T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ ÖĞRETMENLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE GÖRÜLEN DEPRESYONUN GİDERİLMESİNDE DANSIN ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Banu ÖZDEMİR

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mehibe AKANDERE

KONYA- 2007

İÇİNDEKİLER

1.	**GİRİŞ……**	**1**
2.	**LİTERATÜR BİLGİ……..**	**3**
2.1.	Depresyonun Tanımı…….……	3
2.2.	Depresyon Türleri……...…….	3
2.2.1.	Majör Depresyon…….	4
2.2.2.	Distimi Depresyon……..	5
2.2.3.	Doğum sonrası Depresyon …….…….	5
2.2.4.	Atipik Depresyon…….	5
2.2.5.	Maskeli Depresyon……	6
2.2.6.	Yaşdönümü Depresyonu……..	6
2.2.7.	Reaktif Depresyon…….	7
2.2.8.	Manik-Depresif Bozukluk……	7
2.3.	Depresyonun Belirtileri…….	7
2.3.1.	Kognitif (Bilişsel) Belirtiler……..	8
2.3.2.	Duygusal Belirtiler…….....	9
2.3.3.	Davranışsal Belirtiler…….....	9
2.3.4.	Fizyolojik Belirtiler……..	10
2.4.	Depresyon Nedenleri…….	11
2.4.1.	Biyolojik Nedenler…….....	11
2.4.2.	Biyo-Kimyasal Nedenler…….....	12
2.4.3.	Psiko-Sosyal Nedenler……..	12
2.4.4.	Cinsiyete Bağlı Nedenler……..	12
2.4.5.	Yaşa Bağlı Nedenler…….	13
2.4.6.	Evlilik ile İlgili Nedenler……..	14

2.4.7. Sosyoekonomik Nedenler……. 14
2.4.8. Sosyal Çevre Nedenleri……. 14
2.4.9. Kişilik Yapılarına Bağlı Nedenler……. 15
2.5. Gençlerde Depresyon……..... 15
2.5.1. Gençlerde Depresyon Belirtileri…… 18
2.6. Depresyonun Tedavisi……..... 19
2.6.1. İlaç Tedavisi…….. 19
2.6.2. Psikoterapi……. 20
2.6.3. Elektroşok Tedavisi……... 20
2.7. Dans…….. 21
2.7.1. Rumba……..... 22
2.7.2. Vals……..... 24
2.7.3. Fiziksel Egzersiz Olarak Dansın Yararları……..... 24
2.7.4. Dansın Psikolojik Yararları……... 25
2.8. Dansla Terapi…… 26
2.9. Spor Depresyon İlişkisi……. 27
3. MATERYAL VE METOT……..... 29
3.1. Materyal…… 29
3.2. Metot……..... 29
4. BULGULAR……..... 31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ……..... 35
6. ÖZET……..... 37
7. SUMMARY……. 38
8. KAYNAKLAR……. 40
9. EKLER……. 45
10. ÖZGEÇMİŞ……. 51
11. TEŞEKKÜR……. 52

1. GİRİŞ

Bireyler yaşamlarını ve genel iyilik hallerini sürdürebilmek için fizyolojik, psikolojik, sosyal ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır. Ruhen sağlıklı bireyler insanlarla nasıl geçinebileceklerini bilirler, yeni durumlara ve insanlara kolayca uyum sağlarlar, başkalarını nasıl güldüreceklerini, ikna edeceklerini bilirler. Bazı bireyler bu becerilere sahip değildir. Bu durum onların kendi ihtiyaçlarını karşılamada çeşitli güçlüklerle karşılaşmalarına neden olur. Utangaçlık, yalnızlık, atılgan olmayan davranış, duygularını ifadede yetersizlik bu güçlüklerden bazılarıdır. Bu durum bireylerde bazı istendik olmayan davranışlarına yol açabilmektedir. (Yüksel 1997). Depresyon olarak adlandırılabilecek bu durum genel anlamda duygusal alanda; sinirlilik, üzüntü, anksiyete, bilişsel alanda; değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede yavaşlama, obsesif düşünceler, ölüm ve intihar düşünceleri, konsantrasyon bozuklukları, vejetatif alanda; enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri, kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri, sosyal alanda; toplumdan uzaklaşma, sosyal-mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, içeren bir sendrom olarak tanımlanabilir (Tezcan 2000).

Dans eden kişilerde, sinir-kas, zihinsel ve duygusal gelişimler görülürken, kişi kendini tanır ve yeteneklerini geliştirir, sınırlı ve güçlü yönlerini anlar. Vücudunu ve sağlığını korumasının yanında, organizmasını en iyi biçimde kullanmayı öğrenir. Gerekli bilgi, beceri, alışkanlık, kişisel ve toplumsal davranışlar kazanarak boş zamanlarını değerlendirir. Dans çalışmaları kişide ruhsal ve düşünsel davranış olarak cesaret ve kendine güveni yaratır (Bişkin 2001).

Ergenliğin son dönemlerine rastlayan üniversite yılları öğrencilerin bir belirsizlik ve çalkantı içinde olmalarına ve henüz inişli çıkışlı bir yaşam tarzı içinde olmalarına sahne olmaktadır. Üniversite başlangıç döneminde bir hayat tarzı değişikliği, bir geçiş dönemi söz konusudur. Ve bu dönem alışılagelmiş sosyal ilişkilerin değiştiği bir dönemdir.

Üniversite öğrenciliği dönemi, ergenliğin genel karmaşasına ek olarak; evden ve aileden ayrılma, barınma ve yeni bir çevreyle ilişkili sorunlar, arkadaş ve grup

seçimi, bir mesleğe aday olma ve iş bulmaya ilişkin belirsizlikler gibi pek çok özgün sorunun görüldüğü yıllardır. Öğrencilerin bu dönemde arkadaşlarıyla ve bulundukları yeni ortamdaki diğer insanlarla başarılı bir iletişim kurmaları hem akademik başarıları hem de artık oturmaya başlayan kişilikleri açısından önem taşımaktadır. Farklı bir ortama uyum sağlamanın zorluğu ve içinde bulundukları gelişim döneminin özellikleri itibariyle çeşitli ruhsal bozukluklara girme konusunda risk grubunda bulunan üniversite öğrencilerinin kişilerarası ilişkilerle ilgili donanımlı olmaları ve kolay iletişim kurmaları psikolojik sağlıkları açısından önemlidir (Kucur, 2002). Bu durum üniversite öğrencisinin hem şu anki hem de gelecekte yaşamının kalitesinde belirleyici olacaktır.

Üniversite gençliğinin; ülkesine, kendisine, ailesine faydalı, sağduyulu, üretken, çalışkan ve sağlıklı olması beklenir. Günümüzde, beden sağlığının yanı sıra ruh sağlığın önemi de gittikçe artan bir gerçek olup, dansın üniversite öğrencilerinde görülen depresyon, kaygı, stres, sıkıntı gibi ruhsal dengesizliklerin düzeltilmesine e etkisinin araştırılması, konuyla ilgili bilinenlere katkı sağlaması ve bu konuda yol gösterici olması amaçlanmıştır.

2. LİTERATÜR BİLGİ

2.1.Depresyonun tanımı: Depresyon sözcüğünün Latince kökü "depresus"dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, meyus etmek, cesaretini kırmak, donuklaşmak, durgunlaşmak anlamına gelir. Depresyonun karşılığı Türkçede ruhsal çöküntü ya da çökkünlüktür (Köknel 1989).

Depresyonu en sık meydana getiren durumlar arasında, okulda ya da işte başarısızlık, sevilen birinin yitirilmesi ve hastalık yer alır. Umutsuzluk ve keder, depresyonun başlıca iki özelliğidir. Birey, bunaltıcı bir atalet duyar ve karar vermekten, bir faaliyeti başlatmaktan veya herhangi bir şeye ilgi duymaktan acizdir. Yetersizlik ve değersizlik hisleri üzerinde düşünceye dalar ağlama nöbetlerine kapılır ve intiharı düşünebilir (Atkinson ve ark. 1995).

Bilişsel yaklaşıma göre, depresif kişiliğin en önemli ayırt edici özelliği olumsuz düşüncelerin yaygınlığıdır. Depresif bir kişi, dünyanın kötü bir yer olduğunu ve geleceğin ümitsiz olduğunu düşünür. Hayata karşı olan bu olumsuz tavrın başka bir yönü olarak kendini değersiz, suçlu, önemsiz hisseder. Eğer durum böyle ise depresyonun düşük benlik saygısına sebep olacağı söylenebilir (Gür 1996).

Özmen ve arkadaşları (1997) ise depresyonu, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguların alması olarak tanımlamışlardır.

2.2. Depresyon Türleri

Bireyin fizyolojik, ruhsal ve sosyal durumunda değişikliklere yol açan depresyon, çok çeşitli klinik rahatsızlıkları bir başlık altında toplayan genel bir terimdir. Birçok rahatsızlıkta olduğu gibi depresyonunda birçok türü vardır. Özel bir takım belirtilerin öne çıkmasına göre, belirtilerin sayısına göre, belirtilerin devam etme süresine ve bu belirtilerin kişilerin günlük yaşamını ve işlevselliğini ne derece olumsuz etkilediğine göre özgül tanı kazanır (Köroğlu 2004).

Depresyon; majör depresyon, distimi (nörotik depresyon), manik-depresif bozukluk, atipik depresyon, maskeli depresyon, reaktif depresyon, yaşdönümü

depresyonu, doğum sonrası depresyonu, çocuk ve ergen depresyonu gibi değişik türlerde ele alınmaktadır (Angst ve ark. 2002).

2.2.1. Majör Depresyon

Majör depresyon en sık görülen depresyon türüdür. Kadınların % 10-25'i, erkeklerin % 5-12'si yaşamının bir döneminde maruz kalır. Alt sosyo-ekonomik gruplarda ve ailesinde depresyon geçirmiş bireylerde görülme ihtimali daha yüksektir. Majör depresyon tanısı konulabilmesi için hastanın daha önce diğer bir psikiyatrik hastalığının bulunması, depresyonu ortaya çıkarabilecek bir organik bir etkenin bulunmaması gerekir (Işık 1991).

Köroğlu 2004'e göre majör depresyonu olan kişiler aşağıdaki belirti ve bulgulardan en az dördünü de her gün olmasa bile düzenli olarak yaşarlar;

*Belirgin bir kilo yitimi ya da kilo alımı,
*uyku bozukluğu,
*Yavaşlamış ya da huzursuz hareketler,
*Yorgunluk, bitkinlik ya da uygun suçluluk duyguları,
*Düşük benlik saygısı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları,
*Değersizlik ya da suçluluk duyguları, Düşünme bozuklukları ya da düşüncelerini yoğunlaştıramama
*Cinsel istek yitimi,
*Yineleyen ölüm, intihar düşünceleri,

Majör depresyon yukarıdaki belirtilerden bulunma çokluğuna göre hafif derecede depresyon, orta derecede depresyon ve ağır majör depresyon (psikotik özellikleri olan / psikotik özellikleri olmayan) olarak değerlendirilebilir. Hafif depresyonda sürekli bir melankoli haline rağmen birey günlük etkinliklerini devam ettirebilir. Orta derecede ise çoğunlukla işler aksar ve yeni bir şeyler yapma konusunda aşırı isteksizlik görülür. Ağır majör depresyonda birey hem günlük işlevlerini yerine getiremez hem de çevreleriyle iletişimi kopar. Eğer ağır majör depresyon psikotik özellikler gösteriyorsa bireyin gerçeği değerlendirme yetisi bozulur ve halüsinasyonla beraber değişik psikotik belirtiler görülür (Köroğlu 2004).

2.2.2. Distimi (Nörotik) Depresyon

En az iki yıldır süren ve ağır olmayan depresyon belirtileri içerir. Arada bir iki gün süren iyilik dönemleri olabilir ancak çoğu zaman depresyon belirtileri hâkimdir. Uzun süreli devam eden hafif depresyondur ve sürekli bir iç sıkıntısı ve melankolik ruh hali şeklinde görünümle belirir (Işık 1991). Sürekli olması nedeniyle iş performansını ve yaşam kalitesini büyük ölçüde bozar. Disitminin belirti ve bulguları majör depresyonunkine çok benzer ancak daha az yoğundur. Yani majör depresyonla farklılık duygulanım belirtilerinin sayısı ve boyutundadır. Toplumda % 6 civarında görülür. Distimisi olan kişilerin majör depresyonu olan kişilere göre çok daha az belirtisi vardır ama bu belirtiler majör depresyonun aksine çok daha uzun sürer (Aşkın 2000).

