

Ankara'da Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenler: Ruhsal Belirtileri, Fiziksel Etkinlik Düzeyi ve İlişkili Etkenler



Dr. Özge KARADAĞ ÇAMAN¹, Dr. Hilal ÖZCEBE²

ÖZET

Amaç: Yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenler, ruh sağlığı açısından dezavantajlı durumdadır. Bu çalışmada, koruma altındaki ergenlerin ruhsal belirtilerinin ve fiziksel etkinlik ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Ankara'da yetiştirme yurtlarında yaşayan 13-16 yaş grubu ergenler (N=166) ile yürütülmüştür. Kesitsel nitelikteki çalışmanın verileri 2008 yılında, Kısa Semptom Envanteri ve Kiddo-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğini de içeren bir anket aracılığıyla gözlem altında toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzde dağılımları, dağılım ölçütleri, gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare, t testi, ANOVA, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki ergenlerin %65,7'si erkek olup, yaş ortancası 16,0'dır. Kızlar, okula/işe gitmeyenler, okulundan memnun olmayanlar, aileleri ile görüşenler, uzun süreli hastalığı olanlar, ilaç kullananlar, uyku sorunu yaşayanlar, düzenli sigara kullananlar, ailesinde uzun süreli hastalık olanlar ve yaşam kalitesi puanı ortalamanın altında olanlar ruhsal sorunlar açısından daha yüksek riskli (RCİ-Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi>1 SS) bulunmuştur. Sporla uğraşan ergenlerin sigara, alkol, madde ve ilaç kullanma sıklıkları, RCİ ve depresyon puanları spor yapmayanlara göre daha düşük, yaşam kalitesi puanları ise daha yüksektir.

Sonuç: Yetiştirme yurtlarındaki ergenlerin ruhsal belirti düzeyi, genel ergen nüfusa göre yüksektir. Sporla uğraşan ergenlerin ruh sağlığı ve sigara, alkol, madde kullanımından kaçınma davranışları daha olumlu bulunmuştur. Ergenlerin spor konusunda teşvik edilmeleri ve yurtlarda spor olanaklarının iyileştirilmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi açısından önemli görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Ergen, Yetiştirme Yurtları, Ruh Sağlığı, Spor

SUMMARY

Adolescents Living in Orphanages in Ankara: Psychological Symptoms, Level of Physical Activity, and Associated Factors

Aim: Adolescents living in orphanages are at a disadvantage with respect to mental health. The aim of this study was to assess the distribution of psychological symptoms and their association with the level of physical activity (PA) in adolescents living in orphanages.

Method: The study group consisted of 13-16-year-old adolescents (N=166) living in orphanages in Ankara, Turkey. Data were collected cross-sectionally in 2008 via questionnaires, including the Brief Symptom Inventory and Kiddo-KINDL Health-Related Quality of Life Questionnaire. Descriptive statistics were used to summarize data, whereas chi-square, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, and t tests were used to compare groups.

Results: Median age of the participants was 16.0 years and 65.7% were male. Female gender, not going to school or work, dissatisfaction with school, contact with the family, chronic disease, chronic medication use, sleep problems, regular tobacco use, chronic disease in the family, and low quality of life score were associated with increased risk (GSI-Global Symptom Index >1 SD) for mental disorders. Physically active adolescents' use of tobacco, alcohol, other substances, and medications, as well as GSI and depression scores were lower and their quality of life scores were higher than those of their less active counterparts.

Conclusion: Prevalence of psychological symptoms in adolescents living in orphanages were higher than in the general adolescent population. Physically active adolescents' mental health indices and abstinence behaviors with regard to tobacco, alcohol, and substances were more favorable. Encouraging adolescents to participate in sports and improving sports facilities in orphanages are interventions that can promote mental health.

Key Words: Adolescent, Orphanages, Mental Health, Sports

Geliş Tarihi: 05.05.2010 - **Kabul Tarihi:** 22.12.2010

¹Asis., ²Prof., Halk Sağlığı, Hacettepe Üniv. Tıp Fak., Ankara.

Dr. Özge Karadağ Çaman, e-posta: okaradag@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Koruyucu hekimliğin önemli bir parçası olan sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırma-yı sağlayan bir kavram olarak endüstrileşmiş dünyada ortaya çıkmış, daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Herkes için sağlık” politikasında anahtar strateji olarak kabul edilmiştir (Bahar-Özvarış 2006). Bugün sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı içinde kişisel öz sorumluluk kadar olumlu çevre koşullarının da önem taşıdığı kabul edilmektedir (WHO 2006, van Lenthe ve ark. 2009).

Son yıllarda sağlığı geliştirme ve koruma kapsamında üzerinde önemle durulan konuların başında fiziksel etkinlik gelmektedir. Ne var ki teknolojinin gelişimi ve giderek daha yaygın hale gelmesi nedeniyle bireyler, özellikle de gençler daha hareketsiz bir yaşam sürmektedirler. Hareketsiz yaşamın fiziksel sağlık açısından olumsuz yönleri yaygın olarak bilinmekle birlikte, bu alanda ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar nispeten yenidir. Günümüzde fiziksel etkinliğin fiziksel sağlığın yanı sıra ruh sağlığı üzerinde de koruyucu ve iyileştirici etkisi olduğuna dair çalışma bulguları artmaktadır (Gorczynski ve Faulkner 2010, De Moor ve ark. 2006, Allison ve ark. 2005).

Fiziksel etkinlik ile oluşan duygulanım değişikliğini açıklamak üzere öne sürülen başlıca mekanizmalar arasında hipertermik model (Daley 2002), endorfin hipotezi (Boecker ve ark. 2008) ve monoamin hipotezi (Dunn ve ark. 1996, Craft ve Perna 2004) gibi fizyolojik mekanizmaların yanı sıra dikkati başka yöne çekme ve öz yeterlilik hipotezleri (Craft ve Perna 2004) bulunmaktadır.

Yapılan pek çok araştırma; çocukluk travması yaşamış ve korunmaya muhtaç çocukların ve ergenlerin ruh sağlığı sorunları açısından genel nüfusa göre daha fazla risk taşıdıklarına dair kanıtlar sunmaktadır (Bruhn ve ark. 2008, Wiik ve ark. 2010, Erol ve ark. 2010). Gençlerin özgüveni yüksek, sağlıklı ve mutlu birer erişkin olmaları için kendilerini geliştirebildikleri uygun ve destekleyici ortamlarda yetişmeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda gençlerin bilgi, beceri, sağlık hizmetleri ve bakıma ulaşımaları büyük önem taşımaktadır (UNFPA 2005).

