



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**DEPRESİF BELİRTİLER, PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE SIKINTIYA TOLERANSSIZLIK
BAĞLAMINDA ANNE KIZ BENZERLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLPERİ ÇAYLAK

İSTANBUL, 2021



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**DEPRESİF BELİRTİLER, PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE SIKINTIYA TOLERANSSIZLIK
BAĞLAMINDA ANNE KIZ BENZERLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GÜLPERİ ÇAYLAK
(180131040)**

**Danışman
(Prof. Dr. İsmet Kırpınar)**

İSTANBUL, 2021

14/ 07/2021

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı'nda 180131040 numaralı Gülperi ÇAYLAK'ın hazırladığı "Depresif Belirtiler, Psikolojik Dayanıklılık ve Sıkıntıya Toleranssızlık Bağlamında Anne Kız Benzerliği" konulu Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 14/07/2021 Çarşamba günü saat 09:30'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** karar verilmiştir.

Düzeltilme verilmesi halinde:

Adı geçen öğrencinin Tez Savunma Sınavı .../.../20... tarihinde, saat da yapılacaktır.

Tez Adı Değişikliği Yapılması Halinde: Tez admın
.....
.....
..... şeklinde değiştirilmesi uygundur.

| Jüri Üyesi | Tarih | İmza |
|-------------------------------------|----------------|--------------|
| (Danışman) Prof. Dr. İsmet KIRPINAR | 14/ 07/2021 | KABUL |
| Prof. Dr. Sefa SAYGILI | 14/ 07/2021 | KABUL |
| Prof Dr. İbrahim BALCIOĞLU | 14/ 07/2021 | KABUL |
| (İkinci Danışman) *..... | .../ .../20... | |
| *..... | .../ .../20... | |

*2. Danışman varsa doldurulacak

BEYAN/ ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gülperi Çaylak

TEŐEKKÜR

Bu alıŐma s¼recince bana yol g¼steren, destek ve yardımlarımı esirgemeyen saygıdeğer tez danıŐmanım Prof. Dr. İsmet Kırpınar'a;

Her zaman danıŐabildięim yardımlarımı esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Melek Astar'a;

Tez s¼recinde deneyimlerinden yararlanabildiğim, yardımlarımı esirgemeyen Doç. Dr. Arkun Tatar'a;

Veri toplama s¼reci boyunca yılmadan yardımlarımı esirgemeyen destek olan Sıla S¼rpriz ve Hatice Nur Bayat'a;

Tez yazım aŐaması boyunca beni destekleyen yanımda olan Meryem AyŐe amcı ve RevŐan Yağizer'e;

Çalışma sırasında danıŐtıęim arkadaŐlarım Yunus Bal, Esmá Nur Bayraktarlı, Seher Sevimli, Emre TavŐanoęlu, İlayda Yıldız ve değerli sınıf arkadaŐlarıma;

Her zaman yanımda olan aileme ve kendime;

Sonsuz teŐekk¼rlerimi sunarım.

G¼lperi aylak

**DEPRESİF BELİRTİLER, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE
SİKINTIYA TOLERANSSIZLIK BAĞLAMINDA ANNE KIZ
BENZERLİĞİ
Gülperi Çaylak**

ÖZET

Bu çalışma anne ve anneleriyle yaşamakta olan kızlarının sıkıntıya toleranssızlık, depresif belirtiler ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilişkisi ve benzerliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Anne ve kızların üç faktör açısından ne düzeyde ilişkili olduğu, ayrıca ne düzeyde benzerlik gösterdikleri incelenmiştir. Veri toplama araçları olarak Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği (STÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve Sosyodemografik Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Türkiye genelinden 37- 66 yaş arası (ort. 49,85 ± 6,24) 174 anne ve 18-30 yaş arası (ort. 23,53 ± 2,50) 174 kızları olmak üzere toplamda 348 bireye uygulanmıştır. İlk olarak yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucuna göre annenin sıkıntıya toleranssızlık puanları ile kızlarının arasında pozitif iyi yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eşleştirilmiş t-testi sonucunda anneler ve kızlarının sıkıntıya toleranssızlık toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Annenin depresyon puanı ile kızın depresyon puanı arasında pozitif iyi yönde ilişki tespit edilmiş, yapılan eşleştirilmiş t-testi sonucuna göre anneler ve kızlarının depresyon puanları arasında farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anne ve kızlarının psikolojik dayanıklılık puanlarının korelasyon kat sayıları hesaplanmış, pozitif yönde kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Eşleştirilmiş t-testi sonucunda anne ve kızlarının psikolojik dayanıklılık toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Son olarak sosyodemografik değişkenlere göre anne ve kız grupları içlerinde bağımsız t-testi ile tek yönlü varyans analizi karşılaştırması yapılmıştır. Sonuç olarak anne ve

kızın sıkıntıya toleranssızlık, depresif belirtiler ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde ilişki ve benzerlik saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Anne-kız ilişkisi, anne-kız benzerliği, sıkıntıya toleranssızlık, depresif belirtiler, psikolojik dayanıklılık

**THE SIMILARITY OF MOTHER DAUGHTER IN CONTEXT OF
DEPRESSIVE SYMPTOMS, RESILIENCE AND DISTRESS
INTOLERANCE**
Gülperi Çaylak