2.2.3. Doğum Sonrası Depresyon

Doğum sonrası depresyonu, beyin kimyasında doğumu takiben oluşabilen değişikliklerin neden olduğu bir çeşit biyolojik rahatsızlıktır. Doğum sonrası annelerde görülen depresif tablolar üç tip olarak ele alınır. Birinci doğumdan 3–5 gün sonra başlayan anksiyete, gelip geçici ağlama nöbetleri gibi semptomlarla beliren ve destekleyici yaklaşımlara olumlu yanıt veren tip. İkinci doğum sonrası ilk 20-25 günde başlayan karamsarlık, üzüntü, yetersizlik gibi klasik depresif belirtiler gösteren tip. Üçüncüsü ise doğumu takip eden ilk üç ay içinde gelişen klasik depresyon tablolarına sahip tiptir (Işık 1991).

Bu depresyonun oluşumunda; ilk doğum olması, gebelik veya annelikle ilgili çelişkili duyguların olması, daha önce depresyon geçirmiş olma, gebeliği sırasında zor yaşam koşullarına katlanma, evlilik sorunlarının olması etkili olmaktadır. (Köroğlu 2004).

2.2.4. Atipik Depresyon

Yukarıda anlatılan depresyon belirtilerinden farklı seyreder. Duygulanım sürekli çökkün olmayabilir, bazen yaşanan ortama uygun olarak duygulanımda dalgalanmalar, neşelenme görülebilir. Hastada iştah artışı ve kilo alımı olabilir. Bedensel uğraşılarda artış görülebilir. Atipik depresyonlu hastalar çoğu kez dürtüsel davranmaya eğilim gösteren, yakınmalarını somatize etmeye ve histrionik davranış

özellikleri göstermeye yatkın ciddi kişilik bozuklukları olan hastalardır (Işık 1991). Bu hastalarda tipik çökkünlük belirtileri yerine fobik, obsesif, hipokondriak uğraşlar, konversiyon belirtileri; beklenmedik bir biçimde alkole, kumara, ilaçlara düşkünlük, aile ve iş yaşamından uzaklaşma eylemleri, açıklanması güç cinsel uyumsuzluk, aşırı yeme, yememe ve daha birçok başka değişken belirtilerin altında bir çökkünlüğün yatmakta olduğu kabul edilir (Öztürk 2004).

2.2.5. Maskeli Depresyon

Maskeli depresyon terimi, duygulanım gösterimleri pek açık olmayan kalsik depresyon belirtilerinin ikinci planda kaldığı buna karşılık somatik yakınmaların, vejatatif bozuklukların, karakter bozukluklarının ya da alkolizm, toksikomani gibi sorunların ön planda yer aldığı endojen tabiatlı depresyonlar "maskeli depresyon" ismi altında toplanır. Bu tür hastalarda depresyon bilinci söz konusu değildir. Savunma amaçlı geliştirilmiş bir gülümseme vardır. Hastalarda motor ve psikomotor inhibisyon, uyku bozukluğu, ilgi odaklarında azalma gibi bazı bulgular dışında diğer klasik depresyon elementleri hemen hemen görülmez (Işık 1991, Aşkın 2000).

2.2.6. Yaşdönümü Depresyonu

Yaşlılıkta depresyon kliniği karışık ve şaşırtıcıdır. Yaşın getirdiği problemler ve fiziksel hastalıklar nedeniyle tanı koymak daha zordur (Atkinson ve ark.1990). Yaşlılık döneminin getirdiği psikososyal problemler, sıklığı artan bedensel hastalıklar, kullanılan ilaçların fazlalığı ve bütün bunların meydana getirdiği nörokimyasal değişiklikler bu depresyonun ortaya çıkmasında etkili olur. Kadınlarda daha sık olmak üzere 40–50, erkeklerde 50–60 yaşların arsında görüldüğü kabul edilir. Ağır bunaltı, sabah bunaltısı, uyku bozukluğu klinik görünüme egemendir. Hasta sıkıntılı bir hareketlilik içindedir. Kadınlarda önemli hormonal değişiklikler (menopoz) yaş dönümü depresyonun nedenlerindendir. Bunun dışında emeklilik, yaşlanma ile ilgili kaygılar, sağlık sorunlarının sıklaşması nedenleri arasındadır (Öztürk 2004). Yaşdönümü depresyonunda bütün depresyonlarda görülen belirtiler vardır. Ancak kaygı ön plandadır. Çoğunlukla kaygıya bağlı ajitasyon olabilir bu nedenle intihar düşüncesi ve girişimi çoktur (Köknel 1989).

2.2.7. Reaktif Depresyon

Yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkar. Bu tür depresyonlarda suçluluk, günahkârlık düşünceleri, hezeyanlar bulunmaz. Uyku bozuklukları, sıklıkla geç ve güç uykuya dalma biçiminde olup sabahları erken uyanma olmaz. İştahsızlık kilo kaybı ya hiç yoktur ya da çok hafiftir. Kaygı ve belirtiler gün boyunca artar, geceleri doruğa ulaşır. Reaktif depresyon uzun sürse de (2–3 ay veya daha çok), genellikle, şifa ile sonuçlanır.

Ancak bazı durumlarda daha da ağırlaşarak endojen tipli depresyonlara dönüşebilir (Köknel 1989).

2.2.8. Manik-Depresif (Bipolar)Bozukluk

Depresyonda olan bireylerde depresif ruh hali ve taşkınlık hali birbirini takip eder. Uçlarda yaşanan duygularla belirli olan bu hastalığa bipolar bozukluk, manik-depresif bozukluk ya da manik depresyon adları verilir. Manik evrede depresyonun tersine, kişinin aşırı bir içsel gücü olur ve sanki durdurulamaz (Köroğlu 2004). Gerçekçi olmayan özgüven, yüksek sesle çok konuşma, fikir uçuşmaları, düşüncesizce riske girme davranışları, cinsel istekte artma, alkol ya da başka ilaçların kötüye kullanılması, uyku gereksiniminde azalma, öfke görülen belirtileri arasındadır (Öztürk 2004 ve Shapiro 1997).

2.3. Depresyonun Belirtileri

Depresyon; duygusal alanda; disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete, bilişsel alanda; değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede yavaşlama, var sanılar, obsesif düşünceler, hiponkondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, vejetatif alanda; enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, kabızlık, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri, sosyal alanda; toplumdan uzaklaşma, sosyal-mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, intihar girişimleri gibi belirtileri içeren sendromdur (Tezcan 2000).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınlamış olduğu DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition)'te majör depresif sendrom aşağıdaki biçimde sınıflandırılmaktadır.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemlemesi
2. Yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olması.
3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması
4. Uykusuzluk ya da aşırı uyku durumu
5. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
6. Değersizlik hissi, aşırı suçluluk duygularının olması
7. Düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerimde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık
8. Yineleyen ölüm düşüncelerinin sıklaşması (Gökçakan 1997).

2.3.1. Kognitif (Bilişsel) Belirtiler

Sözel ifade gücü yavaşlamıştır ve sanki konuşmak için büyük çaba gerekiyor gibidir. Özellikle ağır depresyonlu hastalar konuşmayı tek tek sözcüklerle sürdürür, hatta bazen hiç konuşmazlar (Işık 1991). Bazen sorulanlara tek bir sözcükle yanıt verme ve gecikmeli yanıt verme eğilimi gösterirler (Güleç ve Köroğlu 1997).
Düşünce içeriği bakımından sık karşılaşılanlar; umutsuzluk, kişisel yetersizlik, kendini uygunsuz ya da aşırı şekilde eleştirme, kınama, kendini suçlama, hastalık ya da hayali günahları için cezalandırılma duyguları gibi temalardır (Işık 1991). Depresyondaki kişinin kendisine yönelik olumsuz algısı, yanlış giden her şeyden kendini sorumlu tutması ile birlikte hiçbir şeyi yapamayacakmış duygusu içinde olması ile belirlidir (Köroğlu 2004).

Hastalar yaşadıkları ya da gelecek zamana ait düşünceleri de karamsardır, obsesyonel biçimde yineleyen ölüme ve intihara ilişkin düşünceler, fobiler, obsesif uğraşlar yan belirtiler olarak ortaya çıkar. Basit konularda bile karar verme güçlüğü çeker ya da daha önce verdikleri kararlarla ilgili pişmanlık, kendini kınama, suçluluk duyguları vb. yaşarlar (Işık 1991).

Unutkanlık depresif hastaların çok sık getirdikleri yakınmalardan birisidir. Bozukluğun, dikkatini ve düşüncelerini toparlama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ile ilişkili olduğu düşünülebilir (Güleç ve Köroğlu 1997).

2.3.2. Duygusal Belirtiler

Afektif bozukluklar kategorisinde bulunan depresyonun belirtilerinin en yoğun olduğu boyutlardan birisi duygusal boyuttur. Duygusal açıdan bu rahatsızlığın anahtar belirtisi çökkün duygusal durumdur. Bu durum çoğu zaman çökkünlük, keder, umutsuzluk, çaresizlik, düş kırıklığı ya da hüzün olarak tanımlanır. Bu duygu olağan mutsuzluk duygusundan nitelik olarak oldukça farklıdır. Elem, keder hüzün ve hastanın ağırlaştığı duygusu aşağı yukarı bütün depresyonlarda görülen ortak belirtilerdendir (Köroğlu 2004).

Duygusal açıdan çökkün olan birey bunaltıcı bir atalet duyar ve karar vermekten, bir faaliyete başlamaktan ya da herhangi bir şeye ilgi duymaktan acizdir. Yetersizlik ve değersizlik hisleri üzerinde düşünceye dalar, ağlama nöbetlerine kapılır ve intiharı düşünebilir (Atkinson ve ark.1995).

Hastaların gün içinde duygu durumları da sürekli değişiklik gösterir. Sabah saatleri genellikle depresif duyguların en yoğun olduğu zamanlardır. Akşama doğru duygularda kısmen düzelme olur (Işık1991).

Anksiyete, depresyonlu hastalarda sık görülen belirtidir. Anksiyete subjektif olarak sürekli bir endişe, korku, gerginlik ya da gevşememe şeklinde yaşanır. Hastaların engellenmeye dayanma gücü çoğu zaman azalmıştır; hastalar irritabldırlar ve kolay parlarlar. Diğer yandan Anksiyete hastada konsantrasyon güçlüğü de yaratır (Özmen ve ark. 1997).

2.3.3. Davranışsal Belirtiler

Depresyonla birlikte hareketlerde bir azalma, yavaşlık ve isteksizlik oluşur. Yeni bir davranışı başlatma ya da sürdürme konusunda birey ilgisiz ve güçsüzdür. Ağır depresyonlarda etkinlikte azalma öyle ileri derecede olabilir ki hasta kamburu çıkmış bir biçimde oturuyor ve taş gibi bir yüz ifadesiyle yere bakıyor olabilir. Alçak sesle ve tekdüze konuşur. Her davranışı aşırı bir çabayı gerektiriyor olabilir (Güleç ve Köroğlu 1997).

Mimiklerde azalma, hastanın yürüyüşünde yavaşlama, başı öne eğik, gözleri yerde ve elleri kucaklarında çevreye karşı tepkisiz otururlar (Özmen ve ark.1997).

Hareketlerdeki yavaşlama ve isteksizliğin tersi olarak bazen ağır depresif hastalarda belirgin bir psikomotor ajitasyonda görülebilir. Ajite depresyonlarda anksiyete önde gelen özelliktir ve durmaksızın gezinme, sıkıntıyla ellerini ovuşturma ve inleyip durma gibi belirtilerle kendini gösteren bir huzursuzluk hali vardır. Hasta yerinde durmaz ve yaptığı işlerde süreklilik yoktur. Huzursuz bir kıpırdanma ve hareketlilik hâkimdir (Güleç ve Köroğlu 1997).

2.3.4. Fizyolojik Belirtiler

Uyku bozuklukları depresif hastalar için evrensel bir belirtidir ve genellikle bildirilen ilk belirtiler arasındadır (Güleç ve Köroğlu 1997). Depresyonda hem uykusuzluk hem de aşırı uyuma şeklinde uyku bozukluğu görülebilmekle birlikte, uykusuzluk daha fazla görülmektedir. Uykuya dalamama, uykuyu sürdürememe ya da sabahları erken ve yorgun uyanma şeklinde uyku problemleri yaşanır. Hastalar depresif içerikli rahatsızlık verici rüyalar görürler, bu rüyalar hastaların ağlayarak uyanmalarına neden olabilir (Özmen ve ark. 1997).

İştah çok azalır ve fark edilebilir düzeyde kilo yol açar. Bazen iştah kaybının tersine aşırı iştahta olabilirse de genellikle iştahsızlık hâkimdir. Aşırı iştah da birey sanki içindeki bir boşluğu doldurmak istercesine sürekli yiyebilir. Depresyona bağlı olarak iştahı kesilen hastalar daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden artık zevk almaz olurlar. Ancak zorlayarak, kendilerine tatsız tuzsuz gibi gelen bu yiyecekleri yemeye gayret ederler. Depresif hastaların sık sık yakındıkları kabızlık ise az yemek yeme ve su içmeye bağlı olabileceği gibi etkinlik düzeyindeki azalmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Diğer yandan antidepresif ilaçlarda bu belirtileri şiddetlendirebilir (Işık 1991).