Türkiye’de korunmaya muhtaç çocuk ve ergenlere yönelik hizmetler, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından sunulmaktadır. Bu kapsamda koruyucu aile, evlat edindirme, ayni-nakdi yardım hizmetleri ile aile yanında bakım; çocuk yuvaları, sevgi evleri, çocuk evleri, yetiştirme yurtları ve bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile kuruluştaki bakım hizmetleri mevcuttur. Ayrıca hem yatılı hem de gündüzlü hizmet veren çocuk ve gençlik merkezleri bulunmaktadır. SHÇEK, 2009 yılı sonu itibarıyla 83 çocuk yuvası, 160 çocuk evi, 18 sevgi evi, 105 yetiştirme yurdu ve 38 çocuk ve gençlik merkezinde yaklaşık 20.052 çocuk ve genç hizmet vermektedir. 0-12 yaş arası korunmaya muhtaç çocuklara çocuk yuvasında, 13-18 ve daha yukarı yaştaki ergenlere ise

yetiştirme yurtlarında hizmet sunulmaktadır. Son yıllarda daha küçük, ev ortamına yakın kuruluşlarda çocuk evleri ve sevgi evleri projeleri başlatılmış olup, bu hizmet modeli giderek yaygınlaştırılmaktadır (SHÇEK 2010). Kurum, koruma altındaki çocuk ve ergenlerin barınma, beslenme, eğitim ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarının yanı sıra sanat, spor ve destekleyici diğer etkinliklerden yararlanmaları için olanakların artırılması yönünde çalışmaktadır, ne var ki kurum hizmetlerini değerlendiren sınırlı sayıdaki çalışma, bu olanakların iyileştirilmesine rağmen henüz istenen düzeyde olmadığına işaret etmektedir (Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu 2006).

Türkiye’deki yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerde daha önce yürütülen araştırmalarının çoğu (Üstüner ve ark. 2005, Tümkiye 2005, Çakışoğlu ve Aktaş 1997, Akay Pekcanlar ve ark. 2006, Şimşek ve ark. 2007, Aral ve ark. 2006, Şimşek ve ark. 2008) gelişim sorunları ve ruhsal sorunlar üzerine odaklanmakta ve yapılan karşılaştırmalı çalışmalar, kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerin, öz aile ve koruyucu aile bakımındaki çocuk ve ergenlere göre daha fazla ruh sağlığı sorunu yaşadığını ortaya koymaktadır (Üstüner ve ark. 2005, Tümkiye 2005). Bu çalışmalarda sosyodemografik özellikler, okul ve yurt yaşamı, aile ile ilişkiler gibi ruh sağlığını etkileyebilecek çeşitli bileşenlere yer verilmekle birlikte, ergenlerin fiziksel etkinlik düzeyi ve ruh sağlığının fiziksel etkinlik düzeyi ile ilişkisini özel olarak değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Türkiye’de dezavantajlı durumdaki ergenlerin sağlığını geliştirme konusunda daha fazla araştırma gereksiniminden hareketle bu çalışmanın amacı, ruh sağlığı açısından özel önem taşıyan bir grup olan yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin; sosyodemografik özellikleri, okul ve yurt yaşamı ile ilişkili özellikleri, genel sağlık durumu ve sağlığı etkileyen bazı davranışları, fiziksel etkinlik düzeyleri ve ruhsal belirtilerini kapsayan bir durum saptaması yaparak, fiziksel etkinlik düzeyi ile ruhsal belirtileri arasındaki ilişkileri değerlendirmektir. Yurtlarda yaşayan ergenlerin fiziksel etkinlik konusunda ki motivasyonlarını ve engellerini değerlendirerek, ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik uygun müdahalelerin planlanması için bir kaynak oluşturması amaçlanan çalışmanın temel hipotezi; yetiştirme yurtlarında yaşayan ve fiziksel etkinliği yüksek olan ergenlerin ruhsal belirti düzeyinin, fiziksel etkinliği daha az olan ergenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğudur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Evren ve örneklem

Kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini, Ankara İli’nde SHÇEK’e bağlı dört yetiştirme yurdunda yaşayan 13-16 yaş grubu ergenler oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin uygulanabildiği üst yaş sınırının 16

olması nedeniyle daha büyük yaştaki ergenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada örneklem seçilmemiş, araştırma-ya katılmak için yeterli düzeyde Türkçe bilmeyen altı mülteci ergen ve mental retardasyon tanısı bulunan beş ergen dışındadır, 13-16 yaş aralığındaki tüm ergenler (N=176) çalışmaya katılmak üzere davet edilmiştir. Katılmak konusunda gönüllü toplam 170 ergenden 166 ergenin doldurduğu anketler geçerli bulunmuş, geçerli anketler üzerinden hesaplanan araştırmaya katılma yüzdesinin %96 olması nedeniyle, çalışma grubunun tüm evreni temsil ettiği kabul edilmiştir.

Veri toplama araçları

Çalışmanın veri kaynaklarını anket formu, Kısa Semptom Envanteri ve Kiddo-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeği oluşturmaktadır. Araştırmacının veri toplama aşaması, 2008 yılı Mart ayında gözlem altında anket uygulama tekniği kullanılarak tamamlanmıştır.

Anket Formu

Araştırmada kullanılan anket formunda, yetiştirme yurdunda yaşayan 13-16 yaş grubu ergenlerin sosyodemografik özellikleri, yetiştirme yurdu ile ilgili özellikleri, sağlık durumu ve sağlığı etkileyen bazı davranışları, okul/iş dışı serbest zaman etkinlikleri, spor etkinliklerine katılma düzeyleri ve yurtta-ki spor olanakları ile ilgili görüş ve önerilerini değerlendiren, çoktan seçmeli ve açık uçlu olmak üzere toplam 47 soru bulunmaktadır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory), Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, 53 maddeden oluşan Likert tipi bir belirti tarama ölçeğidir. Dokuz alt ölçek ve üç genel ölçek puanından oluşmaktadır (Derogatis ve Lazarus 1994). Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilité”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizm”dir. Genel ölçek puanları ise “Global Symptom Index-Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)-”, “Positive Symptom Total-Belirti Toplamı (BT)” ve “Positive Symptom Distress Index-Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)”dir. Ölçek genel puanı olan RCİ’deki artış, bireydeki ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. BT, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli ruhsal belirti algıladığını göstermekte, SRİ’deki artış ise bireyin kendisinde var olan belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını vermektedir.

KSE’nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilité” adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmektedir. KSE’nin Türkçe formunun ergen yaş grubu için güvenilirliğine ilişkin bulgular, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının hesaplanmasıyla elde edilmiştir. Envanterin

toplam puanı üzerinden bulunan iç tutarlılık katsayısı .94 iken madde dağılımına göre yapılan analizler sonucunda ise alt ölçeklerden elde edilen iç tutarlılık katsayılarının .70 (somatizasyon) ile .88 (depresyon) arasında değiştiği görülmüştür (Şahin ve ark. 2002).

KSE’nin kullanıldığı diğer bazı çalışmalarda (Bildik ve ark. 2004, Ünlü ve ark. 2000) olduğu gibi; ölçek genel puanı olan RCİ puan ortalamasına bir standart sapma eklenerek bulunan değere eşit veya bu değerden düşük puana sahip ergenler düşük riskli grubu, eşik değerin üzerinde puana sahip olan ergenler yüksek riskli grubu oluşturmuştur.

Kiddo-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kiddo-KINDL)-Ergen Formu çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) ölçüm aracıdır (Eser ve ark. 2008). Geçerlilik çalışmasında ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0.95, benzer kavramları ölçen araçlar ile korelasyon katsayısı 0.70, test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.80 bulunmuştur (Ravens-Sieberger ve Bullinger 1998). Ölçeğin 8-12 ve 13-16 yaş çocuk ve ergenler için kültürel uyarlanması ve Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (2004a,b) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul olmak üzere altı boyutunun yanı sıra bu altı boyutun bileşiminden oluşan toplam SYK puanı hesaplanmaktadır. Yüksek puan iyi SYK’nin göstergesidir (Eser ve ark. 2004 a,b).