ABSTRACT

The purpose of the present study was to examine the relationship and similarity of mother and daughters, living with mother in context of distress intolerance, depressive symptoms and resilience level. It was investigated what extent mothers and daughters were related in terms of three factors and to what extent they showed similarity. The Distress Intolerance Scale (DS), the Beck Depression Scale (BDS), the Resilience Scale (RS) and the Sociodemographic Personal Information Form were used as data collection instruments. They were administered to a total of 348 people from Turkey, 174 mothers aged 37-66 years (mean= 49.85 ± 6.24) and 174 daughters aged 18-30 years (mean= 23.53 ± 2.50). Firstly, according to the results of Pearson Correlation analysis, it was determined that there was an association in a positive side between the point of the mother's intolerance to distress and their daughters. As a result of the paired t-test, no statistically significant difference was found between the mean total scores of distress intolerance of mothers and daughters. A positive relationship was discovered between the mother's and the daughter's depression scores, and based on the results of the paired t-test, it was concluded that there was no difference between the mother's and her daughter's depression scores. Moreover, correlation coefficients of the maternal and daughter resilience scores were calculated and a strong positive correlation was found. In the result of the paired t-test, it was found that there was no statistically significant difference between the total resilience scores of mothers and daughters. Finally, independent t-test and one-way analyzes of variance within the mother and daughter groups were compared according to sociodemographic

variables. As a result, a relationship and similarity were noted in terms of the degree of distress intolerance, depressive symptoms, and resilience of mother and daughter.

Key words: *mother-daughter relationship, mother-daughter similarity, distress intolerance, depressive symptoms, resilience*

ÖNSÖZ

Anne ve baba çocuğun doğduğu andan itibaren hayatının en temel yapısıdır. Çocuğun gerek fiziksel gerek psikolojik gelişiminde çok önemli rol oynamaktadırlar. Annenin çocuğa karşı olan tutumu ve ilgisi, çocuğun anneyi gözlemleyerek model alması veya annenin çocuğuna genetik aktarımı, yani anne ve çocuk arasındaki etkileşimler çocuğun üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Bu çalışmanın amacı da annelerin ve anneleri ile birlikte yaşamaya devam eden 18-30 yaş aralığındaki kızların depresif belirtiler, psikolojik dayanıklılık ve sıkıntıya toleranssızlık bağlamında benzerlik ve ilişkilerini incelemektir. Çalışmaya vakit ayırarak Türkiye'nin her bölgesinden ankete beraber katılan anne ve kız katılımcılara teşekkürü borç bilir, araştırmanın psikoloji literatürüne katkı sağlamasını dilerim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| ÖZET | v |
| ABSTRACT | vii |
| ÖNSÖZ..... | ix |
| TABLO LİSTESİ | xii |
| ŞEKİL LİSTESİ | xv |
| KISALTMALAR..... | xvi |
| GİRİŞ..... | 1 |
| BİRİNCİ BÖLÜM | 4 |
| 1. KURAMSAL ÇERÇEVE | 4 |
| 1.1. DEPRESYON..... | 4 |
| 1.1.1. Depresyon Tanımı | 4 |
| 1.1.2. Depresyonun Belirtileri | 5 |
| 1.1.3. Epidemiyolojisi | 8 |
| 1.1.4. Etiyolojisi | 9 |
| 1.1.5. Kuramlar | 10 |
| 1.1.6. Anne Çocuk-Kız İlişkisi İle İlgili Araştırmalar..... | 13 |
| 1.2. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK | 15 |
| 1.2.1. Dayanıklılık (Resilience) Sözlük Ve Kavram Tanımı | 15 |
| 1.2.2. Psikolojik Dayanıklılık Ortaya Çıkışı | 16 |
| 1.2.3. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler | 18 |
| 1.2.3.1. Risk Faktörleri | 18 |
| 1.2.3.1.1. Bireysel, Ailesel ve Çevresel Risk Faktörleri..... | 19 |
| 1.2.3.2. Koruyucu Faktörler | 21 |
| 1.2.3.2.1. Ailesel Koruyucu Faktörler | 21 |
| 1.2.3.2.2. Bireysel Koruyucu Faktörler | 23 |
| 1.2.3.3. Psikolojik Dayanıklılığın Kişiler Üzerindeki Pozitif Etkileri | 24 |
| 1.2.3.4. Psikolojik Dayanıklılık ve Depresyon İlişkisi | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 1.3. SIKINTIYA TOLERANSSIZLIK | 28 |
| 1.3.1. Sıkıntıya Tolerans Tanımı..... | 28 |
| 1.3.2. Sıkıntıya Toleranssızlık | 31 |
| 1.3.3. Sıkıntıya Tolerans Kuramsal Açıklaması..... | 32 |
| 1.3.4. Sıkıntıya Tolerans Anne-Çocuk İlişkisi | 33 |
| 1.3.5. Sıkıntıya Tolerans ve Depresyon Çalışmaları | 36 |
| 1.3.6. Sıkıntıya Tolerans ve Psikolojik Dayanıklılık Çalışmaları | 38 |
| 1.3.7. Sıkıntıya Tolerans ve Diğer Çalışmalar..... | 39 |
| 1.4. AMAÇ | 43 |
| İKİNCİ BÖLÜM | 44 |
| 2. YÖNTEM..... | 44 |
| 2.1. KATILIMCILAR | 44 |
| 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... | 44 |
| 2.2.1. Demografik Bilgi Formu | 44 |
| 2.2.2. Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | 44 |
| 2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği..... | 45 |
| 2.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | 45 |
| 2.3. UYGULAMA..... | 46 |
| 2.4. VERİLERİN ANALİZİ..... | 46 |
| 2.5. SONUÇLAR..... | 46 |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 72 |
| 3. TARTIŞMA | 72 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 85 |
| KAYNAKÇA | 87 |