Cinsel istek kaybı da depresyondaki hastalarda görülen hemen hemen evresel bir belirtidir. Erkeklerde genellikle libidonun ve cinsel etkinliğin azaldığı ya da tümüyle ortadan kalkmış olduğu öyküsü alınır. Erkek hastalarda ereksiyon problemi ortaya çıkabilir, kadın hastalarda ise cinsel isteksizlik olsa bile cinsel işlev yerine getirilebilir. Erkek hastalarda cinsel etkinliğin yerine getirilemiyor oluşu hastanın kendine olan özgüvenini de etkiler (Güleç ve Köroğlu 1997). Ayrıca bu hastalarda

antidepresan ilaçlara bağlı olarak sertleşme ve orgazm sorunları sık görülür (Öztürk 2004).

2.4. Depresyon Nedenleri

Majör Depresyon nedenleri ile ilgili çok sayıda hipotez öne sürülmüştür genel görüş ise depresyonun nedenlerinin çoğul etkenli olduğudur. Çoğu olguda genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirleriyle etkileşmesi olasıdır. Örneğin bir yakınını kaybetmiş bireyde bilişsel süreçlerin bozulması, bu bağlamda nörotransmitterlerde değişiklik olması ve genetik yatkınlıkta varsa depresyona girmesi gibi (Yemez ve Alptekin 1988). Cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı, erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı gibi etkenler depresyona öncüldürler ve hastalığın sonucunu etkilerler (Ünal ve ark.2002).

2.4.1. Biyolojik Nedenler

Kalıtım: Aile ve kalıtım araştırmaları duygudurum bozukluğu olanların birinci dereceden akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu göstermektedir (Öztürk 2004). Ailesinde depresyon geçirmiş olan bir kişinin bulunması o kişinin de depresyon geçireceği anlamına gelmez. Ancak ailede depresyon öyküsünün bulunması o kişide depresyon ortaya çıkma olasılığını artırıyor gibi görünmektedir (Köroğlu 2004). Bireyde görülen depresyon türü açısından da distimik bozukluk, minör depresyon ve diğer hafif depresyonlarda kalıtımın etkisinin olmayacağı aresyonda ve psikotik depresyonda kalıtımın etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bireyin depresyona erken başlama yaşı, anksiyete ve alkol bağımlılığı birlikteliği daha güçlü bir genetik eğilime işaret eder (Kulaksızoğlu 1998).

Depresyonda ailenin etkisinden şüphe edilmemekle birlikte aileden kaynaklanan bu depresyonun aileden genetik olarak mı, yoksa öğrenme sonucumu olduğu ya da genetik etkinin mi yoksa öğrenmenin mi daha etkili olduğu konusu bilinmemektedir. Depresif bir anne veya baba ile yaşamak veya ebeveynlerden birisi depresyonda olduğu için gerekli besini (maddi-manevi) alamamak depresyona zemin

hazırlaya bilir. Öte yandan, biyolojik ebeveynleri depresif olan, evlat edinilmiş çocuklarda depresyon görünme olasılığı oldukça yüksektir.

İkizlerle yapılan araştırmalarda genetik bağın etkisi açıkça görünmektedir. Eğer eş yumurta ikizlerinden birisi % 65 olasılıkla diğeri de depresyona girer. Aynı yumurta ikizlerinde bu oran sadece % 14 tür. Eş yumurta ikizleri farklı ailelere evlatlık verildiğinde birisi depresyonda iken diğerinin de depresyona girme olasılığının çok yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrı yumurta ikizlerinde ise böyle bir durum söz konusu değildir (Shapiro 1997).

2.4.2. Biyo-Kimyasal Nedenler

Depresyonun biyolojik nedenleriyle ilgili olarak üzerinde durulan konu nöroadrenalin ve serotonin eksikliği ile ilgili, olduğudur. Ama sorun sadece nörotransmitterlerin azlığı değil birbirleriyle olan dengeleriyle de ilgili görünmektedir (Koçer 2001).

2.4.3. Psiko-Sosyal Nedenler

Acı, elem ve keder insanlığın ortak duygularıdır. Bu duyguların insanın tüm var oluşuna egemen olduğu bir hastalık yaşantısı olan depresyon, sosyal ve kültürel etmenlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Olumsuz sosyal ve ekonomik koşulların depresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (Cimilli 2001). Anne ya da babanın 11 yaşından önce kaybı daha sonra depresyonun gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayıdır. Bir kişinin eşinin ya da çocuğunu kaybetmesi ise depresyonun başlamasına neden olabilecek en önemli çevresel stres kaynağıdır (Güleç ve Köroğlu 1997). Yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Yani her kişide böyle bir bozukluk başlatmaz. Ancak biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda bu etkenler rahatsızlığın başlamasında önemli etken olurlar (Öztürk 2004).

2.4.4. Cinsiyete Bağlı Nedenler:

Dünyanın neresinde yapılırsa yapılsın bütün araştırmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere göre iki kez daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte gençlerde ve orta yaş grubunda bu farklılık çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir. Cinsiyetler

arasındaki bu farklılığın sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte bu konuda çeşitli görüşler vardır. Muhtemel sebepler arasında ilk akla gelen endokrin sistemdir. Ancak sadece postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresyon riskinin arttığı menepoz dönemi için böyle bir riskin söz konusu olmadığı ortaya konmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar şimdilik cinsiyetler arasındaki farklılığın endokrin sistem kanalıyla izah edilemeyeceği yönündedir (Alpert ve ark.1994).

Depresif erkekler kadınlara göre alkol ve uyuşturucu kullanmaya daha eğilimlidirler. Bu nedenle alan araştırmalarında depresyona sekonder olarak alkol ve madde bağımlısı teşhisi almalarının cinsler arasındaki bu farklılığı meydana getirdiği iddia edilmiştir.

Cinsiyetler arasındaki farklılığın akla yatkın sebeplerinden biri de psikososyal faktörlerdir. Özellikle günümüz koşullarında kadınlar maddi manevi büyük yük altındadırlar. Endüstrileşmiş memleketlerde kadın hem anne, hem işkadını, hem eş hem de ev hanımı rollerinin hepsini birden yüklenmek zorunda kalmıştır. Bir de buna depresif kadınların profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden daha istekli olduğu göz önüne alındığında cinsler arası farklılık bu şekilde kısmen izah edilebilir. Bu durum özellikle ülkemiz açısından oldukça açıklayıcıdır. Kadınlar depresyonun bütün formlarında uzmanlara giderken erkekler daha çok ağır depresyonlarda hekime gitmeyi tercih ederler (Ünal 1992).

2.4.5. Yaşa Bağlı Nedenler

Depresyon için başlangıç yaşı genellikle 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür (Alpert ve ark. 1994). Depresyon için 65 yaş üzerinde % 1.7, 75 yaş üzerinde % 3.2, 79 yaş üzerinde % 0.5 primer depresyon için % 1.8, sekonder depresyon için % 1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55–70 yaşları arasında pik yapmaktadır (Aydemir 2004).

2.4.6. Evlilik ile İlgili Nedenler

Eşinden ayrılmış ya da boşanmış kişilerde depresyon riski evlilere oranla 2 –4 katı daha fazladır. Ayrılmış ya da boşanmış erkeklerin riski kadınlardan daha yüksektir.

Depresyon, sanıldığından çok daha sık karşılaşılan bir hastalık her dört kadından biri ve her sekiz erkekten biri hayatında en az bir kez depresyon geçiriyor. Her yıl 13–19 yas arasındaki gençlerin ortalama yüzde 3- 5'i depresyonla karsı karşıya kalıyor. Major Depresif Bozukluğun (MDB) çocukluktaki sıklığının % 0,4 ile % 2,5, gençlikte ise % 0.4ile % 8,3 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Fakat çocukların bilişsel, dil, bellek ve kendini anlamalarındaki gelişimsel kısıtlılıkları düşünüldüğünde, Major Depresif Bozukluğun teşhis edilmesinde yanılgılar olabilir. MDB'nin gençlikteki yaşam boyu görülme sıklığı (% 15 ile % 20), yetişkinlerdeki yaşam boyu görülme sıklığına benzerdir. Bu benzerlik yetişkinlikte görülen depresyonun temellerinin gençlikte bulunduğuna işaret etmektedir. Distimik bozukluğun görülme sıklığı çocuklarda % 0,6 ile % 1,7 ve gençlerde% 1,6 ile % 8,0' dir. MDB çocukluk döneminde kızlarda ve erkeklerde aynı oranlarda görülürken, gençlik döneminde bu oran kızlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır, bu da yetişkinlik dönemindeki oranlarla paralellik göstermektedir (Özmen 2001).

2.4.7. Sosyoekonomik Nedenler

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir (Özgüven 1992).

2.4.8. Sosyal Çevre Nedenleri

Sosyal çevreye ait faktörler hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıklara ait epidemiyolojik araştırmalarda önem kazanmıştır. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve

uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Sosyal desteğin psikiyatrik durumlardaki önemini ilk kavrayanlardan biri Emile Durkheim'dir. Durkheim "Toplum ile bütünleşemeyen bireyler intihar için büyük risk altındadırlar" demiştir. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır.

Depresyonun sık görüldüğü bir başka durum da işsizliktir. İşsizlerde depresyonun işi olanlara göre üç kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Burada işin anlamı ekonomik olmaktan ziyade kişinin bir işe yaradığı duygusunu hissetmesidir (Savrun 1999).

2.4.9. Kişilik Yapılarına Bağlı Nedenler

Kuşkusuz bireylerin kişilik yapıları onların ruhsal bozukluklara karşı eğilimlerinde belirleyici olabilmektedir. Bununla birlikte Kaplan (1994)'e göre hiçbir kişilik özelliği ve tipi tek başına depresyona yatkınlık yaratmamaktadır ve herhangi bir kişilik tipindeki her insan depresyona yakalanabilir (Özmen ve ark. 1997). Kimseyi incitmemeyi, herkesi hoşnut etmeyi, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen, meraklı, oral-bağımlı, histriyonik kişilik özellikleri, içe dönük kişiler depresyona daha eğilimlidirler. (Öztürk 2004 ve Doğan 2000).

2.5. Gençlerde Depresyon:

Çocukluk çağı depresyonları çocuğun kişilik ve sosyal gelişimini doğrudan etkileyeceğinden tedavisi çok önemli olmaktadır. Bebeklerde depresyon çok az görülür. Bebek depresyonu bebek ile bakıcısı arasındaki rahatsızlığı yansıtır. Ya bağ ile kurulmamıştır, ya ayrılık, ölüm gibi nedenlerle bozulmuştur ya da bebeğin gereksinimlerine bakıcı tam cevap veremiyordur. Depresyondaki bebekler uyuşuk, mızmız ve tepkisiz olurlar, ilgilerini annelerinden çekip kendi içlerine dönerler ve anneye bakmazlar, çok az gülümserler ve diğer yetişkinlerden yüzlerini saklarlar. Gerekli yemeği yemezler, gerekli uykuyu uyumazlar, emeklemekte ve oturmakta yavaşlatırlar. Yaşlarının gerektirdiği oranda büyümezler. Yani normal bebeklerden

beklenen gelişim görevlerini yerine getirmede geri kalırlar. Okul öncesi dönem ve çocukluk döneminde ise çocuklar depresyonlarını davranışları aracılığı ile gösteriyorlar (Shapiro 1997).

Çocukların depresyonlarını tespit etmek kolay olmayabilir. Depresif çocuklarda depresyon farklı klinik görünümler ve farklı belirti ile kendini gösterebilir. İlk çocukluk dönemindeki semptomatoloji oldukça değişkendir ve genellikle davranış temelinde dışlaştırılır. Aşırı hareketlilik ve hırçınlık, çevreye ve kendine zarar verme, kompulsif mastürbasyon yanında, içe kapanma ve sükûnet de gözlemlenebilir. Duygusal alanda ise istikrasızlık ve anlık değişiklikler egemendir. Sevgi ve ilgi açlığı içinde yetişkine yaklaşan çocuk bir anda onu itebilir. Uyku ve yeme bozukluğu gibi somatik ifadelere bu yaş grubunda da rastlanabilir. Öte yandan edinilmiş beceriler alanındaki gerilemeye bağlı olarak enürezi ve enkoprezi görülebilir (Kayaalp 1999).