Uygulama

Araştırmacının yürütülebilmesi için gerekli kurumsal izin, SHÇEK Genel Müdürlüğünden resmi yazışma yoluyla alınmıştır. Araştırmacının verileri, 2008 yılının Mart ayında, Ankara’da bulunan dört yetiştirme yurdu, hafta içi akşam saatlerinde aynı araştırmacı tarafından ziyaret edilerek toplanmıştır. Uygulama için ergenlerin akşam yemeğinin hemen ardından yurtlarda bulunan uygun salonlarda bir araya gelmesi sağlanmıştır. Araştırmacının içeriği ve amacı açıklandıktan ve araştırma ile ilgili sorular yanıtladıktan sonra ergenlerin aydınlatılmış sözlü onamları alınmış ve anket formu gözlem altında anket uygulama tekniğiyle uygulanmıştır.

Araştırma hassas konularda sorular içerdiğinden, gerçeğe uygun yanıt yüzdesini artırmak amacıyla anketlerin isimsiz olarak doldurulması istenmiş, ergenlere tekrar ulaşabilmek amacıyla ergenlerin kendileri tarafından belirlenen şifreleri anket formlarına kodlamaları sağlanmıştır. Ergenlere ikinci yurt ziyaretleri sırasında tekrar ulaşılmış ve mahremiyetin korunması sağlanarak anket sonuçları hakkında bireysel bilgi verilmiştir. Araştırma sırasında herhangi bir klinik tanı belirtmeyen, ancak ölçek puanlarına göre ruhsal bozukluklar yönünden riskli bulunan 12 ergenden tekrar ulaşılabilen altı ergen, ileri inceleme için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir. Araştırmacının sonunda SHÇEK Genel Müdürlüğü ve yurt

müdürlüklerine, araştırmacının bulgu ve sonuçları ile kurumlarına yönelik önerileri de içeren bir rapor teslim edilmiştir.

Verilerin analizi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılmış, verilerin özetlenmesinde yüzde dağılımları ve dağılım ölçütleri, gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testinin yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenler için t testi ve ANOVA, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Tüm testler için önemlilik sınırı olarak alfa değeri 0,05 alınmıştır.

KSE puanları değerlendirilirken, tüm ölçek puanları sürekli değişken olarak alınarak tanımlayıcı istatistikler verilmiş, gruplar arası karşılaştırmalarda ise envanterin daha önce kullanıldığı bazı çalışmalar (Bildik ve ark. 2004, Ünlü ve ark. 2000) göz önüne alınarak çalışma grubu, ölçek genel puanı olan RCİ puan ortalamasının bir standart sapma üstü (ruhsal bozukluklar açısından yüksek riskli ergenler) ve bir standart sapma altı (ruhsal bozukluklar açısından düşük riskli ergenler) olmak üzere ikiye ayrılmıştır.

Çalışmada kullanılan değişkenlerin fazla sayıda olması nedeniyle, bu metinde KSE ve fiziksel etkinlik ile ilgili bulgulara ağırlık verilmiş, yaşam kalitesi ile ilgili bulgular sınırlı düzeyde yer almıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Araştırma, Ankara İli içinde SHÇEK'e bağlı yetiştirme yurtlarında kalan 13-16 yaş grubu 166 ergen ile yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki ergenlerin %65,7'si erkek olup, yaş ortancası 16,0'dır. Kız ve erkek ergenler arasında yaş dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($Z=-1,080$; $p=0,280$). Araştırmaya katılan ergenlerin %86,7'si araştırmanın gerçekleştirildiği sırada okula devam etmektedir. Kızların %1,8'i, erkeklerin %10,1'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Ergenlerin %51,6'sının anne babası boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır. Kız ergenlerin %87,3'ü, erkeklerin ise %75,9'u çekirdek ve/veya geniş aileden yakınları ile görüştiklerini belirtmişlerdir (Tablo 1).

Genel sağlık durumu ve davranışları

Araştırma kapsamındaki kız ergenlerin %25,0'ı, erkeklerin ise %20,4'ü bildiği uzun süreli bir hastalığı olduğunu belirtmiştir, ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($\chi^2=0,461$; $p=0,497$). Ergenler tarafından belirtilen hastalıklar arasında ilk sırayı %18,8 ile göz hastalıkları (kırmı kusuru) alırken, ruhsal bozukluklar %15,6 ile ikinci sırada yer almıştır. Kız ergenlerin %32,1'i, erkeklerin ise %25,9'u

herhangi bir nedenle en az bir ilaç kullanmaktadır ($\chi^2=0,706$; $p=0,401$). Ergenlerin kullandıkları ilaçlar arasında psikiyatrik ilaçlar ilk sırayı (%38,6) almaktadır.

Ergenler, halen sigara, alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde: kızların %19,3'ünün, erkeklerin %23,6'sının sigara, kızların %3,5'inin, erkeklerin %18,9'unun alkol ve erkeklerin %1,9'unun uyuşturucu/uyarıcı madde kullandığını belirtmiştir. Cinsiyete göre sigara kullanımı açısından anlamlı fark bulunmazken ($\chi^2=1,278$; $p=0,734$), erkekler arasında alkol kullananların yüzdesi, kızlardan fazladır ($\chi^2=8,671$; $p=0,013$).

Kız ergenlerin %23,1'i, erkeklerin ise %19,2'si çekirdek ailelerinde uzun süreli bir hastalık olduğunu belirtmiştir, ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($\chi^2=0,555$; $p=0,758$). Çekirdek ailede var olduğu bildirilen uzun süreli hastalıklar arasında kalp ve solunum sistemi hastalıkları (%30,0) ilk sırayı alırken, ruhsal bozukluklar (%16,7) ikinci sırayı almaktadır.

Fiziksel etkinlik düzeyi

Yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin spor etkinliklerine katılımları, okuldaki beden eğitimi derslerine katılımları ve ders dışında uğraştıkları spor dalları olmak üzere iki bölümde incelenmiştir. Okula giden kızların %75,0'ı ($n=39$), erkeklerin %83,5'i ($n=71$) beden eğitimi derslerine katılmaktadır ($\chi^2=1,483$; $p=0,223$). Erkek ergenlerin ders dışı spor etkinliklerine katılma düzeyi (%84,4) ise kızlardan (%58,9) yüksektir ($\chi^2=13,073$; $p<0,001$). Spor yapan erkeklerin bir hafta içinde spora ayırdıkları ortalama gün sayısı 4,0, kızların ise 1,0 gün olup, cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($Z=-3,572$; $p<0,001$).

Beden eğitimi dersine katılanlar ($Z=-3,701$; $p<0,001$), beş seneden uzun süredir yurttan kalanlar ($Z=-2,077$; $p=0,038$), kaldığı yurtdan spor olanaklarını kullananlar ($Z=-2,102$; $p=0,036$), spor için teşvik edilenler ($Z=-2,630$; $p=0,009$), yakın arkadaşları spor yapanlar ($Z=-2,448$; $p=0,014$) ve bir spor takımında olanlar ($Z=-4,657$; $p<0,001$) daha fazla spor yapmaktadır. Kızların %57,7'si, erkeklerin ise %56,5'i yurtlarda sunulan spor olanaklarını yetersiz bulmaktadır ($\chi^2=0,009$; $p=0,923$).