TABLO LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Anne Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı | 47 |
| Tablo 2. Kız Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı..... | 48 |
| Tablo 3. Anne ve Kızların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı..... | 49 |
| Tablo 4. Anne ve Kızların Sosyodemografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistik Değerleri..... | 50 |
| Tablo 5. Anne ve Kızlarının Sıkıntıya Toleranssızlık, Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçek Genel Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri | 51 |
| Tablo 6. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları..... | 51 |
| Tablo 7. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analizi Sonuçları | 52 |
| Tablo 8. Anne ve Kız Gruplarının Ölçek Genel Toplam Puanları ile Korelasyon Analizi Sonuçları..... | 52 |
| Tablo 9. Anne ve Kızların Ölçek Genel Toplam Puan Ortalamalarının Eşleştirilmiş Gruplar için t-testi Analizi ile Karşılaştırılması | 53 |
| Tablo 10. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Anne ile Telefonda Görüşme Sıklığı Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 11. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Anne ile Sosyal Aktivite Sıklığı Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 55 |
| Tablo 12. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması | 56 |
| Tablo 13. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması | 57 |

| | |
|--|----|
| Tablo 14. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 58 |
| Tablo 15. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 58 |
| Tablo 16. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 59 |
| Tablo 17. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 60 |
| Tablo 18. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 61 |
| Tablo 19. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 61 |
| Tablo 20. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaşamın Çoğunluğunun Geçtiği Yer Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 62 |
| Tablo 21. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaşamın Çoğunluğunun Geçtiği Yer Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 63 |
| Tablo 22. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kronik Rahatsızlık Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 63 |
| Tablo 23. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kronik Rahatsızlık Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 64 |
| Tablo 24. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Destek Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 65 |
| Tablo 25. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Destek Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 66 |
| Tablo 26. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Antidepresan Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 66 |
| Tablo 27. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Antidepresan Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 67 |
| Tablo 28. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması..... | 68 |

| | |
|---|----|
| Tablo 29. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması | 68 |
| Tablo 30. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kardeş Sayısı Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 69 |
| Tablo 31. Kızların Ölçek Puan Ortalamalarının Doğum Sırası Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması | 70 |
| Tablo 32. Katılımcıların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Coğrafi Bölge Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması..... | 71 |

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. ICD-10 ve DSM-5'e Göre Depresif Bozukluklar.....7
- Şekil 2. Olumlu Nitelik ve İyi Oluş.....25

KISALTMALAR

| | |
|------|---|
| BDÖ | Beck Depresyon Ölçeği |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| F | F test istatistiği |
| ICD | International Classification of Disease |
| n | Kişi sayısı |
| ort. | Ortalama |
| p | Anlamlılık düzeyi |
| PDÖ | Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği |
| s | Standart Sapma |
| Sd | Serbestlik derecesi |
| STÖ | Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği |
| SPSS | Statistical Package For The Social Sciences |
| t | t-test İstatistiği |

GİRİŞ

Bireyin gelişimi, içinde büyüdüğü ortamın özellikleri ve çevresindeki diğer bireylerle kurduğu ilişkiler ve geçirdiği yaşantılardan etkilenmektedir (Sezer, 2010). Çocuğun etkileşime girdiği ilk sosyal çevresi ailesidir (Kaya ve Çeçen-Eroğul). Anne ve babası ile olan ilişkileri, ebeveynlerin birbirleriyle olan ilişkileri, çocuk sayısı, çocuğun cinsiyeti, özellikleri, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve kültürel faktörler gibi birçok etken gelişimi etkiler (Sezer, 2010). Güvenli bağlanma, özerklik, yetkinlik ve kimlik algısı, duyguların ve gereksinimlerin karşılanması kişinin psikolojik olarak sağlıklı ve uyumlu gelişimi açısından önem taşımaktadır (Soygüt, Çakır ve Karaosmanoğlu, 2008). Yapılan araştırmalara göre; aile üyeleri arasındaki ilişki, duygusal rahatlığın, iyi oluşun kaynağı olarak kabul edilir. Aile fertlerinin uzun bir süre birlikte yaşamaları, bireylerin yaşam kalitelerini büyük ölçüde etkilediği gibi, hem zihinsel hem de fiziksel rahatlık/iyi oluş düzeylerini yükseltmektedir (Lu, Yuan, Lin, Zhou ve Pan, 2017).

Bireylerin erken yaşam dönemlerinde karşılanması gereken bazı temel duygusal gereksinimleri vardır (Soygüt ve ark., 2008). Duygular, kişilerin yaşamında düşüncelerin, davranışların, algı ve tepkilerin üzerinde etkisini gösterir ve her an değişkenlik gösteren bir yapıya sahiptir. Kişinin iç dünyasını ele alan duygu bileşenleri; davranışları, kişinin öznel hisleri ve verdiği psikolojik tepkilerdir. Duygular bilişsel değerlendirildiği zaman, iki farklı durum ortaya çıkar; olaylar bazen mutluluk verirken, yine aynı olaylar, sıkıntı ve üzüntüye sebep olabilir (Dilmaç ve Yılmaz, 2019). Olumlu çevresel faktörler kişinin gelişimini olumlu yönde etkilerken olumsuz faktörler ise kişiyi birçok yönden etkileyebilmektedir. Olumsuz deneyimler kişide depresif yakınmalara, umutsuzluğa sebebiyet verebilir (Sezer, 2010).