Depresyondaki diğer kişiler gibi çocuklarda duygusal olarak kendilerini toplumdan yalıtırlar, insanlardan uzaklaşırlar ve aile etkinliklerine ya da toplumsal olaylara katılmaya karşı koyarlar. Arkadaşları ile ilişkileri bozulur. Okul başarısında düşme ilk ortaya çıkan bulgulardan birisidir (Göğüş 2000). Çocukluk ve ergenlik döneminde büyümenin doğal sonucu ya da hormonlarla ilgili değişiklikler nedeniyle çocuk ve ergenlerde depresyon tanısı koymak zor olabilir. Ergenlik döneminin olağan tepkileri depresyonla karıştırılabilir.

Depresyon geçirmiş bir ana babanın varlığı, sömürüye uğramış olma, ana babanın ya da sevilen birinin ölümünü yaşamış olma, birinden ayrılma, davranış ya da öğrenme bozukluğunun olması gibi faktörler çocuk ve ergenlerde depresyon çıkma olasılığını artırır (Köroğlu 2004).

Ergenlik dönemi depresyonu ise gerek yetişkin depresyonunun başlangıcı olma potansiyeli taşıması gerekse ergenin intihar girişimiyle yakından ilgili olması nedeniyle önemlidir. Bu iki özellik depresyonun yetişkin depresyonundan farksız olduğu düşüncesi uyandırabilir. Ancak ergenin ruhsal organizasyonu yetişkine ait öğeler yanında çocuğa ait öğelerde taşır. Bu özelliğe, ergende çok sık rastlanılan ve neredeyse bu döneme damgasını vuran dürtüsellik ve acting-out eğilimi de eklenince ergen depresyonu yetişkin depresyonundan farklı bir görünüm kazanabilir.

Bu araştırmanın popülasyonu üniversite öğrencileri olduğuna göre ortalama 17–21 yaşları arasındaki geç ergenlik dönemini yaşayan ergenlerden oluşmaktadır. Bu sebepten önce ergenlik dönemini tanımlamak gerekmektedir (Ertem ve Yazıcı 2004).

Ergenlik, puberto (erinlik) ile başlayan kimliğin kazanılması ile sonlanan, çocuklukla genç erişkinlik arsında bir dönemdir.

Ergen, insan gelişimindeki bebeklikten sonraki en hızlı gelişim dönemini yaşayan bireydir. Ergenlik dönemindeki yaş sınırları kuramcılara göre farklılık göstermekle birlikte en geniş yaş aralığı 11–21 olarak kabul edilebilir. Ergenlik sürecini kapsayan problemler hep var olmakla birlikte özellikle son yıllarda gerek ailelerin gerekse sağlık kurumlarının gence verdiği önem, ergenin bu dönemi nasıl daha problemsiz atlatabileceği ile ilgili soruları da beraberinde getirmiştir. Bu dönemde ergen bedensel, ruhsal ve zihinsel yönden çok hızlı değişir. Ericson'a (1990)' göre bu dönem, gencin kendini ve toplumdaki rollerini tanıdığı dolayısıyla rol karmaşası yaşadığı bir dönemdir. En yoğun stres yaşadığı durumlar ise vücut imajı, okul başarısı, aile, kardeş, arkadaş ilişkiler, mali sorunlar, meslek seçimi ve geleceği ile ilgili kararsızlıklardır (Morgan 1991).

Ergenlik döneminin safhalarında, daha az olduğundan daha olguna doğru bir gidiş vardır. Sıklıkla görülen bir geri gidiş de bu ilerlemeyi geçici olarak yok eder. Yalnız bu ilerleme tekrardan başarılır, ya da başarılan gelişme geçici olarak bırakılabilir. Bu olgunlaşma süreci, ergen erişkin dengesini erişinceye kadar devam eder. Erişkinlik kanunun belirlediği kronolojik bir yaşa erişmek demek değildir. Erişkinlik kişinin sosyal rolü içindeki ilişkileri ile tanımlanır. Olgunluk ise iç psikolojik yapısıdır. Gelişme sürecinde amaç, olgun erişkin olabilmektedir. Ergen, erken dönemde alıştırdığı, geç dönemde ise bulduğu kimliği ile sosyal yapıda bir erişkin olarak rolünü almadan önce, yavaş yavaş, ne biçim bir insan olmak istediğini, dünyanın ona verdikleri ve tanıdığı kendi yeteneği doğrultusunda kavrar. Aynı zamanda kendisi içinde bir üye olarak bütünlenebileceği bir grubun sosyal değerlerini benimser. Bu suretle erişkin süperegosu edinir. Ego ideali yeniden şekillenir ve erişkin kimliğini kazanır.

Özel olarak gençlerde depresyon nedenlerine bakıldığında karşımıza şunlar çıkıyor: Yaşantıda herhangi bir değişimin olması gençlerde depresyona neden

olabiliyor. Bu değişimin yalnızca yakın birinin ölümü gibi travmatik bir olay olması gerekmiyor daha iyi koşullarda başka bir şehre taşınmak ya da çocuğunuzun da isteği yeni bir okula başlamak gibi olumlu bir olayda depresyon nedeni olabiliyor. Burada vurgu değişimin olumlu ya da olumsuz olmasına değil sadece değişim olmasındadır.

Akıldan çıkarılmaması gereken diğer bir konuda mevsim dönümlerinin özellikle bahar aylarının depresyon için riskli bir dönem olduğudur. Yaz aylarında arkadaşlarından kopup, sosyal çevresinden uzaklaşan, evde yalnız kalan gençler için de depresyon riskinin arttığını söylenebilir.

Gençler için not baskısı ve okul zorlamaları depresyonun nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Notlar konusunda ebeveynlerin, öğretmenlerin ya da kendi beklentilerini karşılayamamış olan gençlerin yaşadığı hayal kırıklığıyla depresyona girdiklerine sık sık şahit olmaktayız. Başarının önemsiz olduğunu ama çocuğunuzun performansı çocuğunuzdan önemli olmaya başladığında tehlike çanları çalmaya başlıyor demektir (Savran 1994).

Depresyonun yalnızca hayat olayları ile açıklamak mümkün değil. Depresyon ciddi vitamin eksiklikleri, beslenme yetersizlikleri, anemi, hipertiroid gibi hastalıklar, bazı ilaçların yan etkileri ya da alkol ve madde kullanımı nedeni ile ortaya çıkabilir. Özellikle bazı depresyon çeşitlerinde genetik faktörlerin olduğu düşünülmektedir ancak yapılan araştırmalarda henüz depresyona neden olan belirli bir gen tipi bulunamamıştır. Günümüz araştırmalarında vücut kimyasında herhangi bir dengesizlik ya da bilinmeyen bir virüsün etkileri olabileceği üzerinde durulmakla birlikte şu ana kadar bu konuda kesin bir kanıta ulaşılamamıştır.

Ergenlik döneminde birey kendisini özerk bir kimlik olarak kabul ettirme ve kendini gösterme çabası içine girmektedir. Bu dönem de ergen için sosyal ilişkilerde etkin olmak ve başkaları üzerinde bırakılan izlenimlerin niteliği çok önemlidir. Bundan dolayı birey kendisi ile ilgili büyük bir beklenti içine girer (Tekin 1997).

2.5.1. Gençlerde Depresyon Belirtileri:

• Karşı çıkma, olumsuzluk
• Anlaşılmadığı, onaylanmadığı duyguları
• Tedirginlik
• Mızmızlık

• Asık suratlı ve aksi, ters davranış ve tutum
• Aile çevresine uyum güçlüğü
• Aile sorunlarında işbirliğinden kaçma
• Aileden uzaklaşma
• Odaya çekilme, kapanma
• Toplumsal etkinliklerden kaçınma
• Okula uyum güçlüğü
• Okulda başarının düşmesi
• Giyime dikkatsizlik
• Sevgi ilişkilerinde reddedilme
• Reddedilmeye karşı özel duyarlılık
• Uyuşturucu madde bağımlılığı (Beck ve ark. 1979).

2.6. Depreyonun Tedavisi

Depresyon tedavisinde kullanılacak üç önemli araç vardır:, İlaç tedavisi, psikoterapi ve elektroşok. Işık tedavisi ve uykusuz bırakma tedavisi gibi yöntemlerinde etkinliği gösterilmiştir. Ancak bunlar söz konusu üç yöntemle karşılaştırılabilecek yaygın bir kullanıma sahip değildir (Adams ve Adams 1991).

2.6.1. İlaç Tedavisi

Depresyonun ilaçla tedavisi iki boyutta değerlendirilir. Bunlardan birincisi hastanın yoğun depresif durumdan kurtulup düşünebilecek ve depresyondan kurtuluş için gereken çabayı gösterebilecek düzeye gelmesini sağlamak ve depresyondan çıkmasının sağlamak; ikinci aşamada ise iyilik halinin sürdürülmesine yardımcı olmaktır. Depresyon tedavisinde kullanılan temel ilaçlar, kişiyi canlandırıp, içine gömüldüğü karamsarlık ve isteksizlik çukurundan yukarı, yaşamın canlılığına doğru iten antidepresanlardır (Mete 2000). Depresyon tedavisinde esas olarak kullanılması gereken ilaçlar antidepresan ilaçlardır. Ancak zaman zaman gerekli görüldüğünde yani hastanın klinik özellikleri gerektirdiğinde anksiyolitik denen kaygı-sıkıntı giderici, yatıştırıcı ilaçlar ya da nöroleptik ilaçlarda verilebilir (Alper 1999). İlaç tedavisinde kullanılan antidepresan ilaçlar her zaman beklenen iyileşmeyi sağlamayabilir. Ayrıca aynı ilaç farklı kişilerde aynı etki ve iyileşmeyi sağlamazlar.

Bu durumda ya ilaç değiştirilmelidir ya da birkaç ilaç aynı anda önerilebilir. (Köroğlu 2004). Antidepresan ilaçlar depresyonu iyileştiriken, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, çarpıntı, kabızlık ve idrar tutukluğu gibi bazı yan etkilere yol açabilir (Adams, Adams 1993). Tüm guruplarda cinsel işlev sorunları, uykusuzluk ya da aşırı uyuklama, sinirlilik gibi yan etkiler ve ender olarak alerjik reaksiyonlar görülebilir (Mete 2000). Depresyonun sıklıkla yenilenen ve bazen de kronik seyir gösteren özelliklerinden dolayı, doktorların tedaviyi sonlandırma konusunda çok dikkatli olmaları gereklidir. İlaç tedavisinde genel prensip idame tedavinin, akut tedaviye yanıt alınmış dozla devam edilmesi ve tam bir iyileşme olmadıkça kesilmemesidir. Tedavi sonlandırılmaya karar verildiğinde ilaç yavaş kesilmelidir (Ateşci 2000).

2.6.2. Psikoterapi

Ağır çökkünlüklerde kuşkusuz başlangıçta ilaç kullanımı öncelikli olmalıdır. Ancak hasta düzeldikçe çökkünlüğe neden olabilecek ve bu durumu devam ettirecek ya da tekrarlayacak kişilik ve çevre etkenlerini psikoterapik yöntemlerle ele almak gerekir (Öztürk 2004).

Depresyonun nedenleri incelendiğinde diğer etkenlerle birlikte sosyal ve psikolojik etkenlerinde önemli rol oynadığı görülür. Bu nedenle hastaya ilaç tedavisinin yanında psikoterapik destek de sağlanmalıdır. Çünkü ilaçlar hastalığın biyolojik nedenlerini ve bunların neden olduğu fiziksel belirtilerde düzelme sağlarken, psikoterapi, hastanın sosyal ilişkilerini düzeltmesine, kişiliği ile ilgili ve hastalığın nedeni olan ilişsel ve bilinç dışı etkenlerle ilgilenir (Akış ve ark. 2005).

2.6.3. Elektroşok Tedavisi

Elekto konvulsif terapi bir çeşit epilepsi nöbeti oluşturarak tedavi eden bir yöntemdir. Kişi bu sırada tam bir bilinç kaybında olduğu için nöbet sırasında olup biteni anımsamaz. Yapılan çalışmalar oluşturulan nöbetlerin sinapslarda monoaminlerin etkinliğini arttırdığını ve bu nedenle elektroşokun antidepresan ilaçlara benzer bir depresyon giderici etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Mete 2000). Bu tedavi genellikle hastanede yatan ve depresyon düzeyi çok yüksek olan hastalar için kullanılır. Haftada bir ya da iki kez uygulanır. Tedavi için 5–10 seans

gereklidir ve çabuk sonuç verir. Ancak 1–2 haftadan daha uzun sürmeyen geçici bir bellek zayıflığına yol açar (Blackburn 2003).