Kısa Symptom Envanteri (KSE)

KSE genel puanı olan RCİ'nin ortalaması $1,15\pm0,78$ bulunmuştur. Puanların dağılımı incelendiğinde; kızların RCİ ($t=3,848$; $p<0,001$), BT ($t=2,161$; $p=0,032$) ve SRİ ($Z=-4,006$; $p<0,001$) puanları, erkeklere göre yüksektir. Kızların depresyon ($Z=-3,887$; $p<0,001$), anksiyete ($Z=-3,434$; $p=0,001$), olumsuz benlik ($Z=-3,398$; $p=0,001$), somatizasyon ($Z=-2,562$; $p=0,010$) ve hostilite ($Z=-1,971$; $p=0,049$) olmak üzere tüm alt ölçek puanlarının ortancaları da erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

TABLO 1. Ankara İli'ndeki Yetiştirme Yurtlarında Kalan 13-16 Yaş Grubu Ergenlerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Mart, 2008).

Sosyodemografik özellikler	Erkek		Kız		Z*	p*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş (yıl)						
13	18	16,7	3	5,4		
14	24	22,2	12	21,4		
15	12	11,1	12	21,4	-1,080	0,280
16	54	50,0	29	51,8		
Toplam**	108	100,0	56	100,0		
Okula devam etme durumu					x ²	p
Evet	92	84,4	52	91,2		
Hayır	17	15,6	5	8,8	1,516	0,218
Toplam	109	100,0	57	100,0		
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	98	89,9	56	98,2		
Çalışıyor	11	10,1	1	1,8	-	0,060
Toplam	109	100,0	57	100,0		***
Anne-babanın durumu						
Anne baba boşanmış / ayrı	54	52,4	27	50,0		
Anne / baba / her ikisi vefat etmiş	41	39,8	20	37,0	1,111	0,574
Anne baba evli / birlikte	8	7,8	7	13,0		
Toplam	103	100,0	54	100,0		
Yakınları ile görüşme durumu						
Görüşüyor	82	75,9	48	87,3		
Görüşmüyor	26	24,1	7	12,7	2,906	0,088
Toplam	108	100,0	55	100,0		

*Yaş dağılımları normal dağılıma uymadığı için cinsiyetler arası fark, ortanca değerler kullanılarak değerlendirilmiştir. Erkeklerin yaş ortancası 15,5 yıl, kızların 16,0 yıldır.

**Bir kız ve bir erkek ergen yaşını belirtmemiştir.

***Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Çalışma grubu, envantere ait RCİ puan ortalamasının bir standart sapma üstü (yüksek riskli) ve bir standart sapma altı (düşük riskli) olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Buna göre çalışma grubundaki tüm ergenlerin %17,6'sı ruhsal bozukluklar yönünden yüksek riskli bulunmuştur. Herhangi bir psikiyatrik tanı ya da psikiyatrik ilaç kullanımı bildiren 46 ergenin %35,6'sı, klinik tanı veya ilaç kullanımı bildirmeyen 114 ergenin ise %10,5'i yüksek riskli grupta bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($x^2=13,931$; $p < 0,001$).

Araştırma kapsamındaki yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerden kızlar ($x^2=10,250$; $p=0,001$), okula ya da işe gitmeyenler ($x^2=5,318$; $p=0,033$), okulundan memnun olmayanlar ($x^2=5,549$; $p=0,018$), aileleri ile görüşenler ($x^2=7,111$; $p=0,029$) bilinen uzun süreli bir hastalığı olanlar ($x^2=12,326$; $p<0,001$), herhangi bir nedenle ilaç kullanmakta olanlar ($x^2=11,025$; $p=0,001$), uyku sorunu yaşayanlar ($x^2=14,728$;

$p<0,001$), düzenli sigara kullananlar ($x^2=5,448$; $p=0,020$), ailesinde uzun süreli bir hastalık olanlar ($x^2=8,471$; $p=0,004$) ve toplam yaşam kalitesi puanı ortalamasının altında olanlar ($x^2=6,968$; $p=0,008$) ruhsal sorun açısından daha yüksek riskli (RCİ >1 SS) grupta bulunurken; yaş, yurttaki kalma süresi, oda arkadaşlarıyla anlaşma durumu gibi değişkenler RCİ puanı ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Yurttaki sorunlarını rahatça paylaşabildiği bir görevli olmayan ergenlerin depresyon puanının daha yüksek bulunması ($Z=-2,195$; $p=0,028$) ve düzenli sigara kullanan ($Z=-2,316$; $p=0,021$), düzenli alkol kullanan ($Z=-2,700$; $p=0,007$) ve en az bir defa uyuşturucu/uyarıcı madde kullananların ($Z=-2,369$; $p=0,018$) ruhsal belirtilerinden duydukları sıkıntı düzeyinin (SRİ puanı) daha yüksek olması öne çıkan diğer bulgular arasındadır.

TABLO 2. Ankara İli'ndeki Yetiştirme Yurtlarında Kalan 13-16 Yaş Grubu Ergenlerin Cinsiyete Göre Kısa Semptom Envanteri Genel ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Dağılım Ölçütleri (Mart, 2008).

Genel puanlar	Cinsiyet (n _{erkek} =104 ; n _{kız} =55)	Ortalama±SS	Ortanca	En küçük değer	En büyük değer	Önemlilik testi	p
RCİ *	Erkek	0,98±0,69	0,81	0,00	3,19	t=3,848	<0,001
	Kız	1,46±0,84	1,26	0,00	3,66		
BT **	Erkek	27,22±14,33	27,50	0,00	53,00	t=2,161	0,032
	Kız	32,25±13,25	33,00	0,00	53,00		
SRI ***	Erkek	1,77±0,69	1,61	0,00	3,75	Z= -4,006	<0,001
	Kız	2,23±0,76	2,36	0,00	3,80		
Alt ölçek puanları Depresyon	Erkek	1,10±0,82	0,92	0,00	3,67	Z= -3,887	<0,001
	Kız	1,79±1,08	1,75	0,00	4,00		
Anksiyete	Erkek	0,98±0,78	0,85	0,00	3,54	Z= -3,434	0,001
	Kız	1,50±0,92	1,23	0,00	3,69		
Olumsuz benlik	Erkek	0,93±0,75	0,75	0,00	3,00	Z= -3,398	0,001
	Kız	1,43±0,91	1,33	0,00	3,67		
Somatizasyon	Erkek	0,79±0,67	0,67	0,00	3,75	Z= -2,562	0,010
	Kız	1,08±0,76	1,00	0,00	3,11		
Hostilite	Erkek	1,14±0,81	1,00	0,00	4,00	Z= -1,971	0,049
	Kız	1,42±0,88	1,43	0,00	3,86		

*RCİ: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

**BT: Belirti Toplamı

***SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

Spor yapma durumu ile ilişkili etkenler

Sporla uğraşan ergenlerin beden kitle indeksleri ($t=-2,832$; $p=0,005$), sigara ($p=0,016$), alkol ($p=0,032$), madde ($p=0,031$) ve ilaç kullanma sıklıkları ($\chi^2=13,679$; $p<0,001$) spor yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 4). Sporla uğraşan ergenlerin toplam yaşam kalitesi puanları daha yüksek ($t=-2,293$; $p=0,023$), KSE'ye ait RCİ ($t=-2,136$; $p=0,034$) ve depresyon puanları ($Z=-1,985$; $p=0,047$) ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 5).