Yaşadığımız çağın büyük sorunlarından biri olan depresyonun yetişkin ve ergenler üzerinde ciddi problemlere yol açabilen ruhsal bir bozukluk olduğu belirtilmektedir (Deniz, Yorgancı ve Özyeşil, 2009). Bakım veren kişi ile çocuk arasındaki ilişkide atılan güvenli temel, çocuğun kendini güvende hissetmesini, kendinin sevmeye layık önemli biri olduğunu hissedip dünyayı olumlu bir yer olarak algılamasını sağlar. Yeni doğan bebek veya çocuklar için bakım veren kişi genellikle annedir (Çalışır, 2009). Annelik genellikle birçok kişi tarafından önemli bir rol olarak kabul edilir. Ancak annelik pek çok olumlu neşeli ve anlamlı anlar ve deneyimler gerektirse de genellikle stresli ve zordur (Malka, Hasson-Ohayon, Goldzweig ve Roe, 2020). Son yıllarda, psikopatolojik sorunları olan ebeveynlerin çocuklarının da psikiyatrik açıdan giderek daha fazla öne çıkan bir risk grubunda oldukları söylenmektedir. Bu grubun, psikolojik sorunlarla karşılaşma ihtimalinin, genetik ve psikososyal faktörlerden dolayı arttığı gözlenmiştir. Psikolojik rahatsızlığı olan ebeveynlerin, çocuklarının da psikolojik bozukluk geliştirme ihtimalleri yüksektir (Mattejat, Wüthrich ve Remschmidt, 2000). Anne ya da babası psikolojik rahatsız olan bir çocuk için, çevre şartları ayrı bir önem taşır. Eğer bunlar çocuk tarafından stresli algılanırsa, çocuğun hastalanma riski yükselir. Fakat çocuk, çevre şartlarını daha az stresli yapılandırmayı başarırsa herhangi bir bozukluk geliştirmez ya da yalnızca geçici belirtiler geliştirir (Lenz, 2014). Genetik faktörler, „incinebilirliği“ yani çocuğun stresli durumlara karşı olan hassasiyetini belirler. Depresif bir anne ya da babaya sahip olan çocuk „incinmiş“ grubuna girer. Ancak bu çocuğun otomatik olarak depresyonda olacağı ya da başka herhangi bir psikolojik rahatsızlık geliştireceği anlamına gelmez. Fakat, incinmiş grubuna giren çocuk, belirli çevresel faktörlere, psikolojik anlamda sağlıklı bir ebeveyne sahip olan çocuktan daha hassas tepkiler verecektir (Lenz, 2014). Ayrıca yapılan deneysel çalışmalarda, depresyondaki annelerin bebekleriyle olan ilişkilerine bakıldığında, bebeklerin depresyona girme ihtimallerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Mattejat ve ark., 2000).

Ruhsal bozukluğu olan ebeveynler, yaşa ve gelişime bağlı olarak çocuklar üzerinde farklı etkiler gösterebilir. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse, ebeveyndeki psikolojik bozukluğun etkisi de o kadar ağır olur ve yüksek risk grubunu temsil

ederler. Küçük yaşlardaki çocuklarda; uyku problemleri, duygu düzenlenmede sorun ve sağlam bağ geliştirmede güven problemleri ortaya çıkar. Bu yaşlardaki kalıplaşmış bağlanma sorunları da gelecekteki ilişkilerine ve duygusal stresle başa çıkma üzerinde etki gösterir (Lenz, 2014). Bir çocuğun, ebeveyninin sahip olduğu depresif bozukluğa maruz kalması, çocuğun adaptasyonu ve zihinsel sağlığı için psikososyal risk faktörüdür. Bu durum, çocukların aldığı genetik faktörlerden ve genellikle olumsuz psikososyal gelişim koşulları altında büyüdüğü gerçeğinden kaynaklanmaktadır (Mattejat ve ark., 2000).

Ebeveynin sahip olduğu psikolojik bozuklukların, çocuğun gelişimi üzerinde bazı mekanizmalarla etkileşime girdiği, ayrıca, bu mekanizmaları da etkilediği söylenmiştir. Örneğin hem şizofrenik hem de depresif olan ebeveynlerin zihinsel süreçlerinin, çocuklarıyla olan ilişkilerinde ortaya çıkan bilişsel, duygusal ve davranışsal bozukluklarla etkileşimde olduğu belirtilmiştir ve böylece çocukların zihinsel gelişim süreçlerinde bozukluk yaşama riskini arttırdığı gözlenmiştir. Yaşanılan psikososyal sıkıntı faktörleri birbiriyile etkileşim halindedir. Örneğin; bir ebeveynin ölümü, sosyo-ekonomik düzeyinin kötü olması ya da ailenin sosyal olarak geri çekilmesi gibi başka sıkıntıların eklenmesiyle ilişkili olabilir (Mattejat ve ark., 2000).