2.7. Dans

Halkımızın yaşantısını, dünyasını, doğa ve birbirleriyle alan ilişkilerini, duygularını, sevilerini, özlemlerini anlatan ve yansıtan danstır. İlkel insanlar, daha çok doğa olaylarının karşısında güçsüz kaldıklarında, sığındıkları bir takım gerçek dışı güçlere tapınmak için dans ederlerdi. Giderek yaşam biçimleriyle birlikte duygularda ve onları dansla anlatma yöntemlerinde değişiklik oldu. Çalgılar ve insanlardaki yetenek gelişti. Karmaşıklaşan duygusal yaşam dansa yansıdı (Şenel 1990).

Tarih boyunca sosyal gereksinimlerimiz dans formatıyla yansıtılmıştır. Bu sosyal gereksinimler öncelikle ilkel alanlarda ve ilkel kabilelerin yaptığı danslarla yansıtılmıştır. İlkel danslar genellikle aynı cinsiyetten olan ve beden kontağının olmadığı şekilde yapılmıştır. Grup içinde yer alarak diğer grup elemanlarıyla kurulan sosyal ilişki, birlikte hareket etmiş olmanın verdiği aidiyet duygusu, ortak amaç doğrultusunda canlanan gurup dinamiği, bireylerin haz almalarını sağlar. Bunun sonucunda öz saygılarının artması, bazı psikolojik ve sosyal problemlerin önlenmesine veya azaltılmasına yardımcı olur.

Dansın veya Halk danslarının herhangi bir tipi fiziksel gelişim yanında psikolojik ve motorik gelişime de katkı sağlar. Dans bütün sanatların anasıdır. Müzik ve şiir zaman içinde yaşar, resim ve arkeoloji boşlukta veya uzayda, ama dans aynı zamanda hem boşlukta ve hem de zaman içinde yaşar. Yani uzayda yaratılan bir şekli meydana getiren hareketler topluluğunu zamanla bütünleştir (Gürbüz 1990).

"*The Internatiol Encyclopedia of Curriclum* ise dansı şöyle açıklamaktadır": "Bir sanat dalı olarak dans, düşüncelerin, duyguların ve hislerin vücudun değişik ve ilginç şekillere sokulmasıyla meydana getirilen değişik hareketlerle anlatımıdır. Dans vücudun yaptığı hareketleri zaman, ritim, boşluk ve uzaya bağlı olarak anlatan ve bunu uygulayan bir enerji ve kuvvetle kanıtlayan bir dildir. Dolayısıyla dansı meydana getiren bu dinamiklerin, dansın yaratmak istediği, estetik görüntüsü açısından büyük önemi vardır".

Dans bu öğeleri kullanmak yoluyla kişisel öz anlatımını, kültürel ve inançsal gibi anlamlı öğeleri de içeren bir davranış olarak meydana gelir. Dans insanın kendi duygu ve düşüncelerini anlatabilmesi ve toplumla bir iletişim kurabilmesi için önemlidir. Estetik ve ritmik özelliğe sahip bir yaratıcılığın sonu olan fiziksel ve duygusal davranıştır. İnsanlar ilk çağlarda yaşadıkları doğa olaylarından etkilenerek birbirlerine duygularını ifade etmek için beden dilini kullanmışlardır. İşte bu etkilere gösterdikleri tepkilerini duygularını sevinçlerini ve acılarını çevrelerine vücut hareketleriyle, yani taklitlerle anlatmışlardır. Böylece kendi aralarında sözsüz bir dil (beden dili) yaratmışlardır (Gürbüz 1990).

Dansı Genel Anlamda Maddeler Halinde Toplayacak Olursak;

* İnsanın beyin gücünün, beden üzerinde motiflenerek sunulmasıdır.
* Doğa olaylarının, günümüz yaşantısına adapte edilerek müzik, mimik, kostüm, dekor gibi yardımcı sanatlarla süslenerek sergilenmesidir.
* insanoğlunun içindeki doğallığının, yaratıcılığı ile birleştirerek özgün davranışlar ve hareketler altında sunması olayıdır.
* Müziğin ve duyguların hareketlere dönüştürülerek en zengin biçimde icra edilmesidir.
* Tarihlerden ve geleneklerden yola çıkarak, klasizm ve modernizmi birleştirerek, müzik ve hareketlerle doğaçlama yaratmaktır.
* Hareketleri belirli adım ve kalıplara bölerek, müziğin ve duyguların yardımı ile parçadan bütüne bir olgu yaratarak sunmadır. Bu tanımları sonsuz sayıda çoğaltmak mümkündür (Gürbüz 1990).

2.7.1. Rumba:

Rumbanın yavaş, kalp atışını andıran ritmi ve romantik müziği onun sonsuz ve evrensel çekiciliğinin ana etkenidir. Şayet Tango tutkunun dansıysa, Rumba da hiç kuşkusuz aşkın dansıdır. Tutuş pozisyonu alıp Rumbanın temel adımındaki katıksız duygu yoğunluğunu hissetmek ancak birkaç derin an dans ederken yaşanabilir.

Uluslararası rumba dansı, adının da taşrayı çağrıştırdığı üzere, eski bir folklorik dans olan Küba kökenli "Guajira"ya çok şey borçludur. En popüler Guajira müziği bir Rumba klasiği haline gelmiş olan Joseito Fernandez'in dünyaca ünlü parçası "Guantanamera"dır. Küba geleneğinde "rumbiar" fiili dans etmek anlamına gelir ve "Rumba" da bu terime bağlı olarak çok çeşitli dansları hatta "dans partisi"ni çağrıştırır. İspanyolcanın yaygın olduğu günümüzde, bizim tanımladığımız Rumba aslında "Bolero-Rumba" olarak bilinir (Bişkin 2001).

"Square Rumba" denilen ve normalinden daha sıkı bir tutuş stili olan rumba ilk kez 1930ların başında dikkat çekti. Bu stil Avrupa ve Amerikada daha da geliştikçe, belki de yanlış tanımlanarak 1940ların sonunda "Cuban Rumba" olarak bilinmeye başlandı. "Cuban Rumba"da dansta akıcılık ve dinamik bir tarz gerektiren açık tutuşlar daha fazlaydı.

1990 larda ise muhteşem varisleri Alman Hans Galke ve Bianca Schreiber gibi emsalsiz shovlar sunan ve onüç defa Dünya Profesyonel Latin-Amerikan Dans Şampiyonasını kazanan İngiliz Donnie Burns ve Gaynor Fairweather sayesinde "Uluslararası Rumba" stili yeni boyutlara ulaştı. İlginçtir ki günümüzde Havana barlarında ve Küba taşralarında dans ederek yaşayan yerliler için kendi kültürel danslarında tanıdık buldukları tek şey bu dansın ismidir. Ancak Kübayı ve Karaipleri gün geçtikçe daha çok insan ziyaret etmekte ve Latin-Amerikan dansının özündeki sadelikten etkilenmektedirler.

Rumbanın temposu dakikada 26–27 bar olan yavaş bir ritimdir. Geleneksel Rumba, belki de güftenin havasını yansıtabilmek için genelde dakikada 23–24 bar olan bir hızda çalınır. 4/4 olan zaman cetveli her "bar"ın dört adet eşit ağırlıklı vuruşa sahip olduğunu gösterir. Latin perküsyonistin vurgulayacağı dördüncü vuruştur (Gürbüz 1990).

İleri ve geri Rumba hareketlerinde deneyimli dansçı, vuruşun ilk yarısını bir yandan hareketsiz beklerken diğer yandan ayak pozisyonunu alarak harcar. Vuruşun ikinci yarısını ise vücut ağırlığını diğer tarafa aktararak kullanır. İki vuruşluk yana adımlarda ise, dansçı ilk yarı vuruşu gene ayak pozisyonu almak için harcarken diğer yarım ve tam vuruşu daha yavaş ve keskin bir vücut ağırlığı transferinde kullanır.

Birçok yeni Rumba dansçısı, ikinci vuruşta dans etmeleri söylendiklerinde başlangıçta zamanlamada zorlanırlar. Bu durum genelde dansın başlatıldığı ileri ve

geri Rumba adımlarının ikinci vuruşta atılması gerektiğine bağlıdır. Nitekim bazı eğitmenler, ayak pozisyonunu alarak dördüncü vurgulu vuruşta başlanmasını ve bu vuruşun kalanıyla, birinci vuruşun tamamının vücut ağırlığı transferine harcanmasını tavsiye ederler (Ünal 1992)

Bu dansı yeni öğrenenler, ikinci vuruştaki ileri ve geri adımları kolaylaştırması açısından alternatif olarak birinci vuruşta bir yan adım atmayı tercih ederler. Hareketlerin metodunu öğrenirken, zamanlamanın ileri ve geri adımlar için "hızlı, hızlı"; yan adımlar içinse "yavaş" olarak benimsenmesi kolaylık sağlar. İlginçtir ki uluslararası dans komitesi Rumba ritminin açıklandığı üzere doğru yorumlanması konusunda titizlik gösterirken; birçok Latin, Rumba dansına daha kolay olan birinci adımla başlayarak dans etmekten memnuniyet duyarlar (Gürbüz 1990)

2.7.2. Vals

Valsin çıkış kaynağı, 16. yy ortalarında Fransa'nın Provence bölgesinde ortaya çıkan ve "Valto" olarak adlandırılan folklorik bir danstır. Hatta İngiltere Kraliçe'si I. Elizabeth'in Leicester Kontu ile bu dansı yaptığı tablo büyük ün kazanmıştır.

Vals 19. yy'ın başlarında Avusturya ve Almanya'da dans edilen bölgenin yerel farklılıklarını bünyesinde barındırarak gelişim göstermiştir. Özellikle Kuzey Avusturya'nın "Land lob der Enss" bölgesinde uygulanan dans sitili "Londler" adını alarak çok popüler olmuştur.

Vals kısa süre Johann Strauss'un müziğinin etkisiyle Viyana'da ve 1812 yılından itibaren de İngiltere'de geniş kitlelere ulaşmış, aristokrasinin beğenisini kazanarak baloların vazgeçilmez eğlencesi olmuştur.

Günümüzde vals "Viyana Valsi" ve "Modern Vals" olmak üzere iki farklı ritim ve kategoride dünya dans literatüründe yer almaktadır (Gürbüz 1990).

2.7.3. Fiziksel Egzersiz Olarak Dansın Yararları

Dans çalışmalarında bedensel gelişim olarak gövde, kollar ve bacaklar arasında dengeli bir uyum vardır. Enerji dolu bir canlılık ve azalan durgunluk içinde

güçlü canlı hareketler bulunur. Motorsal gücün öğrenimi ve yönetimi kol ve bacakları, günlük yaşantıdan uzak hareketleri yavaş yavaş kontrol edebilmeyi sağlar (Brown 1991). Dans çeşitlerinden birisi olan jive dansında, bir interval çalışmayı görmek mümkündür. Bu dans türü normal hızda başlayıp bir müddet bu hızla devam eder ve daha sonra hız artırılarak son bölüm en yüksek hızda oynanır. Diğer dans türlerinde ise dinlenme aralığı hemen hemen yoktur ya da çok kısadır. Rumba gibi orta hızda dans eden kimselerde de bacak kuvveti ve sırt kuvveti gelişmekte fakat el kuvveti önemli bir farklılık göstermemektedir. Hızlı ve orta hızlı oyun oynayan kimselerin Max O_2 leri ve vital kapasiteleri, ağır bir ritim ve yavaş hızda dans eden kimselere nazaran daha gelişmiştir. Sırt ve bacak kuvvetleri dans eden kimselerde dans etmeyen kimselere göre daha gelişmiştir (Ünal 1992). Dans uygulamaları sırasında yapılan statik çalışmalar, kuvvetli bir karşı koymaya karşı yapılır. Kasların kuvvet gelişimine önemli katkıları vardır. Dinamik çalışmalarda ise, sürekli hareketler görülür. Bu çalışmalar sayesinde, kas dayanıklılığı artırılır. Uzun ve yoğun geçen Dans çalışmalarını içeren bir antrenman döneminden sonra, kalp atım sayısında azalma ve volüm de artma görülür. Vücut kas potansiyelinde büyüme, hareketlilik, çabukluluk, dayanıklılıkta artma, akciğer vital kapasitesinde büyüme görülür.

Koordinasyon gelişimi incelendiğinde bedensel ve ruhsal birlikteliğin gerekliliği görülür. Danslarda maharet, sürat ve çeviklik gelişmiştir. Beden koordinasyonunda sinir sistemi merkezinin düzenli çalışması sonucu kas gurupları arasında iş birliği sağlanmıştır. Koordinasyon sonucunda danslarda beceri, çeviklik, denge, uyum ve sürat sağlanır. Böylece hareketlerdeki süratle uyumun temposuna göre uyum güçlenir (Brown 1991).

2.7.4. Dansın Psikolojik Yararları

Kişilik, psikologlara göre, bireyin kendine özgü ve ayırıcı davranışların bütünü biçiminde tanımlanır. Başka bir deyişle bir insanı başkalarından ayıran bedensel, zihinsel ve ruhsal özellikler bütünüdür (Şahin, Yalçın 2003).