Ergenlerden haftada iki gün ve daha fazla spor yapanların SRI puanları, haftada iki günden daha az spor yapan ya da hiç spor yapmayan ergenlere göre daha düşüktür ($Z=-2,704$; $p=0,007$). Haftada iki gün ve daha fazla spor yapan ergenlerin yaşam kalitesi puanları ($t=2,118$; $p=0,036$) ve arkadaşları ile geçirdikleri süre daha fazla olup ($\chi^2=4,306$; $p=0,038$), kendilerini arkadaşları arasında daha başarılı hissetmektedirler ($\chi^2=5,403$; $p=0,020$). Benzer şekilde herhangi bir spor takımının üyesi olan ergenler de kendilerini arkadaşları arasında daha başarılı hissetmektedirler ($\chi^2=7,062$; $p=0,008$)

TARTIŞMA

Ankara İli'nde bulunan yetiştirme yurtlarındaki 13-16 yaş grubu ergenler için kesitsel nitelik taşıyan araştırma 166 ergen ile yürütülmüştür. Bu çalışmada, KSE genel puanı olan RCİ ortalaması $1,15\pm0,78$ bulunmuştur. Bu değer, KSE'nin Ankara'da 13-17 yaş grubu ergenler ile yapılan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen ortalamanın ($0,75\pm0,50$) üzerindedir. Bireyin kendisinde ne kadar çeşitli ruhsal belirti algıladığını gösteren BT ve belirtilerden duyulan sıkıntının ortalamasını veren SRI değeri de genel nüfus değerlerinden daha yüksek bulunmuştur (Şahin ve ark. 2002). Üstüner ve arkadaşları (2005), 6-17 yaş grubundaki çocuklarda sorun davranışların görülme sıklığını; öz aile yanında yaşayan çocuklarda %9,7, koruyucu aile yanında %12,9, kurum bakımındaki çocuklarda ise %43,5 bulmuşlardır. Şimşek ve arkadaşları (2008) da kurum bakımında ve ailesi yanında yaşayan 6-18 yaş çocukları ulusal örnekleme karşılaştırdıkları çalışmalarında, sorun davranışların görülme sıklığını kurum bakımında %18,3-47,0, ailesi yanında büyüyen çocuklarda %9,0-11,0 bulmuşlardır. SHÇEK'in 2006 yılı verileri

TABLO 3. Ankara İli'ndeki Yetiştirme Yurtlarında Kalan 13-16 Yaş Grubu Ergenlerin Bazı Özelliklerine Göre Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi Puanlarının Yüzde Dağılımı (Mart, 2008).

	RCİ * ≤ 1 SS**	RCİ > 1 SS	x ²	p
Cinsiyet				
Erkek (n=104)	89,4	10,6	10,250	0,001
Kız (n=55)	69,1	30,9		
Okula devam etme durumu				
Boşta *** (n=15)	60,0	40,0	5,318	0,033
Okula devam eden (n=139)	84,2	15,8		
Okul memnuniyeti				
Memnun değil (n=34)	70,6	29,4	5,549	0,018
Memnun (n=86)	88,4	11,6		
Görüşülen aile bireyi / bireyleri				
Hem çekirdek hem geniş aile üyeleri (n=26)	65,4	34,6	7,111	0,029
Çekirdek aile üyesi (n=60)	80,0	20,0		
Hiç kimse (n=31)	93,5	6,5		
Bilinen uzun süreli hastalık				
Var (n=34)	61,8	38,2	12,326	<0,001
Yok (n=123)	87,8	12,2		
Halen ilaç kullanma durumu				
Kullanan (n=44)	65,9	34,1	11,025	0,001
Kullanmayan (n=113)	88,5	11,5		
Uyku sorunu				
Var (n=66)	68,2	31,8	14,728	<0,001
Yok (n=82)	92,7	7,3		
Sigara kullanma durumu				
Her gün düzenli kullanan (n=24)	66,7	33,3	5,448	0,020
Hiç denemeyen (n=98)	86,7	13,3		
Yaşam kalitesi düzeyi				
≤ Ortalama puan (n=72)	73,6	26,4	6,968	0,008
>Ortalama puan (n=80)	90,0	10,0		
Ailede uzun süreli hastalık				
Var (n=31)	64,5	35,5	8,471	0,004
Yok (n=103)	87,4	12,6		

*RCİ: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

**SS: Standart sapma

***Okula gitmeyen ve gelir getiren bir işte çalışmayan ergenler

de çocukların %45,5'inin, kurum bakımı altında uyum sorunu ya da psikolojik sorunla karşılaştığını göstermektedir (Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu 2006).

Çalışma grubunda herhangi bir psikiyatrik tanı ya da psikiyatrik ilaç kullanımı bildiren ergenler KSE puanlarına göre değerlendirildiğinde, bu ergenlerin yaklaşık üçte biri (%35,6) ruhsal bozukluklar açısından yüksek riskli bulunmuştur. Bu durum, ruhsal bozuklukların tanısında kullanılan klinik görüşmeler ile tarama amaçlı kullanılan ölçekler arasındaki farklardan (Furukawa 2010, Zimmerman ve ark. 2010) ve/veya klinik tanısı olan ya da ilaç kullanan ergenlerin araştırmanın yürütüldüğü dönemde ruhsal belirtilerinin daha az

olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan tarama amaçlı kullanılan ölçeklerin duyarlılığının yüksek olması beklenmekte ve mevcut durum, KSE'nin kullanıldığı bu ve daha önceki bazı çalışmalarda risk grubu ayırımında kullanılan kesim noktasının klinik kayıtlara dayalı çalışmalarla tekrar değerlendirilmesi gereğine işaret etmektedir.

Çalışmada klinik tanı veya ilaç kullanımı bildirmeyen 114 ergenin 12'si (%10,5) ruhsal bozukluklar açısından yüksek riskli grupta bulunmuştur. Bu durum, ergenler tarafından var olan tanı ya da ilaç kullanımı bildiriminin düşük olmasına bağlı olabilir. Diğer taraftan bu bulgu, korunmaya muhtaç ergenler gibi dezavantajlı gruplarda KSE gibi tarama ölçeklerinin kullanımının, daha önce tanısı bulunmayan ergenler arasında

TABLO 4. Ankara İli'ndeki Yetiştirme Yurtlarında Kalan 13-16 Yaş Grubu Ergenlerin Spor Yapma Durumlarına Göre Sağlıkla İlişkili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Mart, 2008).

Halen ilaç kullanma durumu						
	Kullanan		Kullanmayan			
Spor Yapma Durumu	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	x ²	p
Spor yapan (n=143)	33	23,1	110	76,9	13,679	<0,001
Spor yapmayan (n=21)	13	61,9	8	38,1		
Sigara kullanma durumu						
	Hiç kullanmayan		Her gün düzenli kullanan			
Spor yapan (n=112)	94	83,9	18	16,1	-	0,016*
Spor yapmayan (n=16)	9	56,2	7	43,8		
Alkol kullanma durumu						
	Hiç kullanmayan		Haftada en az bir defa kullanan			
Spor yapan (n=109)	106	97,2	3	2,8	-	0,032*
Spor yapmayan (n=17)	14	82,4	3	17,6		
Madde kullanma durumu**						
	Hiç kullanmayan		En az bir defa kullanan			
Spor yapan (n=144)	140	97,2	4	2,8	-	0,031*
Spor yapmayan (n=18)	15	83,3	3	16,7		

*Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulanmıştır.

