alan değerlere sahip olduğu görülmüştür. Ancak anksiyete puanında bu oran (%44) görece daha düşük bulunmuştur.

Analizler sonucunda cinsiyete göre DASS puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülse de kadınlarda bu puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Spor psikoloğu desteği alma ile DASS puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür.

Spor yapılan branşa göre stres puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmesine de depresyon ve anksiyete açısından farklılık olduğu görülmüştür. Depresyon puanının yüksek olduğu branşlar yüzme, atletizm, halter; düşük olduğu puanlar kano, triatlon ve kayak olarak göze çarpmaktadır. Buna paralel şekilde anksiyete puanının yüksek olduğu branşlar yüzme, atletizm, halter, eskrim; düşük olduğu puanlar kano, triatlon ve kayak olarak göze çarpmaktadır.

Branşa başlama yaşı açısından depresyon ve stres puanlarında bir farklılık görülmesine de anksiyete puanı açısından farklılık görülmüştür; 15 yaş ve üstünde spora başlayanlarda anksiyete daha düşük bulunmuştur. Sporcuların yaşı ile DASS puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür.

Kullanılan ölçekte yer alan depresyon, anksiyete ve stresin yüksek korelasyona sahip olduğu ve birbirlerini önemli derecede etkilediği görülmüştür.

6.2. Öneriler

Spor psikolojisi, hem dünyada hem de ülkemizde gelişmekte olan psikoloji biliminin pek çok alt alanından biridir. Psikoloji biliminin alt alanları söz konusu olduğunda, bu alanlara multidisipliner bir yaklaşımla eğilmek, alt alanların birbirleriyle olan ilişkisini incelemek, hem toplum ruh sağlığı açısından maksimal fayda sağlayacaktır, hem de bilime katkı sunacaktır.

Bu çalışmanın çıkış noktası hem klinik psikoloji dinamikleri olan depresyon, anksiyete, stres başlıklarını incelemek hem gelişimsel psikolojiye katkı sunacak şekilde adölesan dönemle ilgili çalışmada bulunmak hem de bu bahsi geçen alanların gelişmekte olan spor psikolojisi çerçevesinde incelenmesi fikrinin temellendirilmesidir. Bu bağlamda bire bir çalışıyor olduğum adölesan milli sporcularla yaptığım şahsi görüşme ve gözlemlerim, her profesyonellik seviyesindeki sporcunun psikolojik destek ve müdahaleye ihtiyacı olduğu kanaatine ulaşmamı sağlamıştır. Çalışmanın neticesinde kadın ve erkek sporcuların yaşadığı stres, depresyon ve anksiyete seviyeleri açısından anlamlı bir farklılık çalışmada görülmesine de bu puanlar kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle özellikle kadın sporcuların spor psikoloğu desteği almasına daha fazla dikkat edilmeli ve gerekli imkanlar sağlanmalıdır. Ayrıca kadın ve erkeklere destek konusunda farklı yöntemler izlenmesi tavsiye olunur. Bu anlamda sporcuların istediği cinsiyette uzmanı seçebilmesi ve destek almak istediği kişinin ulaşılabilir olması kritik önem taşımaktadır. İlgili kamu ve özel kuruluşların bu anlamda gerekli uzman kadroyu istihdam etmesi avantajlı olacaktır.

Sporcuların yaşı ve tecrübesi depresyon, anksiyete ve stresi etkileyebilmektedir. Spora başlama yaşı, spora başlama ve devam etme amacı bu süreçte sorgulanması gereken temel faktörlerdir. Bu süreçte gelişim alanında çalışan uzmanların, sürece dahil olması ve pedagojik değerlendirmeler çerçevesinde çocuk ya da adölesanların spora başlama ve devam etme süreçleri takip edilmelidir. Bu anlamda sonuçlar klinik ve gelişimsel çerçevede değerlendirilmelidir.

15 yaşından sonra spora başlayan sporcularda ölçülen bazı değişkenlerin sayısal olarak düşük olması, daha sonraki çalışmalar için bir yol gösterici olabilir. Bu verinin, yapılacak olan çalışmalarda değerlendirilmesi her bir alan için faydalı olacaktır.

Profesyonel sporcuların spor hayatı genellikle erken çocukluk döneminde başlar. Küçük yaştaki çocukların spor okullarında, spor eğitiminin yanı sıra pedagojik ve psikolojik desteğin eşlik etmesi, gelecekte profesyonel sporcuların ruh sağlığının temellerini atacak olumlu bir hamle olacaktır. Bununla birlikte usta-çırak ilişkisi gibi tecrübeli sporcuların yeni başlayanlara yol göstermesi ve psikolojik destek almaya teşvik etmesi avantajlı olacaktır.

Sporculara depresyon, anksiyete ve stres hakkında bilgilendirme amaçlı seminer ve kurslar verilmelidir. Hem takım eğitimleri hem bireysel görüşmeler bu anlamda kritik önem taşımaktadır. Takım ve bireysel sporlar fark etmeksizin her bir federasyonun bu anlamda hassasiyet göstermesi gereklidir. Bu amaçla tercihen spor psikolojisi alanında çalışan psikologlardan profesyonel destek alınabilir. Özellikle yarışmalarda yer alan sporcuların ailevi, gelişimsel, bireysel durumları gözetilerek; cinsiyet, spor yapılan branş gibi her bir değişken dikkate alınarak birebir destek sunulmalıdır.