Kişilik, bireyin birkaç niteliğine dayanan bir şey değil, bireyin pratik olarak tüm nitelilerini ve bunların etkileşimini kapsar. Bireyin fiziki yapısı çerçevesinde, kendisine açık olan imkânların hepsi teker teker olduğu kadar, karşılıklı etkileri ile

birlikte organize olmuş bir sistem olarak bireyin kişiliğini etkiler. Kişilik yapısı olarak, bireyin davranışları, ne düşündüğü neler hissettiği, ne söylediği ve ne yaptığı bu faktörlerden etkilenmektedir (Koçer 2001).

Toplum ve insanların değişik problem ve sıkıntıları vardır ve insanlar bu problem ve sıkıntılardan kurtulmaya ihtiyaç duymaktadırlar. Drama ve hareket, problem ve sıkıntılarla baş etmek için kullanılan yöntemlerdendir. Dans ve hareket kesinlikle tedavi edicidir, çünkü her ikisi de insanın tabiatında yani yaşamında vardır (Wilson 1991). Egzersizin fiziksel faydalarının yanı sıra psikolojik faydaları da yadsınamaz şekilde olumludur. Düzenli fiziksel egzersiz yapanların daha iyi düşünsel becerilere sahip olduğu, strese olan kalp-damar refleks yanıtının daha iyi olduğu, anksiyete veya depresyon ile daha nadir karşı karşıya kaldıkları kanıtlanmıştır. Egzersiz yine hastanın kendine olan güvenini arttırmakta ve olaylar karşısında daha serinkanlı yanıtlar vermesine yol açmaktadır (Vilhialmsson ve Thorlindsson 1991). Araştırmaya göre, olumsuzlukları dert etmeyip mutluluğu yakalamayı başaran kişiler, mutsuz ve stresli olanlara oranla daha uzun yaşıyor (Zimmerman ve Fulton 1981).

2.8. Dansla Terapi

Tarih boyunca dansla terapi arasında ayrılmamış bir ilişki olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, bu ilişki içerinde dansın mı terapi için, terapinin mi dans için olduğu tartışılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda dans ve terapinin ilişkileri ADTA (American Dance Therapy Association) tarafından birkaç madde de toparlanmıştır;

1.Tarih boyunca insanlar bir arada ortak bir ritimle hareket ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu harekete biz toplumsal dans diyebiliriz. Ve bu dans duyguları ve hisleri etkileyen bir terapinin parçası olmuştur. Dansla terapinin kökleri çok eski tarihlere kadar uzanır.

2.Dans hareketleriyle yapılan terapinin ilkel zamanlardaki kadın ve erkeklerin dinsel törenlerine kadar uzanır. Özellikle vücut hareketleriyle yapılan danslar iyileştirici bir ekipman olarak kabul edilebilir. Muhtemelen tedavi yaşlanana kadar etkilerini devam ettirir.

3.Hareket terapisinde vücudun kullanımı yeni bir olgu değildir. İyileştirme bütünleyici dansın sonucu olarak yüzyıllar boyunca tanındı ve bu tedavi dünyanın çeşitli yerlerinde ki kültürlerde iyileştirici bir terapi olarak kullanıldı (Zimmerman ve Fulton 1981).

2.9. Spor ve Depresyon İlişkisi

Toplumsal yaşantının önemli bir parçası durumuna gelen sporun, yalnızca yaşam kalitesini yükseltmekte kalmayıp, depresyon üzerinde de tedavi edici etkisi olduğu belirtilmektedir (Dowall ve ark 1988).

Estetiğin, gücün ve güzelliğin birleştiği dans sporunun depresyon üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Müzik ruhun gıdasıdır sözünden yola çıkarsak dans ve müzik ayrılmaz bir bütündür başka bir ifade ile dans ruhu besler.

Bunun yanı sıra egzersiz yapan insanlarda, alkol kullanımı, kızgınlık, kaygı, baş ağrısı, fobiler, stres ve gerginlik düşüş yaşanırken, bu kişilerin düşmanlık hislerinde bile azalma görülür (Vilhialmsson ve Thorlindsson 1992).

Sporun, kişilik gelişimi üzerinde yapıcı etkisi vardır. Sportif etkinlikler sırasında çocuklar ve gençler birlikte çalışmaya yönlendirilmektedir. Arkadaşlık duygularının gelişmesine katkıda bulunurken, birlikte çalışma becerisi, sosyal sorumluluklar ve liderlik özellikleri kazandırmaktadır. Ayrıca kişinin başkalarıyla iş birliği yapabilme ve iyi bir izleyici olabilme yeteneklerini arttırırken saldırgan davranışları önlemekte, kendine ve başkalarına saygı, sevgi kazandırmakta ve özgüvenin artmasını sağlamaktadır (Tamer 1998).

Fertlerin ve toplumların sağlık ve mutluluğunun bir amacı değil aracı olan beden eğitimi ve spor faaliyetleriyle insanlar birçok vasıf kazanmaktadır. Bu vasıflar aşağıdaki gibi özetlenebilir; fiziki açıdan, çeviklik, yumuşaklık, denge, kuvvet, mukavemet, sürat, kondisyon, estetik görünüm, ritm, koordinasyon ve fiziki mükemmellik sağlar (Demit ve ark. 1999). Ruhi yönden, yarışma ruhu, yardımlaşma duygusu, çalışma disiplini, cesaret, insan sevgisi, kültür, doğruluk, kendine güven, mücadele azmi, yenme ve yenilmeyi kabullenme, paylaşma gibi kazanımlar elde eder. Zihin sisteminde oyunu ve pozisyonu okuma, karar verme ve reaksiyon çabukluğu kazandırır. Psikomotorda, öğrenme, en uygunu bulabilme, ortama uyma kalitelerinin geliştirilmesini sağlar (Koruç ve Bayar 1992). Ayrıca spor sosyal

insanların yetiştirilmesinde eğitim ayrılmaz bir parçasıdır. Spor yoluyla sosyalleşmek, insanlar arasında menfaatsiz bir yakınlığın doğması ile insancıl kaynaşmayı gerçekleştirebilir (Keten 1974).

Duygular performansınızı artırabilir ya engelleyebilir. Yarışma öncesinde kaygılı olduğunuzda, gerim düzeyi bulunduğunda baştan ayağa doğru gevşeyerek özellikle gerilim olduğu kasları serbestleştirerek, nefes alışverişinizi değiştirerek rahatlamak bir yöntem olabilir (Syer, Connolly 1998). Kişilik ile sportif eylemler arasındaki ilişkiyi ele alan bir araştırmada O. Neumann (1998), genç performans sporcuları ile sporcu olmayanları karşılaştırdığında spor yapanların yapmayanlara göre daha çalışkan, daha canlı, ilişki kurmaya sürekli hazır, sebatlı, zor koşullarda ortama uymalarının daha iyi olduğunu belirlemiştir. Yapılan araştırmada spor yapanların yapmayanlara göre daha dışa dönük ve duygusal olarak dengeli oldukları belirlenmiştir (Tiryaki 2000).

Çok sayıda sporcu yarışa başlamadan önce uyarılma düzeyine bağlı olarak biraz kaygı yaşamıştır. Bilindiği gibi aşırı kaygı yoğunlaşmayı azaltmakta; aynı zamanda da sakatlanma çekincelerini arttırmaktadır. Bütün bunlar olumsuz düşüncelerin oluşma nedenidir. Bu durum süreklikte azalma ya da sürekli olarak verim düzeyinde yitimler biçimde kendini gösterir (Suinn 1986). Yapılan araştırmalar takım sporu yapanlarla bireysel spor yapanlar arasında kişilik özellikleri yönünden belirli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Bireysel spor yapanların takım sporu yapanlara göre daha az kaygılı, kendine daha yeterli ve daha bağımsız oldukları belirtilmektedir (Cratty 1973). Bireysel spor yapan sporcuların yalnızlığı seven, becerilerini yalnız geliştirmek isteyen, daha gergin ve öfkeli, benmerkezci ve tepkisel özellikleri yüksek kişiler olduğunu belirlenmiştir. (James ve Johnson 1983). ABD'de yapılan bir çalışmada, pratisyen hekimlerin vizitelerinin % 50'sini stresle ilgili sebepler teşkil etmektedir. Geleneksel olmayan programlardan biri kısa süreli veya kronik egzersiz uygulamalarıdır. Araştırmaların sonuçları egzersizin anksiyete ve depresyonda düzelme ile birlikte olduğunu göstermektedir (Artal 1998).

3. MATERYAL ve METOT

Dansın üniversite öğrencilerinde görülen depresyon düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki belirtilen materyal ve metotlar izlenmiştir.

3.1. Materyal:

Araştırmanın örneklemini, 2006–2007 Eğitim-Öğretim yılında, Selçuk Üniversitesi Devlet konservatuarı, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Veteriner Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesinde öğrenim gören toplam 240 öğrenci oluşturmuştur.

Çalışma grubunu devlet konservatuarından 60 öğrenci (30 bayan 30 erkek) kontrol grubunu ise yine aynı bölümlerden 60 öğrenci (30 bayan 30 erkek) olmak üzere toplam 120 öğrenci oluşturmaktadır. Geri kalan 120 üniversite öğrencine ise Depresyon düzeylerinin belirlenmesinde BDÖ kullanılmıştır.

3.2. Metot:

Çalışma grubuna 12 hafta süreyle Latin dansı (rumba) ve klasik dans (vals) oluşan program, haftada 3 kez 2 saat süre ile uygulanırken, kontrol grubuna ise üniversite öğrencilerinde görülen depresyon düzeyleri düzeyinin belirlenmesi için BDÖ depresyon ölçeği kullanılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeğinin Geçerliliği:

Beck ve arkadaşlarının 1961 yılında geliştirdiği ölçek, 1988 yılında Beck Depresyon envanteri (BDE) adı ile Hisli tarafından Türkçeye çevrilmiştir.

Envanterin Türkçe ve İngilizce formları araştırmacı tarafından her iki dili de iyi bilen 58 kız öğrenciye uygulanmıştır. 28 kişilik bir gruba testin önce Türkçe, bir hafta sonra da İngilizce formu verilmiş diğer 30 kişilik gruba ise bu işlemin tersi uygulanmıştır. İki form arasındaki korelasyon katsayıları. 0.81 ve 0.73 olarak bulunmuş, Türkçe formun, İngilizce Formu ile iyi bir uyum içinde olduğuna karar verilmiştir (Hisli 1988).

Güvenirlik:

Envanter tek ve çift sayılı maddelerden oluşmuştur. İki Yarım tek güvenirlik katsayısı 259 üniversite örgencisi ile yapılan bir araştırmada. 74 olarak bulunmuştur (Hisli 1988).

Geçerlik:

Hisli (1988), Beck Depresyon Envanterinin güvenirliği ve geçerliği üzerine yaptığı çalışmada, psikiyatrik bir örneklemde MMPI-D skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısını 0.63 olarak hasaplamıştır. Üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemde ise MMPI-D skalası ile envanter puanları arasındaki Pearson momentler çarpımı korelasyon çarpımı 0.62 çıkmıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmamızda kullanılan envanterin geçerlilik ve güvenirliğin sağlandığını söylenebilir.

İstatistiği Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde ve hesaplanmış değerlerin bulunmasında SPSS 11.0 istatistik paket program kullanılmıştır. Normallik sınamasına göre, normal dağılım gösteren veriler için parametrik testlerden bağımsız gruplarda – t – testi ve One – Way ANOVA testleri kullanılmıştır. Varyans homojenliğine göre ise Post Hoc Multiple Comparisions testlerinden Tukey testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada hata düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Üniversite öğrencilerinde görülende depresyonun giderilmesinde dansın etkisinin ne ölçüde olduğunu saptamak amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya çalışma grubu ve kontrol grubu olarak katılan öğrencilerin depresyon düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin t testi tablosu.

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	Ortalamaya ait standart hata	Ortalamalar Arası Fark	t	P
Çalışma Grubu	Ön test	60	15,72	7,00	0,90	1,85	5,788	*0,000
	Son test	60	13,87	5,55	0,72			
Kontrol Grubu	Ön test	60	16,43	6,12	0,79	1,06	0,244	0,808
	Son test	60	16,47	5,84	0,75			

*P<0,05

Yukarıdaki tablo incelendiğinde araştırmaya çalışma grubu olarak katılan öğrencilerin ön test – son test depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (P<0,05).

Çalışmaya kontrol grubu olarak katılan öğrencilerin ön test – son test depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (P>0,05).

Tablo 2. Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puanlarının bazı değişkenler bakımından karşılaştırılmasına ilişkin – t – testi tablosu.