**Madde terimi, sigara ve alkol dışındaki uyuşturucu ya da uyarıcı maddeler için kullanılmıştır.

yüksek riskli olanların bulunması ve uygun merkezlere yönlendirilmeleri açısından faydalı olabileceği yönündedir.

Çalışmada kız ergenlerin ruh sağlığı durumlarına ait tüm genel ve alt boyut puanları erkeklere göre yüksek bulunmuş olup; bu durum yurtlarda yaşayan kız ergenlerin, ruhsal sorunlar açısından erkeklere göre daha fazla risk altında olduklarına işaret etmektedir. Benzer şekilde Tümkiye (2005), yetiştirme yurdunda kalan kız ergenlerin umutsuzluk düzeyinin erkeklerden yüksek olduğunu bulmuş, Çakışoğlu ve arkadaşları (2007) da kurum bakımı altındaki 14-17 yaş grubu kız ergenlerin ruhsal belirtilerinin erkeklerden fazla olduğunu belirtmiştir. Şimşek ve arkadaşlarının (2008) bulguları ise kurum bakımındaki kızlarda depresyon, kaygı bozuklukları, sosyal içe dönüklük gibi içe yönelim sorunlarının, erkeklerde ise kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar gibi dışa yönelim sorunlarının daha fazla olduğu yönündedir. Kaynaklarda ruhsal sorunlar açısından cinsiyetler arasındaki farklılıklara yaygın olarak işaret edilmekte ve bu farkın ergenlik döneminde belirginleşmeye başladığı belirtilmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu fark, beyin gelişimine ve işleyişine etki eden hormonal mekanizmalar (Martel ve ark. 2009) ile ilişkilendirilmesinin yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimdeki farklar vb.

toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi (Chibber ve ark. 2008), kız ergenlerin cinsel istismara daha fazla uğraması vb. travma öyküleri gibi cinsiyetlere göre farklı çevresel etkenlerle de ilişkilendirilmektedir (Chamberlein ve ark. 2006).

Okula ya da işe gitmeyen ergenlerin ruhsal belirti düzeyi, okula devam eden ergenlere göre yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan pek çok araştırma, okula devam eden ergenlerin sağlık düzeyinin, okuldan ayrılan ergenlere göre yüksek olduğuna ve eğitim düzeyinin artışı ile birlikte sağlık göstergelerinin iyileştiğine işaret etmektedir. Okuldan ayrılmak ise sigara, madde kullanımı, fiziksel etkinliğin azalması vb. riskli davranışlar ile ilişkilendirilmektedir (Freudenberg ve Ruglis 2007). Kaynaklar ayrıca, okuldan ayrılan ergenlerin ruhsal sorunlar açısından daha fazla risk altında olduklarına dair kanıtlar sunmaktadır (Nesman 2007, Tramontina ve ark. 2001). Akay ve arkadaşları (2006), kız yetiştirme yurdundaki ergenlerden eğitim düzeyi yüksek olanların anksiyete ve depresyon puanlarını anlamlı düzeyde düşük bulmuşlardır.

Yurt yaşamı ile ilgili değişkenlere göre yurttaki sorunlarını rahatça paylaşabildiği bir görevli olmayan ergenlerin depresyon puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Şimşek ve

TABLO 5. Ankara İli'ndeki Yetiştirme Yurtlarında Kalan 13-16 Yaş Grubu Ergenlerin Spor Yapma Durumlarına Göre Bazı Ölçek Puanlarının Dağılımı (Mart, 2008).

Spor Yapma Durumu	RCİ *		
	(Ort±SS)**	t	p
Spor yapan (n=139)	1,10±0,73		
Spor yapmayan (n=20)	1,49±1,00	-2,136	0,034
	Depresyon		
	(Ortanca)	Z	p
Spor yapan (n=139)	1,00		
Spor yapmayan (n=20)	1,83	-1,985	0,047
	Toplam yaşam kalitesi		
	(Ort±SS)**	t	p
Spor yapmayan (n=19)	46,47±15,60		
Spor yapan (n=133)	53,80±12,64	-2,293	0,023

*RCİ: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

**Ortalama±Standart Sapma

arkadaşları (2007 ve 2008) da yurt görevlileri ile anlaşamayan ergenlerde ruhsal sorunların daha fazla görüldüğünü ve bakım verenlerin destekleyici yaklaşımının koruyucu bir faktör olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgular, yurt görevlilerinin ergenlerin yaşamında önemli yer tuttuğuna işaret etmekte ve görevlilerin ergene olan yaklaşımının vurgulanmasına neden olmaktadır.

Ruhsal durum, sağlık ve yaşam tarzı ile ilgili değişkenlere göre değerlendirildiğinde, bilinen uzun süreli hastalığı olan ergenler ruhsal sorunlar açısından daha riskli bulunmuştur. Araştırmanın bulguları, kronik hastalık varlığının, bireylerin ruhsal durumlarını olumsuz etkilediğine dair kanıtlar sunan kaynakları desteklemektedir (Lando ve ark. 2006, Dişçiğil ve Özkısacık 2006). Çalışmada düzenli sigara kullanan ergenlerde ruhsal belirti düzeyi daha yüksek bulunurken; düzenli sigara kullanan, alkol kullanan ve en az bir defa uyuşturucu/uyarıcı madde kullananların ruhsal belirtilerinden duydukları sıkıntının düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sigara, alkol ve madde kullanımı ile diğer ruhsal bozuklukların birlikte bulunması gözden geçirilen kaynaklar ile uyumludur (Şimşek ve ark. 2008, Gouzoulis-Mayfrank 2008, Chang ve ark. 2005).

Çalışmanın bulgularına göre ergenlerin ruhsal belirti düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi puanları düşmektedir. Ruh sağlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi destekleyen bu bulgular daha önce yapılan diğer çalışmalar ile benzerdir. Bilge ve arkadaşları (2008), İzmir'deki bir erkek yetiştirme yurdunda, ergenlerin ruhsal belirtileri arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğünü bulmuşlardır. Carbone ve arkadaşları (2007) da 13-17 yaş grubu korunmaya muhtaç ergenlerle yürüttükleri

çalışmalarında, ruh sağlığı sorunu yaşayanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışma kapsamında temel bağımsız değişken olarak değerlendirilen fiziksel etkinlik, ergenlerin ruh sağlığı ve bazı sağlık davranışları ile ilişkili bulunmuştur. Çalışma grubunda erkek ergenlerin fiziksel etkinliklere katılma düzeyi ve süresi kızlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. DSÖ'nün 2001-2002 yıllarında yürüttüğü uluslararası araştırma kapsamındaki tüm ülkelerde de erkek ergenlerin, kızlara göre her gün en az bir saat daha fazla fiziksel etkinlikte bulunduğu bildirilmektedir (Currie ve ark. 2004). Kaynaklara göre çocuk ve gençlerin çoğunun fiziksel etkinlik düzeyi yaşla birlikte azalmaktadır. Örneğin 18 yaşındaki ergenler, 12 yaşındaki fiziksel etkinliklerinin yaklaşık yarısını yapmakta, ancak erkekler tüm bu süreç boyunca kızlara göre daha aktif olmayı sürdürmektedirler (Meredith ve Dawyer 1991).