Spor branşlarından bazılarını (yüzme, atletizm, halter) yapan sporcularda daha fazla depresyon ve anksiyete olduğu görülmüştür. Bu branşlarda puanların yüksek olmasının sebepleri derinlemesine araştırılmalı, bu branşlarda yer alan sporculara daha fazla destek sunulmasına çalışılmalıdır. Aynı zamanda kano, triatlon, kayak gibi branşlarda ise hem depresyon hem anksiyete puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu her iki durum gerekçeleri ile analiz edilerek gelecek çalışmalar için yeni bir araştırma konusu olarak yol gösterici olabilir.

Spor müsabakalarının stresi, anksiyeteyi arttırdığı göz önünde bulundurularak, antrenörlerin yalnızca sporcuların fiziksel performanslarına odaklanmaması, onların psikolojik ihtiyaçlarını da gözeterek gelişimlerine katkıda bulunacak çalışmalar yapması önemlidir. Bu anlamda psikologların müsabaka öncesinde, müsabaka esnasında ve sonrasında diğer tüm sağlık personelleri gibi dahil olması gerekmektedir. Bu sayede ülkemiz adına hem toplum ruh sağlığı bakımından hem de sportif başarı ve performans gelişimi adına psikologların tüm süreci başarıya taşıyan önemli dinamikler olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adıgüzel R. İlköğretim okulları 2. kademe öğrencilerinin spora bakış açılarının ve spor alışkanlıklarının değerlendirilmesi. 2010, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek lisans tezi*, 146 sayfa, Kayseri, (Öğr. Gör. Dr. Feyzullah Koca). (Adıgüzel, 2010).
- Akar F. Beceri ve oyun tabanlı antrenmanların adölesan erkek futbolcuların fiziksel performans ve teknik beceri gelişimi üzerine etkileri. 2013, Aksaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek lisans tezi*, 78 sayfa, Aksaray, (Yrd. Doç. Dr. Mustafa Karahan).
- Akın, A. ve Çetin, B. (2007). Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of validity and reliability. *Educational Science: Theory & Practice*, 7(1), 241-268.
- Allgood–Merten B, Lewinsohn PM, Hops H et al. Sex differences and adolescent depression. *J Abnormal Psychology* 1990;99: 55–63.
- Aktuğ T. Ergenlerde akran baskısının ve benlik saygısının incelenmesi. 2006, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek lisans tezi*, 97 sayfa, Mersin, (Yrd. Doç. Dr. Binnaz Kıran Esen).
- Alpaslan AH. Ergen yaştaki lisanslı sporcularda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesinin araştırılması. 2009, Uludağ Üniversitesi, Tıp fakültesi, *Uzmanlık tezi*, 79 sayfa, Bursa, (Yrd. Doç. Dr. Yeğim Taneli).
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. E. Köroğlu (çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Antunes, H. K. M., Stella, S. G., Santos, R. F., Bueno, O. F. A., & Mello, M. T. D. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 266-271.
- APA (2000). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*. Text Revision. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Arsan, N. ve Koruç, Z. (2009). Sporcuların Stresle Başa Çıkma Becerilerinin Belirlenmesi, *Spor Hekimliği Dergisi*, 44:131-138.
- Aydın, A. (2006). Ergenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi SBE.
- Aydın, A., Sütçü , S., ve Sorias, O. (2010). Ergenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Grup Terapisi Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21.1, 25-36.
- Aydın, Ş. (2004). Otel İşletmelerinde Stres Faktörleri ve İle İş Bırakma İlişkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3:414.
- Aydın, Y. (2017). Yetişkinlerin Stres Düzeyleri Ve Stresle Baş Etme Yolları İle Sergilenen Dikkat Eksikliği Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Aysan, F. (1988). Lise öğrencilerinin stres yaşantılarında kullandıkları başa çıkma stratejilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi*.Ankara.
- Aytaç, S. (2015). Stres Kaynakları ve Stresin Psikolojik Semptomlarının Öfke Kontrolü ile İlişkisi: Polis Memurları Üzerine Bir Araştırma. Sosyal Siyaset Konferansları / *Journal of Social Policy Conferences Sayı* / <http://dergipark.gov.tr/iusskd>

- Aquilera, R.C. & Messick, M.J. (1982). *Crisis intervention theory and methodology* (4. Ed). St. Louis: C.U. Mosby Comp.
- Azar, D., Ball, K., Salmon, J., & Cleland V. J. (2008). The association between physical activity and depressive symptoms in young women: a review. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 82-8
- Bacanlı, F. (2012). Kariyer Karar Verme Güçlükleri ve Meslek Seçimine ilişkin Akılcı Olmayan İnançların İlişkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 4.37, 86-95.
- Baki, S. (2011). Hastane Çalışma Koşullarının Alt İş Veren Çalışanlarında Oluşturduğu Stres ve Etkileri, *Yüksek Lisans Tezi*, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Bandura, A. (1969). *Principals of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart& Winston.
- Başal, A. (2007). *Stres Yapmayan Stres Kitabı*, Crea Yayıncılık, İstanbul.
- Baltaş, A. (2015). *Stres Kaynağı Ölçeği*, *Stres*, <http://stu.inonu.edu.tr/~emgurbuz/stres.html>.
- Baltaş, A. ve Z. Baltaş, (2004). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Başaran. _E.: Eğitim Psikolojisi, Eğitimin Psikolojik Temelleri. s.28-29, Gül Yayınevi, Ankara, 1996.
- Başaran, M.H., Taşğın, Ö., Sanioğlu, A. ve Taşkın, A.K. (2009). Sporcularda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *S.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21: 533-542.