Strese tolerans oluşturmanın kritik bir unsuru, bireyin stresle başa çıkmak için mevcut kaynaklara göre başa çıkma seçeneklerini ve seçimlerini değerlendirdiği bir düzenleme biçimidir. Kişinin duygularını düzenleyebilmesi için dikkatli olması ve ne yaptığına dair belirli bir farkındalığa sahip olması gerekir. Bu bakımdan özellikle düzenleme üç bileşenden oluşmaktadır; dikkat, duygular ve biliş. Dikkat, bunların ilk ve en önemlisidir. Dolayısıyla, caydırıcı veya meydan okuyan fiziksel ve duygusal deneyimleri yargılayıcı olmayan bir şekilde kabul edenlerde, algılanan stres düzeylerinin azaldığı anlaşılmaktadır (Özcan, 2019).

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. DEPRESYON

1.1.1. Depresyon Tanımı

Değersiz, ona öyle geliyordu değersiz ve anlamsız, hayatını oraya sürüklemişti; canlı hiçbir şey yok lezzetli hiçbir şey yok ya da tutulmaya değer hiçbir şey yok, sadece hiçlikti ona kalan. Kıyıda bir gemi enkazı gibi tek başına ve boş duruyordu - Hermann Hesse (Grasberger, 2013).

Depresif duygudurum; hayatla mücadele ederken ve motivasyonumuzu düşürecek belirli stresörlerle karşılaştığımızda; genetik özelliklerimiz, fiziksel ve psikolojik yapımızla da ilişkili olan, her yaş seviyesinden insanın gösterdiği üzüntü, halsizlik gibi normal bir tepkidir (Basha ve Kaya, 2020; Hautzinger, 2010). Her insan genel olarak bu sıkıntıları deneyimler ancak verilen normal tepki ile klinik olarak dikkat çeken semptomlar arasında ayırıştırma yapmak gerekmektedir (Hautzinger, 2010). Bu duyguları ruhsal bir bozukluğa dönüştüren kriterler ise belirtilerin türü ve sayısı, yoğunluğu, süresi ve hastalığın seyrinde kişinin yaşamındaki işlevselliğinin bozulma derecesidir (Wolfersdorf ve Schüler, 2004). Latince depremiere yani „çökkünlük“ anlamına gelen depresyon, toplumun sağlığını tehdit eden sorunlar arasındadır (Hell, 2007; Kaya ve Kaya, 2007). Ayrıca depress kelimesinden türeyen depressus bastırmak, alçakta olmak anlamını da taşımaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Bireyde genel olarak çökme, mutsuz ve kederli hissetme, elem duygusu hakimdir. Kişinin genel görünümünde, konuşma ve ilişki kurmasında, duygulanımında, bilişsel yetilerinde, düşünce süreci ve içeriğinde değişimler meydana gelir. Psikomotor becerilerinde (örn. konuşma, yürüme, iş yapma) yavaşlama başlarken, kişide bedensel ve fizyolojik (örn. halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı) bir takım belirtiler de ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Depresyonun sebep olduğu yeti yitimi; bireyde değersizlik, özsaygıda azalma, suçluluk, ilgisizlik gibi problemleri ortaya çıkarırken, intihar davranışlarına olan eğilimi de artırmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007).

1.1.2. Depresyonun Belirtileri

Duygular hayatımızda çok önemli bir yere sahiptir ancak aşırı duygu yoğunluğunun yıkıcı etkileri olabilir. Örneğin bir ilişki içerisinde iken sevdiğimiz kişinin hayatımızdan çıkmasının ardından hissettiğimiz üzüntü, bize kişinin hayatımızdaki önemini ve bir sonraki ilişkimizde neleri farklı yapabileceğimizi gösterir. Fakat bu üzüntünün depresyona dönüşmesiyle sevgiye hiçbir zaman layık olmadığımız ve önemsenmeyeceğimize dair düşünceler, karamsarlık, ümitsizlik ortaya çıkar (Greenberger ve Padesky, 1995). Her kişi tarafından farklı algılanan depresyon; kişilerde isteksizlik, yetersizlik, karamsarlık, çaresizlik gibi psikolojik; ağrılar, çarpıntı, nefes alamama, mide bağırsak sorunları gibi fizyolojik belirtileri ortaya çıkarır. Depresyonda olduğunu anlayamayan çoğu kişi ise fiziksel belirtilerin vermiş olduğu rahatsızlıktan yüzenden doktora başvurabilir (Mete, 2008).

Günümüzde mental bozuklukların tanı açıklamaları, belirtileri ve ölçütleri için kullanılan iki sınıflandırma sistemi vardır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Zihinsel ve Davranışsal Bozuklukların Uluslararası Sınıflamasına (ICD10) göre depresyon üç temel semptomla (B-Kriterleri) karakterize edilir:

- (I) Kişide alışılmışlığın dışında çökkün/ depresif ruh hali, üzüntü,
- (II) İlgî, isteğin azalması ve zevk alamama,
- (III) Enerji azalması, bitkinlik ve yorgunluk (Abel ve Hautzinger, 2013).