Fiziksel etkinlik ve ruh sağlığı ilişkisini araştıran daha önceki çalışmalar (Tessier ve ark. 2007, Bernaards 2006), fiziksel egzersizin, özellikle düzenli uygulandığında, ruh sağlığını olumlu etkilediğine ve düzenli egzersiz yapan bireylerde özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha az görüldüğüne işaret etmektedir (De Moor ve ark. 2006). Bu konudaki çalışmalar sağlıklı grupların yanı sıra ruhsal bozukluğu olan gruplar ile de yapılmış ve fiziksel etkinliğin ruhsal sorunların tedavisine olumlu katkı sağladığına dair bulgular elde edilmiştir (Gorczyński ve Faulkner 2010).

Bu çalışmada da herhangi bir spor yapan ergenlerin RCİ ve depresyon puanları, spor yapmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Haftada iki gün ve daha fazla spor

yapan ergenlerin ortalama SRİ puanı da daha düşüktür. DSÖ (2008), düzenli fiziksel etkinliğin gençlerde sigara, alkol, madde kullanımı gibi riskli davranışları azalttığını bildirmektedir. Araştırmanın bulguları da bu ilişkiyi desteklemektedir. Buna göre herhangi bir sporla uğraşan ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanma sıklıkları spor yapmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Gençlerin psikososyal gelişimleri sürecinde başarı ve kendini gerçekleştirme önemli bir yere sahiptir. Fiziksel etkinlik ve kendine güvende artış ile ilgili bir teoriye göre, fiziksel etkinlik fiziksel becerileri geliştirmekte ve sonuç olarak kişinin özgüvenini artırmaktadır (Bahrke ve Morgan, 1978). Bu çalışmanın bulguları da spora daha fazla süre ayıran ya da spor takımı üyesi olan ergenlerde kendisini arkadaşları arasında başarılı hissedendenlerin payının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre beden eğitimi dersine katılanlar, yakın arkadaşları spor yapanlar, spor için teşvik edilenler ve kaldığı yurdun spor olanaklarını kullananlar daha fazla spor yapmaktadırlar. Bu bulgular, sağlığı geliştirme yaklaşımında çevresel etkenlerin rolünü vurgulamakta ve yetiştirme yurdunda yaşayan ergenlerin fiziksel etkinlik düzeyini artırmak için planlanacak müdahaleler açısından önem taşımaktadır.

Mevcut çalışma, yetiştirme yurdunda yaşayan ergenler ile ilgili önemli bulgular sunmakla birlikte ele alınması gereken bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan sağlık davranışları, klinik tanı ve ilaç kullanımı gibi çoğu değişkenin katılımcıların açıklamalarına dayalı olması bu sınırlılıklar arasındadır. Kaynaklarda, ergenlerde fiziksel etkinlik, madde kullanımı gibi sağlık davranışları ile ilgili katılımcıların açıklamalarına dayalı verilerin geçerliliğini kanıtlayan bulgular (Trost ve ark. 2007, Donohue ve ark. 2007, Brener ve ark. 2003, Sawatzky ve ark. 2010) artmakla birlikte, özellikle klinik tanımlar için sağlık kayıtlarının kullanılması, ileride yapılacak araştırma verilerinin kalitesini artıracaktır. Çalışmada

Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ergenlerde yapılmış ölçekler kullanılmış olmakla birlikte ruhsal bozukluklar için tanı koydurucu klinik görüşmeler yapılmamış ve değerlendirme ruhsal belirtiler üzerinden yapılmıştır. Bu konuda yapılandırılmış klinik görüşmelerle desteklenen çalışmalar, mevcut bulguların geçerliliğini ortaya koymak açısından bilimsel birikime katkı sağlayacaktır. Çalışma, belirtilen sınırlılıklarına rağmen, sağlık ve yaşam kalitesi ile ilgili ileri araştırmalarının yapılması ve müdahalelerin planlanması gereken yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenler ile ilgili önemli ipuçları sunmaktadır.

SONUÇ

Yetiştirme yurtlarındaki ergenler, ruhsal durumlarına ait ölçek puanları, klinik tanı konma ve ilaç kullanma düzeyleri göz önüne alındığında, genel ergen nüfusa göre dezavantajlı konumdadır. Yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin ruh sağlığı ile ilişkili bulunan etkenlerin, ergenlerin sağlıklarının geliştirilmesi ve korunmasına yönelik izlemleri sırasında dikkate alınması gerekmektedir. Bu etkenler, ruhsal sorunların önlenmesi ya da var olan sorunların erken tanınması için ruh sağlığı hizmetine gereksinimi bulunan ergenlerin tespiti konusunda yol gösterici olabilir. Yetiştirme yurtlarında yaşayan çocuk ve ergenlerin; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerinden bütüncül ve kesintisiz bir biçimde yararlanmalarının sağlanması, ruhsal sorunların ve ilaç kullanımının en aza indirilmesi açısından faydalı olacaktır.

Korunmaya muhtaç çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı, sadece “sağlık sorunlarının çözümü”nden ibaret olmamalı; mevcut sağlık hizmeti modeli, sağlığın korunması ve geliştirilmesi boyutunu da içerecek biçimde genişletilmelidir. Bu anlamda ergenlerin yaşadıkları çevrenin de sağlığı geliştirme kavramı içinde ele alınması önem taşımaktadır. Ergenlerin yaşam becerilerinin desteklenmesi, düzenli spor yapmak konusunda teşvik edilmeleri ve yurtlardaki spor olanaklarının iyileştirilmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi açısından önemli gözükmektedir.

KAYNAKLAR

- Akay Pekcanlar A, Miral S, Baykara B ve ark. (2006) Socio-demographic features and emotional-behavioral problems in a girl's orphanage in Turkey. *Ege Tıp Dergisi*, 45(1): 39-45.
- Allison KR, Adlaf EM, Irving HM ve ark. (2005) Relationship of vigorous physical activity to psychological distress among adolescents. *J Adolesc Health*, 37: 164-166.
- Aral N, Gürsoy F, Yıldız Bıçakçı M (2006) Yetiştirme yurdunda kalan ve kalmayan kız ergenlerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* (www.e-sosder.com), 5(16): 10-19.
- Bahar Özvarış Ş (2006) Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı*, Ç. Güler ve L. Akın (Ed.), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s.1133.
- Bahrke MS, Morgan WP (1978) Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cognit Ther Res*, 2: 323-333.
- Bernaards C (2006) Role of physical activity in preventing mental health

- problems; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 08.08.2008’de <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/NL0607NU05.htm> adresinden indirildi.
- Bildik T, Büküşoğlu N, Kesikçi H (2004) Çalışan ergenlerin psikososyal sorunları ve kendi çözüm önerileri. *Ege Tıp Dergisi*, 43(2): 105-111.
- Bilge A, Pektaş İ, Ünal G ve ark. (2008) Erkek yetiştirme yurdunda kalan gençlerin ruhsal durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi*, 24(2): 41-50.
- Boecker H, Sprenger T, Spilker ME ve ark. (2008) The runner's high: opioidergic mechanisms in the human brain. *Cereb Cortex*, 18(11): 2523-31.
- Brener ND, Billy JO, Grady WR ve ark. (2003) Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health*, 33(6): 436-57.
- Bruhn CM, Duval D, Louderman R (2008) Centralized assessment of early developmental delays in children in foster care: A program that works. *Child Youth Serv Rev*, 30(5): 536-45.
- Carbone JA, Sawyer MG, Searle AK ve ark. (2007) The health-related quality