- Baştuğ, G., ve Çumralıgil, B. (2004). Kros Sporü İle Uğraşan Sporcuların Depresyon Düzeylerinin Yaş ve Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi, *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(3) 95-100.
- Bayhan P, Iştan S. Ergenlik döneminde ilişkiler: Akran ve romantik ilişkilere genel bakış. *Aile ve Toplum*. 2010;5(20):33 - 44.
- Bayoğlu, S., Karagün, E. (2017). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerde Umutsuzluk İncelemesi: Kocaeli Üniversitesi Örneği, *Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 109-117.
- Bayramkaya, E., Toros , F. ve Özge, C. (2005). Ergenlerde Sosyal Fobi ile Depresyon, Öz kavram, Sigara Alışkanlığı Arasındaki İlişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 15.4, 165-173.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beesdo, K., Knappe, S., ve Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. 32.3, 483-524.
- Boyacıoğlu, N. ve Küçük, L. (2011). Ergenlikte Mantık Dışı Gnançlar Sınav Kaygısını Nasıl Etkiliyor. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2.1, 40-45.
- Braham, J. B. (2002). *Stres Yönetimi: Ateş Altında Sakin Kalabilmek*. (Çev. Vedat Diker), Hayat Yayın, İstanbul.
- Busch, F. N., Shapiro, T. (1995). The panic patient. H. J. Schwartz, E. Bleiberg, S. H. Weissman (Ed.). In *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*. Washington: American Psychiatry Press, 249-161.

- Busch, F. N., Rudden, M., Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. American Psychiatric Pub.
- Bykbee, T. (2011). *Stres ve Stres Yönetimi, ağda Yönetim Yaklaımları: İlkeler, Kavramlar ve Yaklaımlar içinde*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry, *Basic Books, Inc.* New York, USA.
- Caine D, Purcell L, Maffulli N. The child and adolescent athlete: a review of three potentially serious injuries. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2014;6:22.
- Cicek, G., Atan, T., Kamuk, Y. U., Imamoglu, O., Yamaner, F., & Aslan, V. (2015). Effects of Exercise on Levels of Depression. *The Anthropologist*, 20(3), 670-674.
- akır İ. Polislerin i stresi ve bazı değişkenlere göre stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana: ukurova niversitesi, 2006.
- Çivitçi, A. (2006). Ergenler İçin Mantık Dışı İnançlar leğinin Geliştirilmesi Geçerlilik ve Güvenilirlik alıması. *Türk Psikoljik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3.25, 69-80.
- Çivitçi, A. (2006). Ergenlerde Mantık Dışı İnanç ve Sürekli Kaygı İlişkisi. *Eğitim Fakültesi Dergisi*. 7.12, 27- 39.
- Denton RE, Kampfe CM. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*, 1994; 29: 475–95.
- Derman O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63, 19-21.
- Din B. Ergenlik döneminde beden imgesinin gelişimi üzerine aile, akran ve televizyonun etkilerinin incelenmesi. 2010, Gazi Üniversitesi, Eğitim bilimleri enstitüsü, Doktora Tezi, 154 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Fatma Alisinanoğlu).

Doğan O. Spor Psikolojisi. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2005. 77–81.

Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and Treating Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63.3, 233-243.

DSM-5, 2013, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı, *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Duman U. Spor yapan ve yapmayan ergen öğrencilerin stresle başa çıkma düzeylerinin karşılaştırılması (Kayseri ili örneği). 2009, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek lisans tezi, 49 sayfa*, Kayseri, (Yrd. Doç. Dr. Yusuf Can).

Dünya Sağlık Örgütü. (2017). World health day (depression). Erişim adresi: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/toolkit.pdf>

Dygdon, J. A., Dienes, K. A. (2013). Behavioral excesses in depression: A learning theory hypothesis. *Depression and anxiety*.30(6), 598-605.

Ekeland E, Heian F, Hagen KB. Can Exercise Improve Self Esteem in Children And Young People A Systematic Review Of Randomised Controlled Trials. *Br J Sports Medicine*. 2005;39:792-798.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in Adolescence. *Child Development*, 38, 1025–1034.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1993). The Rational-Emotive Therapy (RET) Approach to Marriage and Family Therapy. *The Family Journal*. 1.4, 292-307.

Ellis, A. (1993a). Reflections On Rational Emotive Therapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 61.2, 199–201.

Ellis, A. (1993b). Constructivism and Rational Emotive Therapy: A Critique of Richard Wessler's Critique. *Psychotherapy*. 30.3, 531–532.

Ellis, A. (1996), Better, Deeper, And More Enduring Brief Therapy: *The Rational Emotive Behavior Therapy Approach*. New York: Brunner/Mazil.

Ellis, A. ve Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational–Emotive Therapy*. New York: Springer.