Depresyon tanısı konulabilmesi için; moral bozukluğu, ilgi kaybı, enerji azalması, suçluluk duyguları, benlik saygısında azalma, tekrarlayan ölüm düşünceleri, odaklanmada güçlük çekme, psikomotor ajitasyon, uyku bozukluğu, iştahsızlık gibi on belirtiden dördünün en az iki hafta boyunca sürmesi gerekir. Eğer bu on ICD-10 semptomundan dördü mevcut ise; hafif depresif, beş ile altı semptom mevcut ise orta derecede depresif ve en az yedi semptom ile karşılanırsa şiddetli depresif tanısı konulabilir (Wartberg, Kriston ve Thomasius, 2018).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM 5) göre Majör Depresif Atak tanısı konulabilmesi için kriterler şunlardır:

A. Ana belirtilerden en az biri (1) çökkün/depresif duygudurum ya da (2) ilgi azalması, zevk alamama, olmak şartıyla iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden toplam beşinin (ya da daha fazlasının) olması ve kişinin önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması gerekmektedir.

1. Her gün ya da günün büyük bir kısmında var olan, kişinin kendisinin bildirdiği (örneğin üzüntü, boşlukta hissetme), dışarıdan başkaları tarafından gözlemlenen çökkün duygudurum (örneğin ağlamaklı görünür)
2. Kişinin neredeyse her gün etkinlik ya da aktivitelerden zevk alamaması, belirgin seviyede ilgi azalması
3. Kişinin diyet yapmamasına rağmen çok kilo vermesi ya da alması; neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma
4. Uyku bozukluğu, neredeyse her gün tekrarlayan uykusuzluk ya da aşırı uyuma durumunun olması
5. Hareket ve konuşmada yavaşlama veya psikomotor ajitasyon durumunun olması
6. Kişide neredeyse her gün enerji azalması, yorgunluk veya bitkinlik durumunun olması
7. Aşırı suçluluk ve değersizlik duygularının olması
8. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, intihar girişimi ya da kendini öldürmek üzere eylem tasarlaması

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin seviyede sıkıntıya yol açar ya da toplumsal, önemli işlevsellik alanlarında işlevselliği bozmaya neden olur.

C. Bu dönem madde kullanımı ya da herhangi bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Majör depresyonun ortaya çıkışı şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve sanrılı bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Kişi hiçbir zaman mani ya da hipomani dönemi geçirmemiştir (Köroğlu, 2013).

Şekil 1. ICD-10 ve DSM-5' e Göre Depresif Bozukluklar

| ICD 10 | DSM 5 |
|--|--|
| F32 Depresif epizod .0 Hafif .1 Orta .2 Psikotik belirtisiz ağır depresif epizod .3 Psikotik belirtili ağır depresif epizod .9 Depresif epizod, Tanımlanmamış | 296.2X Majör Depresyon Bozukluğu, Tek dönem .1 Ağır olmayan .2 Orta derecede .3 Ağır .4 Psikoz özellikleri gösteren .5, .6 Tam olmayan/tam yatışma gösteren .0 Belirlenmemiş |
| F33 Yineleyen Depresif Bozukluk .0 Hafif .1 Orta .2 Psikotik belirtisiz ağır .3 Psikotik belirtili ağır .9 Tanımlanmamış | 296.3X Majör Depresyon Bozukluğu, Yineleyen dönem .1 Ağır olmayan .2 Orta derecede .3 Ağır .4 Psikoz özellikleri gösteren .5, .6 Tam olmayan/tam yatışma gösteren .0 Belirlenmemiş |
| F34 İnatçı duygudurum bozuklukları .0 Siklotomi .1 Distimi .8 İnatçı duygudurum bozuklukları, diğer .9 İnatçı duygudurum bozuklukları, tanımlanmamış | 300.4 Süregiden Depresyon Bozukluğu Distimi |
| F38 Duygudurum Bozuklukları, diğer | 311 Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu |

Kaynak: Abel ve Hautzinger, 2013

Ayrıca DSM 5'te premenstrüel (aybaşı öncesi) disfrik bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu ve diğer tıbbi durumlara bağlı depresif bozukluğuna da yer verilmiştir (Köroğlu, 2013).

1.1.3. Epidemiyolojisi

Dünya çapında en sık görülen depresyon, genel olarak yeti yitimi, hastalık ve ölüm oranlarının önde gelen nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, Avrupa kesiminde yaklaşık 33,4 Milyon kişiyi etkileyen oldukça yaygın bir durumdur. DSÖ tarafından 2007 yılında verilen rakamlarda depresyonun ekonomik maliyeti Avrupa ekonomik alanında 136,3 milyar Euro'ya ulaştığı belirtilmiştir (Smit, Shields ve Petrea, 2016). Dünya da ise 264 milyon kişiyi etkilemektedir (Shakya, Mahapatra, Behera ve Pathak, 2021). Genel olarak yaşam boyu prevalans oranı %1,5 ile %19 arasında saptanmıştır (Olchanski, Myers, Halseth, Cyr, Bockstedt, Goss ve Howland, 2013). Amerika'da da yaşam boyu görülme sıklığı %17 civarlarındaiken Türkiye'de depresyon yaygınlığı %8 ila %20 arasında bulunmuştur (Helvacı ve Hocaoğlu, 2016; Olchanski ve ark., 2013). Her yaşta görülebilen depresyonun, yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için; %10-25 arası iken, erkekler için ise; %5-10 arası olarak saptanmıştır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Epidemiyolojik bulgular, depresif bozuklukların görülme sıklığı ve morbidite riskinde, kadın üstünlüğüne işaret etmektedir (Piccinelli ve Wilkinson, 2000). Bu risk erkeklere göre iki kat (2:1) daha fazladır, her dört kadından biri ve sekiz-on erkekten biri yaşamları boyunca bir majör depresyon dönemi geçirmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016; Mavric, Alp ve Kunt, 2017). Kadınlarda epidemiyolojik çalışmalar majör depresyon riski olanların; genç yaş, düşük sosyoekonomik statü, düşük eğitim seviyesi, ayrılmış ve boşanmış, ev hanımı olduğunu göstermektedir. Ayrıca kentsel alanlar ve büyükşehirde yaşayan kadınların depresyon oranları kırsal kesimde yaşayanlardan daha yaygındır (Simonds, 2006). Bir araştırmaya göre kadınlarda dünya çapındaki yıllık yaygınlık %5,5 oranındadır (Shakya ve ark., 2021). Mavric, Alp ve Kunt tarafından 2017 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada çalışmayan evli kadının depresyon puanlarının çalışan kadının depresyon puanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Depresyonun birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülme oranı çok yüksektir. Yas, kaygı bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu), takıntı-zorlantı bozukluğu, travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar, uyku bozukluğu, madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları ile eşlik edebilir (Hautzinger, 2010).