Değişkenler			N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
DEPRESYON	Cinsiyet	Bayan	120	16,64	7,846	2,387	*0,018
		Erkek	120	14,40	6,654		
	Yaşadığı Yer	Büyükşehir	140	16,05	7,920	1,323	0,187
		Küçükşehir	100	14,78	6,422		
	Mezun Olduğu Okul	Özel Okul	62	15,06	7,218	0,567	0,571
		Devlet Okulu	178	15,68	7,403		
	Kardeş Sayısı	1 – 3	103	16,56	7,556	1,917	0,056
		4 ve Üzeri	137	14,74	7,111		
	Anne Baba Durumu	Birlikte Yaşıyorlar	200	13,96	6,287	8,387	*0,000
		Ayrı Yaşıyorlar	40	23,35	7,315		
	Üniversite Başarı Durumu	Orta	121	18,65	7,207	7,366	*0,000
		Çok	119	12,34	6,014		

* (P<0,05).

Tablo 2'ye bakıldığı zaman, öğrencilerin cinsiyetleri, anne baba durumu ve üniversite başarı durumları bakımından depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (P<0,05).

Öğrencilerin yaşadığı yer, mezun olduğu okul ve kardeş sayıları bakımından depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (P>0,05).

Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı değişkenler bakımından karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA tablosu.

Değişkenler		Sum of Squares	Kareler Ortalaması	F	P
Babanın Öğrenim Durumu	Gruplar arası	128,423	64,211	1,192	0,305
Harçlık Alıp Almadığı	Gruplar arası	2,135	1,067	0,020	0,981
Ruhsal Durum	Gruplar arası	4384,002	2192,001	61,033	*0,000

* (P<0,05).

Yukarıdaki tablo incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal durumları bakımından depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (P<0,05).

Öğrencilerin baba öğrenim durumu ve harçlık durumları bakımından depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (P>0,05).

Tablo 4. Araştırmaya katılan öğrencilerin depresyon puanlarının Ruhsal durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin çoklu karşılaştırma testi.

Değişkenler		Ortalamalar arası fark (A-B)	Standart Hata	P
(A) RUHSAL	(B) RUHSAL			
Evet	Hayır	-8,40	0,859	*0,000
	Kararsızım	-9,35	1,281	*0,000
Hayır	Evet	8,40	0,859	*0,000
	Kararsızım	-0,95	1,364	0,765
Kararsızım	Evet	9,35	1,281	*0,000
	Hayır	0,95	1,364	0,765

Tablo 4'e bakıldığı zaman, araştırmaya katılan öğrencilerden Ruhsal olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz sorusuna evet cevabı veren öğrencilerin depresyon puanları hayır ve kararsızım cevabı veren öğrencilerin depresyon puanlarından daha düşük bulunmuştur ($P<0,05$).

Diğer ruhsal durumların karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($P>0,05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Üniversite öğrencilerinde görülen depresyon düzeylerine dansın etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışma sonucunda;

Araştırmaya katılan öğrencilerden kontrol grubunu oluşturanların dans çalışması sonrasında depresyon düzeylerinde t testi sonucunda istatistiksel açıdan ön test ve son test depresyon puanları arasında anlamlı bir fark gözlenirken ($P<0,05$), dans çalışmasına katılmayan grup da ise anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0.05$) (Tablo 1).

Bu sonuçlara göre çalışma gurubuna uygulanan dans etkinliğin, depresyon düzeylerini olumlu yönde etkileyerek, öğrencilerin depresyon düzeylerini düşürdüğünü göstermiştir.

Akandere ve Serdengeçti (2003) yaptığı bir araştırmada, spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu, spor yapanların yapmayanlara oranla depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir.

Bir başka çalışmada ise Malsimur ve Sckmitt (1975). Spor yapan 81 ve yapmayan 69 üniversite öğrencisi arasında Mann-Whitney U Testi kullanarak uyum düzey farklılıklarını belirlemeye çalışmıştır. Çalışma sonunda spor yapan öğrencilerin, sosyal olarak çok daha olgun ve yüksek uyum düzeyine sahip oldukları ortaya çıkmıştır.

Carron (1981) bir gruba bağlı olmanın ve bir ekip içinde yer almanın bireylerin özsaygı, bireysel doyumunu artıracağını, Henert (1996) ise akran paylaşımını içeren yönlendirme programının bireylerin sosyal ve bireysel uyumları üzerinde önemli bir role sahip olduklarını bildirmiştir.

Dans, aynı zamanda fiziksel bir aktivite olarak kabul edildiğine göre yukarıdaki araştırmaların, araştırma sonucu ile paralellik gösterdiği sonucuna varılabilir.

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetleri, anne babanın beraber ya da ayrı yaşama ve üniversitedeki başarı ya da başarısızlık durumları arasında istatistiksel anlamda bir farklılığın olduğu anlaşılmaktadır ($P<0.05$). Akandere (2003) de yaptığı araştırmada erkek öğrencilerin bayan

öğrencilere oranla depresyon düzeylerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca, Akandere ve Serdengeçti (2003), lise öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada erkeklerin kızlara oranla daha depresif olduğunu bulmuşlardır. Yapılan diğer bir çalışmada ise, depresyon ile ailelerin üniversite masraflarını karşılama durumu, ders başarısı, okul, sınıf, mezun olunan lise durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tiryaki 1991). Bu araştırma sonucunda çıkan sonuçların yukarıdaki iki araştırma ile örtüştüğü erkek öğrencilerin bayan öğrencilere oranla daha depresif oldukları ve öğrencilerin başarı durumlarının depresyon düzeylerini etkilediği sonucuna varılabilir.

Tablo 3'e göre araştırmaya katılan öğrencilerin ruhsal durum bakımından depresyon puanları analizi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($P<0,05$). Öğrenci babalarının ise öğrenim durumları ve öğrencilerin aldıkları harçlık durumları açısından yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P>0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerden ruhsal olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz sorusuna evet cevabı veren öğrencilerin depresyon puanları, hayır ve kararsız veren öğrencilerin depresyon puanlarından daha düşük bulunmuştur ($P<0,05$). (Tablo 4)

Tekin (1997), orta öğretim kurumlarında sporcu ve sporcu olmayan öğrencilerin özsaygı düzeylerine ilişkin yaptığı çalışmada ruhsal olarak kendisini iyi hissetmeyen öğrencilerin yapılan testte depresyon puanlarının yüksek çıktığı tespit edilmiştir.

Kucur (2002), araştırma raporunda ise, eğitim-öğrenim yöntemlerinin teorik olarak verildiği okullarda okuyan öğrencilerin, yöntemlerin uygulamalı olarak verilen okul öğrencilerine göre daha içe dönük ve depresif tutum içinde olduklarını ortaya çıkarmıştır.

Yukarıdaki araştırmaların sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları arasında benzerlikler olduğu ve çalışmayla paralellik gösterdiği sonucuna varılabilir.

Sonuç olarak dansın üniversite öğrencilerinde görülen depresyon düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmanın verilerine göre, dans faaliyetlerinin depresyon düzeylerini etkileyerek olumlu yönde düşürdüğü tespit edilmiştir.

6. ÖZET

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/ KONYA–2007

Banu ÖZDEMİR

Danışman

Yrd. Doç.Dr. Mehibe AKANDERE

Dansın Üniversite Öğrencilerinde Görülen Depresyon Düzeylerine Etkisi

Dansın üniversite öğrencilerinde görülen depresyon düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilere Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği ve Hisli (1988) tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) uygulanarak depresyon düzeyleri belirlenmiştir.

Çalışma grubunu Selçuk Üniversitesi Devlet Konservatuarında öğrenim gören 30 bayan, 30 erkek olmak üzere toplam 60 kişi oluştururken, Kontrol grubunu ise diğer bölümlerde okuyan 30 bayan, 30 erkek olmak üzere yine 60 kişi oluşturmuştur. Çalışma grubunu oluşturan konservatuar öğrencilerine 12 hafta süreyle, Latin ve Klasik danslardan oluşan program, haftada 3 kez 2 saat sürü ile uygulanmıştır. 12 haftadan sonra araştırmaya katılan tüm öğrencilere BDÖ tekrar uygulanmış ve depresyon düzeylerinin farklı olup olmadığı araştırılmıştır.

Yapılan istatistiksel çalışmalar sonunda kontrol grubunun ön test-son test depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, dans etkinliği uygulanan çalışma grubunda ise ön test-son test depresyon puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($P<0.05$).

Ayrıca öğrencilerin babalarının öğrenim durumları ve harçlık alıp almadıkları konusunda yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir farkın olmadığı, ancak cinsiyetleri, anne babalarının ayrı yaşayıp yaşamadığı, üniversitedeki başarı puanları ve ruhsal durumları bakımından anlamlı bir farkın ($P<0.05$) olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; dansın üniversite öğrencilerinde görülen depresyon düzeylerini olumlu yönde etkilediği ve depresyon düzeylerini düşürdüğü sonucuna varılmıştır.

7. SUMMARY

S.U.Healt Science Institute

Physical Education and Sport Sciences

MASTER THESIS/KONYA–2007

Banu ÖZDEMİR

Advisor

Yrd. Doç.Dr. Mehibe AKANDERE

The Effects of Dance on the Depression Levels of the University Students

In the study performed to investigate the effects of dance on the depression levels of the university students, the Beck Depression Index (BDI) developed by Beck et al. and studied by Hisli (1988) in terms of its validity reliability was applied to the university students selected for the research, and the depression levels of the students were determined.

The study group including 60 people was formed by 30 female and 30 male students of Selcuk University School of State Conservatory, and the control group was also formed by 60 people, 30 female and 30 male university students studying in other departments. The conservatory students of the study group had Latin and Classical Dance lessons for 12 weeks, 3 times in a week 2 hours for each lesson. After 12 weeks, the BDI was applied to the students again and their depression levels were examined whether there exist any difference or not.

At the end of the statistical studies, any statistically significant difference could not be detected between the pre-test and post-test depression scores of the control group. However, the difference between the pre-test and post-test depression scores of the study group on which the dance activity was applied presented statistically significant differences ($P<0.05$).

Additionally, no significant results were obtained from the statistical analyses carried on the educational levels of the fathers of the students and whether they take pocket money or not; however, statistically significant differences ($P<0.05$) were determined for the parameters like gender of the students, the grade point averages of the students in the university, their psychological conditions and their parents living together or not.

As a result; it can be clearly stated that dance has beneficial influences on the depression levels of the university students by decreasing their depression levels.

8. KAYNAKLAR

Adams J, Adams M (1991*) Physical Training Effect on Relationsship of Physical, mental and Emotional Fitness in Adult Men,* Journal of Ergology, 15, 79–84.

Adams J, Adams M (1993) *Effect of Negative Life Event and Negative Perceived Problem –Salving Alternatives on Depression in Adolescents A Prospective Study,* Journal og Child Psychiatry 4,34, 743–747.

Akandere M, Serdengeçti C (2003) Spor Yapan ve Yapmayan Öğrencilerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Spor ve Tıp Dergisi, 1: 12–16

Akış N, İrgil E, Pala K (2005) *Gemlik Çıraklık eğitim Merkezinde Okuyan Çırakların Çalışma Koşulları ve sosyal Sorunları,* Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 17 s, 15–20.

Alper Y (1999) Bütün Yönleri ile Depresyon, Gentaş Yayınları, İstanbul.

Alpert JE, Maddocks A, Rossenbaum JF (1994) Childhood Psychopathhology Retrospectively assessed Among Adults With Early Onset Major Depression, 31: 165–171

Angst J, Gamma A, Sellaro R (2002) Toward Validation of Atypical Depression in The Community, Result of The Zurich Cohort Study, 26: 117:125

Artal M (1998) Exercise Agaist Depression, The Physiciann Sportmedicine, 26–10.

Aşkın R (2000) Depresyonun Klinik Alt Tipler, Duygudurum Dizisi, 2, 99–103.

Ateşci FÇ (2000) Depresyonun Seyri, Duygudurum Dizisi, 2, 99–103.

Atkinson RL, Atkinson RC, Smıth EE, Bem DJ, Nolen SH, (1990) Hilgards's Introduction to Psychology, 12th Edition, Universıty of California, San Diago, 539.

Atkinson RL, Hilgard E, Atkinson RC (1995) Psikolojiye Giriş, Çev. Kemal Atakay, Sosyal yayınlar Yayınevi, İstanbul.

Aydemir Ö (2004) Atipik Depresyon, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikiyatri Sempozyumu.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1979) *An Inventory For Measuring Depression. Archives of General Psychiarty,* 4, 561–571.

Bişkin Ş (2001) Halk Oyunlarının Üniversite Öğrencileri Üzerinde Psiko-Sosyal Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Kütahya

.