Ercan Ç. Ergenlerin spor yapma alışkanlıklarının kişilik ve atılganlık özellikleri açısından incelenmesi. 2010, *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 78 sayfa*, İzmir, (Prof.Dr. Birol Doğan).

Erci, B., Tortumluoğlu, G. ve Kılıç, D. (2003). Anksiyete ile Bağıtme Eğitiminin Adölesanlarda Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6.3, 57-63.

Erdal, S. (2009). Örgütlerde Stres Yönetiminde Cinsiyet Faktörü, *Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Eren, A. (1994). Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ve psikolojik ihtiyaçlarının incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.

Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. *Beta Basım Yayım Dağıtım*, İstanbul, 2000:298.

Eren Gümüş, A. (2006). Sosyal Kaygı İle Başa Çıkma, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Eren, E. (2010). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

- Erginsoy, D. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal İlgileri, Bilişsel Çarpıtmaları ve İlk Anıları. *Doktora Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi EBE. Eroğlu, F. (2010). *Davranış Bilimleri*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008*. 25-30.
- Ertürk, S. (2011). Kuruma Aidiyet Bağlamında Adanmışlık Algısı İle Kişilik, İş Doyumu ve Stres İlişkisi, *Doktora Tezi*, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Eyüboğlu E. Spor yapan ve yapmayan 12-14 yaş arası ergenlerin öz yeterlik düzeylerinin karşılaştırılması. 2012, Haliç Üniversitesi, Sosyal bilimler enstitüsü, *Yüksek lisans tezi*, 71 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Sevda Bıkmaz).
- Ferster, C. B. (1974). Behavioral approaches to depression. R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds), In *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington: Winston & Sons.
- Fields, L., Prinz, R.J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17(8), 937-976.
- Fisek K. Ankara Üniversitesi *Spor Akademisi Ders Notları*, Ankara 1978; ss 15.
- Fisek K. Spor Yönetimi, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara 1980; ss 47.
- Ford, T., Goodman, R. ve Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 42.10, 1203-1211.
- France, K. (1990). Crisis intervention: a handbook of immediate person-to-person help. *Charles C. Thomas Publisher*. (2. baskı).Illinois, USA.

- Freud, S. (1909). *Two case histories: 'Little Hans' and 'Rat Man'*. London: Vintage.
- Freud, S. (1936). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Psychoanalytic Quarterly*. 5, 415-443.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatry Press.
- Gallatin J. (çev.:N.Çelen,1995). Ergenlik kuramları. (49-79). (Ergenliği anlamak-J.F.Adams:Yay.haz. B.Onur) Ankara: *İmge Kitabevi*.
- Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları
- Gore S. ve Colten, M.E (1991). *Adolescent stress. causes and consequences*. (Eds.M.E. Colten ve S. Gore), *Aldine de Gruyter*, New York.
- Gödelek, E. (1998). Üç Farklı İş Kolunun (Tekstil, Tekstil Boya, Çimento) Psiko- Sosyal Stres Faktörleri Yönünden Karşılaştırılması, *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gökler, R. ve Işıtan, İ. (2012). Modern Çağın Hastalığı Stres ve Etkileri, *Journal of History Culture and Art Research*. 1: 154-168.
- Görker I, Korkmazla Ü, Durukan M ve ark. (2004) Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımları. *Klinik Psikiyatri*. 7. 103-110.
- Greenson, J.,Brantley, J. (2009). Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the innerexperience of fear. F. Didonna (Ed.). In *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer,171-189.
- Greist, J. H. & Jefferson, J. W. (1992). *Depression and its Treatment*. New York: Warner Books, s.43-44, 81-82.

- Gülberk, Z 2017, 'Çalışan evli kadınların evlilik uyumu düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi', *Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul*.
- Güler, M. (2016). Okul Öncesi Dönem 4-6 Yaş Çocukları İçin Yeniden Düzenlenen Okul Öncesi Kaygı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Yüksek Lisans Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Güler, Z., Başpınar, N.Ö. ve Gürbüz, H. (2001). İş Yaşamında Stres ve Kamu Kurumlarındaki Sekreterler Üzerinde Bir Uygulama, *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir.
- Gülseren, Ş. (2014). Depresyon ve Anksiyete, *Klinik Psikiyatri*, Ek 1:5-13.
- Günay, O., Öncel, Ü., Erdoğan, Ü., Güneri, E., Tendoğan, M., Uğur, A., ve Baçaran, O. (2008). Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17.2, 77-85.
- Güvendi, B., Şahin, S. ve Türksoy, I.A. (2019). Elit Güreşçilerin Depresyon Düzeylerinin Bazı Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Spor Eğitim Dergisi*, 3 (2), 106-112.
- Hamburg DA, Takanishi R. Preparing for life The critical transition of adolescence. *Abnormal Psychology*. 1989;44:825-827.
- Herting MM, Sowell ER. (2017). Puberty and structural brain development in humans. *Frontiers in neuroendocrinology*, 44:122-137.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral cognitive therapies. *Behavior therapy*. 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R. (2009). Cognitive theories of depression. In *The international encyclopedia of depression*. http://search.credoreference.com/content/entry/spiedep/cognitive_theories_of_depression/0