1.1.4. Etiyolojisi

Bazı otörler depresyon gelişiminde en önemli faktörün, bireyin kişilik özelliklerinin stresli yaşam durumlarıyla karşılaşması olduğunu savunurken, bazıları da kişilik özelliklerinin bir öneminin olmadığını, farklı yaşam olaylarının etkili olduğunu ileri sürmektedir (Kabakçı, 2001). Tek bir faktörün depresyonun sebebini açıklamaya yeterli olmadığını; biyolojik-genetik yatkınlıklar ve psikososyal faktörlerin depresyonun etiolojisinde önemli rol aldığı düşünceleri mevcuttur (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Yaş, cinsiyet, kişilik yapısı, mizaç, eğitim, sosyoekonomik güç, aile yapısı, travmatik olaylara maruz kalmak gibi çevresel faktörler ya da öğrenilmiş çaresizlik, çocukluk çağında anne babanın boşanması ya da ölümü, kişinin kronik hastalığının olması, anne babada fizyolojik ya ruhsal bozukluk olması depresyonun risk etmenlerindedir (Özkul ve Günüşen, 2020). Genetik yapıda ailede duygudurum bozukluğunun (ya da herhangi farklı bir ruhsal bozukluğun) bulunması, özellikle depresif bozukluğu olan ailelerin çocuklarında riski üç kat artırmaktadır. Kayıpların yaşanması, özellikle çocukluk çağında erken dönem yaşantılarında ihmalkârlık ya da istismar öyküsü bulunuyorsa, travmaya maruz kalmışsa bunlar nöroendokrinolojik değişimlere yol açabilir, buda yüksek kırılganlığa ve incinebilirliğe sebebiyet verebilir. Yoğun stres sebebiyle nöroendokrin yolda hipotalamustaki hipofiz adrenal aksın fazla aktifleşmesiyle, çok fazla adrenokortikotropik hormon salgılanır ve bu da kortizolün fazla salgılanmasına sebebiyet verir (Perrez ve Baumann, 2005). Biyokimyasal hipotezlere göre; sinaptik boşluktaki noradrenalin ve serotonin eksikliği/azalması, dopaminarjik sistemdeki değişimlere sebebiyet verir ve bu da depresyonu açıklamaktadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Cinsiyet gruplarındaki depresyon farklılığının sebepleri, çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Depresif belirtiler, genç kadınlar arasında özellikle yaygındır. Bunların arasında en önemlileri; biyolojik sebepler, çevresel faktörler ve ayrıca sosyoekonomik ve psikososyal durumun zihinsel sağlık üzerinde olan etkileridir (Müters, Hoebel ve Lange, 2013).

Hormonsal durum, zihinsel sağlığı etkileyebilmektedir. Üreme veya fiziksel süreçlerle ilgili hormon dalgalanmaları, kadınlarda belirli hormon seviyelerine verilen reaksiyonlar, premenstrüel sendromun, doğum sonrası depresyonun veya menopozal depresyonun bir parçası olarak, depresif ruh haline neden olabilmektedir (Müters ve ark., 2013).

1.1.5. Kuramlar

40 sene önce çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yaşanan depresif bozukluklar, gerek klinik ortamlarda gerekse akademik çalışmalarda dikkate alınmamaktaydı. Depresyon, hem ergenlik çağında hem de gençlik döneminde ciddiye alınacak kadar önemli bir psikolojik problem olarak görünmemekte ve bu yaş grubu için klinik bir anlam taşımamaktaydı. 80'li yılların başında, genç bireylerde de depresyonun görülebileceği ve bunun hafife alınmaması gereken bir problem olduğunu savunan fikirler ortaya çıkmıştır. Daha sonra bunun üzerine yapılan araştırmalar her sene artmıştır. Şu an birçok uluslararası sonuçlar, akademik araştırmalar ve ayrıca terapi yaklaşımları bulunmaktadır (Groen ve Petermann, 2011).