Blackburn IM (2003) Depresyon ve Başa Çıkma Yolları, Çev. Şahin HN. ve Rugancı RN, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Brown JD (1991) Staying fit and staying well, Phycical Fitness as a Moderator of Life Stres. J.Perc.Soc. Psychology. 60:555–561.

Cimilli C (2001) Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler" Duygudurum Dizisi, 4, 157–168

Cratty BJ (1973) Psychology in Contemporary Sport, Englewood Cliffs: NJ., Prentice Hall.

Demit T, Demir DE, Kayaalp ML, Büyükkal B (1999) *Ergenlerde Depresif Bozuklukların Yaygınlığı ve Depresif Bozukluğu Olan Ergenlerin Özellikler,* Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6 (1): 132–136.

Doğan O (2000) Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygudurum Dizisi, 1, 29–38

Dowall JR, Bolter CP, Flett RA, Kammann R (1988) Psychological well-being and its Relationship to Fitness and Activity Levels. J. Hum. Movement Stud. 14 39–45.

Ertem Ü, Yazıcı S (2004) Ergenlik Döneminde Psikososyal Sorunlar ve Depresyon Ankara Üniversitesi I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitim Sempozyumu

Göğüş AK (2000) Depresyonun Klinik Belirtileri, Duygudurum Dizisi, 1, 39–33

Gökçakan N (1997) Çeşitli Derecelerdeki Depresyonun Giderilmesinde Beck'in Bilişsel Terapisinin Etkinliğinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

Güleç C, Köroğlu E (1997) Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Gür A (1996) Ergenlerde Depresyon Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara.

Gürbüz A (1990) Temel Dans Eğitimi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.

Hisli N (1988) *Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma,* Psikoloji Dergisi. 6 (22), 118–122.

Işık E (1991) Duygulanım Bozuklukları, Depresyon ve Mani: Boğaziçi Matbaası, İstanbul.

James W Johnson DW(1983) The Relationship Between Attitudes Towards Social Interdepence and Psychological Health Within Three Criminal Populations, Journal of Social Psychology, 221, 31–143.

Kayaalp L (1999) Çocuk ve Ergenlerde Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik aciller Sempozyumu, 59, 60–6

Keten M (1974) Türkiye'de Spor, Ayyıldız Maatbası, Ankara.

Koçer N (2001) Türk Halk Oyununun Yüksek Öğrenimdeki Yeri ve Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Koruç Z, Bayar P (1992) *Hentbolcu, Voleybolcu, Atlet ve Teakwandocuların Kişilik Görüntüleri Üzerine Bir Araştırma,* 2. Ulusal Spor Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabcığı, Onlar Ajans ve Maatbacılık, Ankara.

Köknel Ö (1989) Depresyon: Ruhsal Çöküntü, Yayınlanmış Doktora Tezi, 2. Basım Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.

Köroğlu E (2004) Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Kucur R (2002) *Üniversite Öğrencilerinde Duygulanım Bozuklukları,* Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Araştırma Raporu, Konya.

Kulaksızoğlu A (1998) Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Mete L (2000) Depresyon, İletişim Yayınları, İstanbul.

Morgan J (1991) *Mentol Health Problenms Among university Students and Their Reletionship to Academic Failure and With Drawo*l, Med. J. Aust. 1:499–504–1975

Özgüven İE (1992) HKE Hacettepe Kişilik Envanteri El Kitabı. 2 Baskı, Odak Ofset Matbaacılık, Ankara.

Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E (1997) Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Özmen M (2001) Depresyonda Dinamik Nedenler, Duygudurum Dizisi, 6, 283–287.

Öztürk O (2004) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.

Savran M (1994) Amerikan Psikayetri Birliği Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı.4.baskı. Çev: Köroğlu E.Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Savrun BM (1999) Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikayetrik Aciller Sempozyumu 2–3 aralık 1999, İstanbul.

Shapiro PG (1997) Çocukluk ve İlk Gençlik Depresyonu, Çev: Kesim, M., Papirüs Yayınları, Ankara.

Suinn RM (1986) Seven Steps to Peak Performance. The Mental Training Manuel For Athletes. Hans Huber Publishing House, Toronto.

Syer J, Connolly C (1998) Sporcular İçin Zihinsel Antrenman Rehberi, Çev: F. Umur Erkan, Bağırgan Yayınevi, 85–87, Ankara.

Şahin M, Yalçın M (2003) Huzurevinde ya da Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması, Türkısh Journal of Geriatrics 6 (1), 10–13

Şenel SE (1990) Hareket Notasyonu Halk Oyunları Yazımı, Levent Müzik evi Yayınları, İzmir.

Tamer K (1998) Beden Eğitimi ve Oyun Öğretimi, Ankara Üniversitesi Yayınları, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, No:101, Eskişehir.

Tekin A (1997) Trabzon'daki ortaöğretim kurumlarında Öğrenimlerine Devam Eden Sporcu ve Sporcu Olmayan Öğrencilerin Özsaygı Düzeylerinin Araştırılması. K.T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.

Tezcan E (2000) Depresyonun Ayırıcı Tanısı, Duygudurum Dizisi, Ankara.

Tiryaki Ş (1991) *Sportif Performans ile Edwards Kişisel Tercih Envanteri Verilerinin İlişkisi,* Spor Bilimleri Dergisi II, 32–37.

Tiryaki Ş (2000) Spor Psikolojisi, Eylül Yayınları, Ankara.

Ünal S, Küey, L, Güleç C, Bekaroğlu, M., Evlice, Y E, Kırlı S. (2002) *Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri*, Klinik Psikiyatri Dergisi, 5, 8-15.

Ünal SŞ (1992) Türk Halk Oyunlarının Bireyler Üzerinde Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, İstanbul.

Vilhialmsson R, Thorlindsson T (1991) The Integrative and Physiological effects of Sport Participation, A Study of Adolescents. The Sociological Quarterly, 33, 637–647.

Yemez B, Alptekin K. (1988), Depresyon Etilojisi, Psikiyatri Dünyası, 1, 21–25.

Yüksel G (1997) Sosyal Beceri Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeylerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Rezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, Ankara.

Zimmerman JD, Fulton M (1981) Aerobic Fitness and Emotional Arousal, A Critical Attempt at Replication. Psychologial Reports, 48, 911–918.

9. EKLER:

BDÖ
(BECK DEPRASYON ÖLÇEĞİ)

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dâhil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş Olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) işareti koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatli okuyunuz.

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
   (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
   (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım
   (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve kararsız değilim
   (1) Gelecek hakkında karamsarım.
   (2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok
   (3)Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
   (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
   (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
   (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk almıyorum
   (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
   (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
   (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
   (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
   (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
   (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum
   (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
   (2) Kendime çok kızıyorum.
   (3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
   (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
   (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
   (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi bir düşüncelerim yok
   (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
   (2) Kendimi öldürmek isterdim.
   (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. (0) Her zamankinden çok içimden ağlamak gelmiyor.
   (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
   (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
   (3) Eskiden ağlayabiliyordum şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim
   (1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
   (2) Şimdi hep sinirliyim
   (3) Bir zamanlar sinirliydim.
11. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim
   (1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
   (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
   (3) Hiç kimseyle konuşmak istemiyorum
12. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
   (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
   (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
   (3) Artık hiç karar veremiyorum.
13. (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
   (1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
   (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
   (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
   (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekir.
   (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
   (3) Hiç bir şey yapamıyorum.
15. (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum
   (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
   (2) Her zamankinden 1–2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
   (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyamıyorum.
16. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
   (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
   (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
   (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi
   (1) İştahım eskisi gibi değil.
   (2) İştahım çok azaldı.
   (3) Artık hiç iştahım yok.
18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim
   (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
   (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
   (3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
   Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum ( ) Evet ( ) Hayır
19. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
   (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu ve kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
   (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
(1) Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
(2) Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabileceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Fakülte Adı : ……
Fakülte No : ……
Adı Soyadı : ……

Sorular:

1. Yaşınız
   ( ) 18 ve küçük
   ( ) 19 ve küçük
2. Cinsiyetiniz
   ( ) Kız
   ( ) Erkek
3. Medeni Durumunuz
   ( ) Bekâr
   ( ) Nişanlı ve sözlü
   ( ) Evli
4. Üniversiteye gelinceye kadar en uzun süre oturduğunuz yer:
   ( ) Köy
   ( ) Kasaba
   ( ) Küçük kent (nüfusu 20.000–200:000)
   ( ) Büyük kent (nüfusu 200:000 den çok)
5. Mezun olduğunuz lise ve kolejin
   Bulunduğu İlin adı:
   Çeşidi :
   ( ) Resmi lise
   ( ) Yurtiçi yabancı kolej
   ( ) Yurtdışı yabancı kolej
   ( ) Fen lisesi
   ( ) Meslek lisesi
6. Lise bitirme dereceniz
   ( ) Pekiyi
   ( ) İyi
   ( ) Orta
7. Liseyi hangi koldan bitirdiniz
   ( ) Fen
   ( ) Edebiyat
8. Ailenizde birlikte oturduğunuz kişilerin sayısı nedir?
   ( ) 1 - 3
   ( ) 4 - 6
   ( ) 6 dan fazla
9. Anne babanız sağmı
   ( ) Her ikisi de sağ
   ( ) Her ikisi de ölü
   ( ) Anne sağ baba ölü
   ( ) Baba sağ anne ölü

10. İkisi de sağ ise
    ( ) Birlikte yaşıyorlar
    ( ) Ayrı yaşıyorlar
    ( ) Boşandılar
11. Kardeşler sayısı (Tek çocuk iseniz hiç işaret koymayınız)
    ( ) 1
    ( ) 2
    ( ) 3 den fazla
12. Ailenin kaçıncı çocuğusunuz?
    ( ) En büyük
    ( ) Ortanca
    ( ) En küçük
13. Kardeşler arasında sizden başka yüksek öğrenim yapan var mı?
    ( ) Var
    ( ) Yok
14. Baba Öğrenimi
    ( ) Okuryazar değil
    ( ) Okuryazar veya ilkokul mezunu
    ( ) Ortaokul ve lise mezunu (veya dengi okul)
    ( ) Yüksekokul veya üniversite mezunu
15. Anne Öğrenimi
    ( ) Okuryazar değil
    ( ) Okuryazar veya ilkokul mezunu
    ( ) Ortaokul ve lise mezunu (veya dengi okul)
    ( ) Yüksekokul veya üniversite mezunu
16. İhtiyaçlarınızı karşılamak üzere nerelerden gelir sağlıyorsunuz?
    ( ) Burs
    ( ) Kredi
    ( ) Ailemden
    ( ) Akrabalarımdan
    ( ) Başka bir işte çalışıyorum
17. Elinize geçen para yetiyor mu?
    ( ) Evet
    ( ) Hayır
    ( ) Kısmen
18. Konya da kaldığınız yer neresidir?
    ( ) Özel yurt
    ( ) Resmi yurt
    ( ) Ailemin yanında
    ( ) Akrabalarımın yanında
    ( ) Evde yalnız
    ( ) Evde birkaç arkadaşımla
19. Halen okumakta olduğunuz fakülte kaçıncı tercihiniz?
    ( ) 1–4
    ( ) 5–9
    ( ) 10 ve yukarısı

20. Fakülte değiştirmeyi düşünüyor musunuz?
    ( ) Evet
    ( ) Hayır
21. Branşınız ilgi duyduğunuz bir alanmı dır?
    ( ) Evet
    ( ) Hayır
    ( ) Kısmen
22. Ailenizin üniversitedeki başarınızla ilgili beklentisi nasıldır?
    ( ) Çok
    ( ) Orta
    ( ) İlgisiz
23. Üniversitedeki branşınızla ilgili kendi beklentiniz nasıldır?
    ( ) Çok
    ( ) Orta
    ( ) Az
    ( ) Önemli Değil
24. Üniversitedeki branşınız sizce nelere bağlıdır?
    ( ) Kendi yeteneğime
    ( ) Gayretime
    ( ) Şansa
    ( ) Derslerin Zorluğuna
25. Kendinizi ruhsal bakımdan sağlıklı buluyor musunuz?
    ( ) Evet
    ( ) Hayır
    ( ) Kararsızım

10. ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Afyon'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Afyonda tamamladıktan sonra, 1993 yılında Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokuluna girdi. Aynı okuldan 1997 yılında mezun olarak Afyon Cumhuriyet Lisesinde beden eğitimi öğretmeni olarak göreve başladı. 1998 yılında ise Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde okutman olarak göreve başladı. 2004 yılında Selçuk Üniversitesi Devlet Konservatuarında okutman olarak göreve başladı.

11. TEŞEKKÜR

Araştırma grubunu oluşturan Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Veteriner Fakültesi, Devlet Konservatuarı ve Sosyoloji Bölümü öğrencilerine, istatistik çalışmalarında yardımı esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Halil Taşkın'a ve Eşim Yrd. Doç.Dr. Hayri Demir'e teşekkür ederim.