- ISSP. (1992). Physical activity and psychological benefits: A position statement *International Journal of Sport Psychology*, 23 (1) 86-91
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık.
- İlgar Ö. Örgütsel Stresin Çalışan Bayanlar Üzerindeki Etkileri ve Stresle Başa Çıkma Yolları. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2001.
- Kabakçı, E. (2001). Üniversite Öğrencilerinde Sosyotropik/Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12.4, 273-282.
- Karaküçük S. Seçilmiş Spor Makaleleri, Ankara 1991; ss 23. . Kaşıkçı İ. Ergenlik döneminde riskli sağlık davranışları. 2014, Beykent Üniversitesi, Sosyal bilimler enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, 82 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgini).
- Kaufman J, Young B, Douglas–Palumberi H, et al. Brain–derived neurotrophic factor–5–HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry* 2006;59:673–80
- Kernberg, O. F. (2009). An integrated theory of depression. *Neuropsychanalysis*, 11(1), 76-80.
- Kessler, R. C., Mcgoagle, K. A., Zhao, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kessler, R.C. (2003). The İmpairments Caused by Social Phobia in General Populations: İmplications for İntervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108.s417, 19-27.
- Kiluk, B.D., Weden, S. ve Culotta, V.P. (2009). Sport Participation and Anxiety in Children With ADHD. *J Atten Disord*. 12, 499–506.

- Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Kırel, Ç. (1991). Örgütlerde Stres Kaynaklarının Çalışan Kadınlar Üzerindeki Etkileri ve Eskişehir Bölgesinde Bir Uygulama Çalışması, *Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Eskişehir.
- King DL, Delfabbro PH, Zwaans T, Kaptsis D. Clinical Features and Axis I Comorbidity of Australian Adolescent Pathological Internet and Video Game Users. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013;47(11):1058-67.
- Kocabaşoğlu,N.(2006).Stresveanksiyete.Erişimadresini:<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4719.pdf>
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Köroğlu, E. (2009). *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler. Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar*. 1. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Köroğlu, E. (2015). Depresyon. Psikiyatri Başvuru Elkitabı, Hastalar, Danışanlar ve Yakınları İçin Ruhsal Hastalıklar Kılavuzu. Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*. 37-100.
- Köroğlu, E. (2016). Kolay DSM-5. DSM 5'i Kavrama ve Uygulama Kılavuzu. Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.
- Köknel, Ö. (1992). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*. İstanbul: *Altın Kitaplar Yayınevi*.
- Kurthan Fisek : Türkiye Ansiklopedisi. Cumhuriyet Dönemi ,Cilt 8, s.2176.1964
- Leadbeater BJ. Diminishing Risks for Depressive Symptoms in Early Adolescence Through Positive Involvement in Team Sports *Centre for Youth and Society* 2006; 79–90.

- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri*. S. Aslan, H. Türkçapar ve E. Köroğlu(çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E. ve diğerleri. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalance and Ġncidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*. 102.1, 133-144.
- Lewinshon, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., ve Rohde, P. (1994). Major Depression in Community Adolescents: Age at Onset, Episode Duration, and Time to Recurrence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 33.6, 809-818.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley J. R. (1998). Major Depressive Disorder in Older Adolescents: Prevalance, Risk Factors, and Clinical Ġmplications. *Clinical Psychology Review*. 18.7, 765-794.
- Lewinsohn, P., Dimidjian, S., Martell, C. (2009). Behavioral models of depression. In *The international encyclopedia of depression*. http://search.credoreference.com/content/entry/spiedep/behavioral_models_of_depression/0
- Long, B. C. (1983). Aerobic conditioning and stress reduction: participation or conditioning? *Human Movement Science*, 2, 171-186.
- Martinsen M, Bratland- Sanda S, Erikkson AK, Sungdot-Borden J. Dieting to win or to be thin A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine* 2010;44:70-76.
- Marques B., Huston S.: Tolls for Leadership and Management Problem Solving, Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application. Lippincott. *Third Edition*. Philadelphia, 2000.
- Masia, C. L., Klein, R. G. ve Storch, E. A. (2001). School-Based Behavioral Treatment for Social Anxiety Disorder in Adolescents: Results of A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40.7, 780-786.

- Mathews, C. O. (1977). A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*.14(1), 79.
- Meadows SO, Brown JS, Elder GH, Kreipe R, Novak J. Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *J Youth Adolesc* 2006; 35: 93–103.
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik Tanı*.İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Merrick J., Morad M., Halperin I., Kandel I. (2005). Physical Fitness and Adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 17 (1): 89-91.
- Moghadasin, M., Dibajnia, P. ve Sadeghi, J. (2014). Stress, Anxiety and Depression in Olympic Athletes. *J Rehab Med*. 3. 54-59.
- Morgan, CT. (1999). *Psikolojiye Giriş*, (Çev. Arıcı H.). Ankara: Meteksan.
- Morgan, N., Taylor, D. (2005). Psycho dynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*. 4(5), 6-9.
- Morgan J & Williams, B 2007, *Overview of problem solving, faculty guidebook*, Lisle, IL; Pacific Crest.
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning -A reinterpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*. 17, 102-148.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Murphy, SM (1994). Imagery Interventions in Sport. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 26: 486-494.
- Nicaise, M. (1995). Treating Test Anxiety. *Teacher Education and Practice*. 11, 65-81.

Noble, R.E. (2005). Depression in women. *Metabolism*.54, 49-52.