- of life of children and adolescents in home-based foster care. *Qual Life Res*, 16(7): 1157-66.
- Chamberlain P, Leve LD, Smith DK (2006) Preventing Behavior Problems and Health-risking Behaviors in Girls in Foster Care. *Int J Behav Consult Ther*, 2(4): 518-530.
- Chang G, Sherritt L, Knight JR (2005) Adolescent cigarette smoking and mental health symptoms. *J Adolesc Health*, 36(6): 517-522.
- Craft LL, Perna FM (2004) The Benefits of Exercise for the Clinically Depressed. *J Clin Psychiatry*, 6(3): 104-111.
- Çakışoğlu M, Aktaş Y (1997) Yetiştirme yurdunda kalan gençlerde ruhsal belirtiler, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 4(2): 74-83.
- Daley AJ (2002) Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? *Adv Psychiatr Treat*, 8: 262-270.
- De Moor MHM, Beem AL, Stubbe JH ve ark. (2006) Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study. *Prev Med*, 42: 273-279.
- Derogatis LR (1992) The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and procedures manual-II. USA, Clinical Psychometric Research Inc.
- Derogatis LR, Lazarus L (1994) SCL 90-R Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment, ME Maruish (Ed), Lawrence Erlbaum Associates, s.217-248.
- Dişçigil G, Özkısacık E (2007) Impact of Mediterranean lifestyle on quality of life - A sample of East Mediterranean community. *Middle East Journal of Family Medicine*, 5(3): 8-12.
- Donohue B, Hill HH, Azrin NH ve ark. (2007) Psychometric support for contemporaneous and retrospective youth and parent reports of adolescent marijuana use frequency in an adolescent outpatient treatment population. *Addict Behav*, 32(9): 1787-1797.
- Dunn AL, Reigle TG, Youngstedt SD ve ark. (1996) Brain norepinephrine and metabolites after treadmill training and wheel running in rats. *Med Sci Sports Exerc*, 28: 204-209.
- Erol N, Simsek Z, Münir K (2010) Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(2):113-24.
- Eser E, Yüksel H, Baydur H ve ark. (2008) Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 19(4): 409-417.
- Eser E, Yüksel H, Baydur H ve ark. (2004a) KID-KINDL yaşam kalitesi ölçeği çocuk formu Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu (8-10 Nisan 2004, İzmir), Program ve Özet Kitabı, İzmir, s.79.
- Eser E, Yüksel H, Baydur H ve ark. (2004b) KIDDO-KINDL (KINDL ergen formu) yaşam kalitesi ölçeği Türkçe sürümü geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu (8-10 Nisan 2004, İzmir), Program ve Özet Kitabı, İzmir, s.78.
- Freudenberg N, Ruglis J (2007) Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis*, 4(4): A107.
- Furukawa TA (2010) Assessment of mood: guides for clinicians. *J Psychosom Res*, 68(6): 581-9.
- Gorczyński P, Faulkner G (2010) Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 5. Art. No: CD004412. DOI: 10.1002/14651858.CD004412.pub2.
- Gouzoulis-Mayfrank E (2008) Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders--theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortsschr Neurol-Psychiatr*, 76(5): 263-71.
- Lando J, Williams SM, Sturgis S ve ark. (2006) A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Prev Chronic Dis*, 3(2): A61.
- Martel MM, Klump K, Nigg JT ve ark. (2009) Potential hormonal mechanisms of attention-deficit/hyperactivity disorder and major depressive disorder: a new perspective. *Horm Behav*, 55(4): 465-79.
- Meredith CN, Dwyer JT (1991) Nutrition and exercise: effects on adolescent health. *Annu Rev Public Health*, 12: 309-33
- Nesman TM (2007) A participatory study of school dropout and behavioral health of Latino adolescents. *J Behav Health Serv Res*, 34(4): 414-430.
- Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res*, 7(5): 399-407.
- Sawatzky R, Ratner PA, Johnson JL ve ark. (2010) Self-reported physical and mental health status and quality of life in adolescents: a latent variable mediation model. *Health Qual Life Outcomes*, 3(8): 17.
- Şahin NH, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 44-56.
- Şahin NH, Durak Batıgün A, Uğurtaş S (2002) Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı, *Türk Psikiyatri Derg*, 13(2): 125-135.
- Şimşek Z, Erol N, Öztıp D ve ark. (2007) Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Child Youth Serv Rev*, 29: 883-899.
- Şimşek Z, Erol N, Öztıp D ve ark. (2008) Kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerde davranış ve duygusal sorunların epidemiyolojisi: ulusal örneklemede karşılaştırmalı bir araştırma. *Türk Psikiyatri Derg*, 19(3): 235-246.
- T.C. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü (2010) Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu 2009 Yılı Faaliyet Raporu. Ankara, SHÇEK Genel Müdürlüğü, s.56, 20-24.
- T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (2006) SHÇEK Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi, Nihai Rapor. Ankara, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Sosyal Riski Azaltma Projesi Birimi, s. 5-14.
- Tessier S, Vuillemin A, Bertrais S ve ark. (2007) Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Prev Med*, 44: 202-208.
- Tümekaya S (2005) Ailesi yanında ve yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(4): 445-459.
- Tramontina S, Martins S, Michalowski MB ve ark. (2001) School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *Can J Psychiatry*, 46(10): 941-7.
- Trost SG, Marshall AL, Miller R ve ark. (2007) Validation of a 24-h physical activity recall in indigenous and non-indigenous Australian adolescents. *J Sports Sci Med*, 10(6): 428-35.
- UNFPA (2005) Investing in Adolescents and Youth Can Yield Wide-Ranging Dividends. 08.07.2008'de <http://www.unfpa.org/adolescents/investing.htm> adresinden indirildi.
- Ünlü M, Aygündüz M, Acar A ve ark. (2000) Astmalı hastalarda psikolojik semptomların değerlendirilmesi gerekli midir? *Solunum Hastalıkları*, 11: 119-125.
- Üstüner S, Erol N, Şimşek Z (2005) Korumacı aile bakımı altındaki çocukların davranış ve duygusal sorunları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(3): 130-140.
- van Lenthe FJ, de Bourdeaudhuij I, Klepp KI ve ark. (2009) Preventing socioeconomic inequalities in health behaviour in adolescents in Europe: background, design and methods of project TEENAGE. *BMC Public Health*, 8(9): 125.
- WHO (2006) Health Promotion in a Globalized World. Report by the Secretariat. Fifty-Ninth World Health Assembly, A59/21. Geneva.
- Wiik KL, Loman MM, Van Ryzin MJ ve ark. (2010) Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, [Epub ahead of print].
- World Health Organization (2008) Benefits of physical activity. 12.08.2008'de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html.
- Zimmerman M, Ruggero CJ, Galione JN ve ark. (2010) Detecting differences in diagnostic assessment of bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis*, 198(5): 339-42.