Nolen–Hoeksema S. Gender differences in depression. In: Gotlib IH, Hammen CL (Eds). *Handbook of Depression*, Stanford, CA: *Stanford University Press*; 2002. 492–509.

Nolen-Hoeksema, S. (2009). *Abnormal Psychology*. New York: McGraw Hill Higher Education.

Ocakçı AF, Üstüner Top F. (2015). Yetişkinliğe bir adım kala: Ergen sağlığı. Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım, Amasya.

Okutan, M. ve Tengilimoğlu, D. (2002).İşOrtamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3.15 17.

Oral, A. (1994). “Sources of stress and coping strategies during adolescence.” ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara.

Overmier, J. B.,Seligman, M. E. P. (1967). Effects of in escapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 63, 28- 33.

Ögel, K. ve ark. (1999). *Genel Tıpta Ruhsal Bozukluklar*. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi.

Öner, N. ve LeCompte, A. (1982). *Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4).

Özdevecioğlu, M. ve Yalçın, Y. (2010). Spor Tatmininin Sporcuların Stres ve Saldırganlık Düzeyleri Üzerindeki Etkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 4 (1): 63-76.

- Özkan, M. (1984). 15-17 yaş ergenlerde görülen korku ve kaygılar. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
- Özmen, M. (2001). Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygu durum Dizisi*. 6, 283-287.
- Özpoyraz, N. (2011). Anksiyete Bozuklukları 5. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi *Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları*. Adana.
- Öztürk, M. O., Uluşahin, A.(2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*.Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M. ve Uluşahin A. (2015). Duygudurum Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 261- 334.
- Paşa, M. (2007). Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri ve Bir Uygulama, *Doktora Tezi*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Petersen, A.C., Kennedy, R.E. ve Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence 93-110. (Eds.M.E. Colten ve S. Gore) *Adolescent stress: causes and consequences*. Aldine de Gruyter, New York.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn J. ve diğerleri. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*. 48.2, 155–68.
- Rector, N. A. (2013). Acceptance and commitment therapy: Empirical considerations. *Behavior therapy*. 44(2), 213-217.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R.M., Lefkowitz, E. S. ve diğerleri,. (1993). Prevalence Of Psychiatric Disorders İn A Community Population Of Older Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 32.2, 369-377.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M.D., Sun, W., ve Giedd, J. N. (2004). Prevalence Of And Risk Factors For Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Achieves of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 158.8, 760-765.

- Sarı C. Ergenlerin psikolojik belirti düzeyleri ve uyumlarını yordayan bazı değişkenler. 2008, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek lisans tezi*, 89 sayfa, Konya, (Doç. Dr. Mehmet Engin Deniz).
- Sarman Ç.: Spor Psikolojisi. 3. Baskı, *Ankara Üniversitesi Yayınları*, Ankara, 1998.
- Sayar, K. (2011). *Varoluş ve Endişe*.[http://www.kemalsayar.com/KategoriDetay-VAROLUS-VE-ENDİSE- 12.html](http://www.kemalsayar.com/KategoriDetay-VAROLUS-VE-ENDISE-12.html)
- Scan F. *Türklerde Spor*, Milli Eğitim Basımevi, Ankara 1988; ss 81.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*. 26, 371-380.
- Seligman, M. E. P., Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*. 74, 1-9.
- Shuklinaa, G.G. and Valentina V.B. (2014). Stress and Coping in Athletes of Different Age, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 146: 432 – 437.
- Steinberg, A., Ritzmann, R. A. (1990). A living system approach to understanding the concept of stress. *Behavioral Science*, 35(2), 138-146.
- Strumph, J. ve Fodor, I. (1993). The Treatment of Test Anxiety Ğn Elementary School-Age Children: Review and Recommendations. *Child & Family Behavior Therapy*. 15, 19-42.
- Şahin, N. H. (1998). *Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım*. Türk Psikologlar Derneği, Ankara.

- Şahin, L. ve Aşçıoğlu M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 22(1), 93-98.
- Şenel, F. M., Demirelli, M. ve Öztekin, Ş. (2010). Minimally Invasive Circumcision With A Novel Plastic Clamp Technique: A Review Of 7,500 Cases. *Pediatr Surg Int*, 26, 739–745.
- Şirin EF, Çağlayan HS, Çetin MÇ, İnce A. Spor yapan lise öğrencilerinin spora katılım motivasyonlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2008;2(2): 98 - 110.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission*, 116(6), 777.
- Tan, O. (2008). *Çocuk ve ergenlerde depresyon*. İstanbul: Timaç Yayınları.
- Tatar, A., Astar, M. ve Turhan, E. (2018). Spor, Stres, Kaygı ve Depresyon İlişkisi: Ön Çalışma, *Nobel Medicus*, 14(3): 31-38.
- Tazegül, Ü. (2012). Bireysel Sporcuların Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması, *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 3(2): 13-22.
- Tekin, E., Çilesiz, Z.Y. ve Gede, S. (2019). Farklı Meslek Gruplarında Çalışanların Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Üzerine Bir Araştırma, *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 79-89.
- Thorpe, G. L., Olson, S. L. (1997). *Behavior Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tillich, P. (1952). Anxiety, religion and medicine. *Pastoral Psychology*, 3, 11-17.
- Torun, A. (1996). *Stres ve Tükenmişlik, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi içinde*, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.

- Tuğrul D. C. (2000). Stres ve Depresyon. Türk Psikiyatri Dizini, *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 4:1.
- Twisk J.W., Kemper H.C., Van Mechelen W. (2002). Prediction of Cardiovascular Disease risk Factors Later in Life by Physical Activity and Physical Fitness in Youth: General Comments and Conclusions. *International Journal of Sports Medicine*: 44-49.
- Türkiye İstatistik Kurumu. *Nüfus istatistikleri*. 2018
- Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Türkçapar, H. (2018). Klinik Uygulamada Bilişsel- Davranışçı Terapi: Depresyon. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Tyszkowa, M. (1990) Coping with difficult situations and stress resistance. (189-202). (içinde) (Ed. H.Bosma ve S. Jackson). Coping and selfconcept in adolescence. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Uludağlı NP, Sayıl M. Orta ve İleri ergenlik döneminde risk alma davranışları: Ebeveyn ve akranların rolü. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2009;12(23):14 - 24.
- Ulusoy , S., Yavuz, K., Esen, F., Umut, G., ve Karatepe, H. (2016). Sınav Kaygısına Yönelik Bilişsel Grup Terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 28-37.
- Undheim AM, Sund AM. School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *Eur Child Adoles Psy* 2005; 14: 446–53.
- Uysal, G. (2008). Stres ve Stresle Baş Etme Stratejileri, *Sağlıcakla Dergisi*, 9: 6-7.
- Üstün, A. ve Bayar, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1):384-390.

- Watson, J. B., Reynor, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*. 3, 1-14.
- Weller EB, Weller RA, Rowan AB, Svadjian H. Depressive disorders in children and adolescents. In: Lewis M. (Ed) *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorder: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley.
- Wells, A., Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. D. M. Clark, C. G. Fairburn (Eds.). In *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford, England: Oxford University Press, 155-178.
- Williamson, D. E., Ryan, N. D., Birmaher, B., Dahl, R. E., Kaufman, J., Rao, U., ve diğeri. (1995). A Case-Control Family History Study of Depression Ğn Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34.1, 596-607.
- WHO. Health, lifestyles and services for elderly. Publical Health Europe, W.E. Waters, E. Heikkinen and A.S. Dontas 2001; 29:24. (WHO, 2001).
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü). (2012). *Depression: A global Public Health Concern*
- World Health Organization (WHO). IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44258/1/9789241598972_eng.pdf
Erişim Tarihi: 7 Kasım 2017. (World Health Organization, 2017).
- World Health Organization, Coming of Age: Adolescent Health 2018 [Available from: <http://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>. (World Health Organization [WHO], 2018).
- Yamak, Bade. (2015). *Adölesanların Fiziksel Uygunluk Seviyelerinin Vücut İmajı, Benlik Tasarımı ve Stres Düzeyine Etkisi*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

- Yalom, I. D., Josselson, R. (2011). Existential psychotherapy. R. J. Corsini and D. Wedding (Eds.). In *Current Psychotherapies*. Canada: Brooks /Cole, 288-318
- Yarımkaya E. 12–14 yaşı arası ilköğretim öğrencilerinin özgüven düzeylerinin voleybolda servis atma becerisi üzerine etkisi. 2013, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek lisans tezi*, 73 sayfa, Konya, (Doç.Dr. Mehibe Akandere).
- Yaşar, O. (2014). Çalışan Kadınlarda Örgütsel Stres Ve Başa Çıkma Yolları (Bir Kamu Kurumu Örneği), *Yüksek Lisans Tezi*, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik.
- Yeniocak, T.A ve Yapıcı, G. (2019). Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 17 (2).
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yazıcı, S., ve Ertem, Ü. (2006). Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 9.9, 7-12.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6, 175-189.
- Yıldırım C: Spor Kulüplerinde Spor Yapan ve Spor Yapmayan Ortaöğretim Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Karşılaştırılması. s.3-11, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, _İstanbul, 2003 (Danışman: Doç. Dr. T. AMMAN).
- Yılmaz, G. (2018). Stresin Çalışanların İşletmeye Bağlılığına Etkileri Kamu Kuruluşlarında Bir Uygulama, *Yüksek Lisans Tezi*, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çorum.

Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. New Harbinger Publications.

Zorba, E. (2014). Herkes İçin Yaşam Boyu Spor. Ankara: *Canset Matbaacılık*

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız :

Cinsiyetiniz :

Branşınız :

Spora ilk başlama yaşıınız :

Branşa başlama yaşıınız :

Psikiyatrik geçmişiniz var mı :

Spor Psikoloğundan destek aldınız mı :

Psikolog ile görüşme talebiniz var mı :

Ek 2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı keyfim kaçtı.	0	1	2	3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşamadım.	0	1	2	3

ÖZGEÇMİŞ

Ahmet Gökhan DÜNDAR 01.03.1992 tarihinde Mardinin Nusaybin İlçesinde doğdu. İlkokulu Atatürk İlköğretim okulunda 1998-2003 yılları arasında okudu. Ortaokulu 2003-2006 yılları arasında Atatürk İlköğretim Okulunda okudu. İlköğretimi bitirdikten sonra liseyi Mersin Şevket Pozcu Lisesinde 2006-2010 yılları arasında okudu. 2011 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji(İngilizce) Bölümü'ne başladı ve bölümden 2016 yılında mezun oldu. 2017 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başladı. Bu süreçte çeşitli psikoterapi yaklaşımlarına dair mesleki eğitimlerini tamamladı ve Ankara T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı Türkiye Olimpiyat Hazırlık Merkezi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı bünyesinde çalışmaya devam etmektedir.

İletişim

E-Posta Adresi: a.gokhandundar@hotmail.com

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu çalışma Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Bu çalışmada adölesan sporcuların depresyon anksiyete ve stres düzeylerinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Anket tamamen bilimsel çalışmalar için oluşturulmuştur. Kişisel bilgileriniz, klinik bilgileriniz ankette gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler istatistiksel olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve samimi bir şekilde vermeniz çalışmamız için çok önemlidir. Objektif sonuçlara ulaşabilmemiz için yanıtlarınız doğru ve içten olmalı. Çıkan sonuçlar toplum ve bilim için yararlı bilgilerin kullanılmasını sağlayacaktır. Telefon numaranız anketörün denetlenmesi ve anketin uygulandığının belirlenmesi amacıyla istenmektedir.

Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilgileri okuyup araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız. Yardımınız için teşekkürler.

Klinik Psikoloji Öğrencisi

Adı-Soyadı: Ahmet Gökhan DÜNDAR Doğum yeri: Mardin

Doğum Tarihi: 01.03.1992

Tel No: 05321385200

Yukarıdaki bilgilerin tümünü ayrıntılı bir şekilde okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

İSİM:

TELEFON:

İMZA:

BİLGİLENDİRME FORMU

Bu tez çalışması, Adölesan sporcuların depresyon anksiyete ve stres düzeylerinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Bu çalışmada size bir ölçek verilecektir. Bu ölçek depresyon, anksiyete ve stres düzeyleriniz hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayacak (DASÖ) ölçeğidir.

Ölçekte verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırma hakkında görüş, öneri v.s herhangi bir şikayet veya rahatsızlık olursa lütfen çalışmanın araştırmacısı ile iletişime geçiniz.

Katılımınız için teşekkürler.

Ahmet Gökhan DÜNDAR

Klinik Psikoloji Bölümü

Yakın Doğu Üniversitesi

05321385200

ahmet.dundar@gsb.gov.tr

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği DASÖ Kullanma İzni

22.10.2019

Re: YNT: [Izinli e-posta-Junk released by Policy action] Mer... - Ahmet DUNDAR

Re: YNT: [Izinli e-posta-Junk released by Policy action] Merhaba Efendim,

AHMET AKIN <ahmet.akin@medeniyet.edu.tr>

23.9.2019 (Pzt) 09:24

Kime: Ahmet DUNDAR <Ahmet.DUNDAR@gsb.gov.tr>;

1 ek

6.Turkish DASS (DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ) Akin.doc;

[Android için Outlook'u edinin](#)

On Mon, Sep 23, 2019 at 3:13 PM +0300, "Ahmet DUNDAR" <Ahmet.DUNDAR@gsb.gov.tr> wrote:

Hocam merhaba iyi günler,

Yapacağım Klinik Psikolojisi Yüksek Lisans tezim için geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Depresyon, Anksiyete ve Stres ölçeği (DASÖ)'nun tezimde kullanmak için gerekli izni istiyorum. Saygılarımla,

Gönderen: AHMET AKIN <ahmet.akin@medeniyet.edu.tr>

Gönderildi: 12 Eylül 2019 Perşembe 06:09

Kime: Ahmet DUNDAR

Konu: Re: [Izinli e-posta-Junk released by Policy action] Merhaba Efendim,

[Android için Outlook'u edinin](#)

On Thu, Sep 12, 2019 at 11:57 AM +0300, "Ahmet DUNDAR" <Ahmet.DUNDAR@gsb.gov.tr> wrote:

İyi çalışmalar, Ben Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Spor Psikoloğu Ahmet Gökhan DÜNDAR.

Milli sporcularla çalışıyoruz, Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) envanteri ile ilgili, Sporcularımıza uygulamak için, Sizden Ölçeğini ve Ölçeği Değerlendirme formlarını rica ediyorum. Şimdiden teşekkür ediyorum. İyi çalışmalar dilerim.

YASAL UYARI

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce cevreyi düşünün.

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar gizlidir ve sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili, gerçek ya da tüzel kişinin kullanımını içindir. Size yanlışlıkla ulaşmışsa lütfen sisteminizden siliniz. T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı bu mesajın içeriği ile ilgili hiç bir hukuksal sorumluluğu kabul etmez. Bu e-posta mesajı virüslere karşı anti-virüs sistemleri tarafından taranmıştır. Ancak yine de, bu e-posta mesajının virüsten korunma sistemleri ile kontrol edilmediği kabul edilmelidir.

İNTİHAL RAPORU

ORJİNALLIK RAPORU

% 13	% 10	% 1	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	www.jret.org İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBİTAK) Öğrenci Ödevi	% 1
4	nuketisiten.com İnternet Kaynağı	% 1
5	www.pegem.net İnternet Kaynağı	% 1
6	isletmecilik.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1

ETİK KURUL ONAYI**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ****BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

04.02.2020

Sayın Ahmet Gökhan Dündar

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/539 proje numaralı ve "Adolesan Sporcuların Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.