Psikanalitik kuram çerçevesinde depresyon hakkında yapılan ilk yorumlar 1917 senesinde Freud'un Yas ve Melankoli kitabında yer almaktadır. İnsan, duygusal açıdan acı veren deneyimlerden hep kaçınsa da acı, ıstırap ya da keder bize aslında hayatta temel bir motivasyon kaynağı sağlar. Bize bedeninin kırılmasını, bedeninin sınırlarını ve tehlikelerini öğretir. Bir dizi kişilerarası olaylar -örneğin sevilen birisinin ölümü- acının kaynaklarıdır (Azzone, 2019). Yas, sevilen kişinin kaybına verilen bir tepkidir. Melankoli ise derin ıstırap, sıkıntılı bir ruh hali, ilginin ortadan kalkması, dış dünyaya karşı ilgi kaybı, sevme yetisinin kaybı, özsaygının düşmesi, kendini suçlama, kendini kınama ve sanrısız ceza beklemek ile betimlenir. Yas ile Melankoli

arasındaki tek fark benlik saygısının azalmasıdır ve birinin kaybında gösterilen bütün tepkiler melankoliyle aynıdır (Freud, 1917). Id, ego ve süperego arasındaki dengenin bozulması halinde ortaya çıkan depresyonun temeli Freud'a göre ilk çocuklukta yaşanan ayrılışlardan, örneğin çocuğun anneden ayrılması-sütten kesilme gibi preödüpal dönemden kaynaklanmaktadır (Özmen, 1999). Oral dönemdeki çözümlenmemiş çatışma, nesne kaybı ve kişinin benlik saygısının azalmasıyla ortaya çıkmaktadır. Kişi kaybedilen nesneye karşı olan öfke duyup, saldırgan dürtülerin kendine yönelir ve kaybedilen nesne ile özdeşim kurmaktadır. Bu kişinin ruhsal sonuçlarına karşı bir savunma olup bu nesneye karşı sevgi-nefret gibi duygularda saplanma bu dönemde rol oynamaktadır (Alper, 2006). Kişinin olumsuz duyguları içe yansıtması benlik saygısında azalması ortaya çıkar. Katı süper ego ve kişinin kullandığı savunmalar kişinin depresyonunu belirler (Dilbaz ve Seber, 1993).

Bağlanma kuramını ortaya koyan Bowlby'e göre çocuğun sağlıklı psikolojik gelişimi anne ile çocuk arasında kurulan güvenli bağlanma ile ilişkilidir. Bebeklik döneminde gelişimini hızlı sağlayan çocuğun fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi dışında kendisine birincil bakım verenle kurduğu ilişki hem zihinsel hem de duygusal gelişimi açısından oldukça önem arz etmektedir. Yanlış gelişen ya da tatmin edilemeyen bağlanma ilişkisi, çocuğun güvenli bağ kuramamasına, böylelikle de kişilik problemleri ve ruhsal bozuklukların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bakım verenin (annenin) çocukla ilgilenmemesi, çocuğun kendisini çaresiz hissetmesine sebebiyet verirken; güvensiz bağlanma bileşenleri doğrultusunda kendini negatif değerlendirmesi, özbenlik algısıyla bağlantılı olarak depresyona sebebiyet verebilecek etkenler arasındadır (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader ve Halfon, 2005; Tüzün ve Sayar, 2006).

Nesne ilişkileri kuramı insan davranışlarının temelinde anneyle olan ilişkilerin yattığına ve bebeğin kurduğu ilk ilişkinin annesinin memesi olduğuna inanır, böylelikle sevgi nefret duygularının ilk etapta nesneye yansıtıldığını iddia eder (Tüzün ve Sayar, 2006). Kuramın ilk kurucusu olan Klein'a göre bebekler yaşamın ilk yıllarında sırayla Paranoid-şizofren ve depresif konum olmak üzere iki pozisyondan geçer. İki pozisyonun da temel kaynağı ise saldırganlık dürtüsüdür. Nesnelere kısmi olarak algılayan bebek için ilk kısmi nesne annesinin memesidir ve

kaygısını azaltmak adına istemediği saldırganlık ve kötü yanlarını, mekanizmaları sayesinde kısmi nesneye yönlendirerek kendinden uzaklaştırır (Göka, Yüksel ve Göral, 2006). Anneyi ilk konumda kötü olarak betimleyen bebek, ikinci yani depresif konumda (altıncı ayın sonlarında) bölme mekanizmasının gücünü yitirmesi ve artan gerçeklik algılaması ile nesneyi iyi ve kötüden oluşan bir bütün olarak algılar (Anlı, 2016).

Saldırganlığı anneye yönlendiren çocuk, annenin geçmişteki iyi yönlerini fark etmediği için kendini suçlu hisseder ve bunu içselleştirir. Kötü içsel nesnelere artık dışarıya yansıtılmaması üstbenliği oluşturur. Üstbenlik suçluluk duygularından ötürü egoya saldırır. Klein bu durumu depresif korku/kaygı olarak betimler. Winnicot'a göre anne ve bebek bir bütündür. Annenin gösterdiği ego desteği bebeğin gelişimi açısından büyük önem taşır. Bebek anneye bağımlıdır ve annenin kusurlu tutumları çocuk tarafından varlığına/kendiliğine karşı korkunç müdahaleler olarak algılanır (Anlı, 2016). Annenin psikolojik tepkileri, çocuğun yanında olmaması, onun gereksinimlerini ve endişesini giderememesi yani anne olarak çocuk için görevlerini yerine getirmemesi çocukta psikopatolojilerin görülme olasılığını artırır (Tüzün ve Sayar, 2006).

1960'lı yıllarda klinik gözlemler ve deneysel çalışmalardan türeyen Beck depresyon modeli, kişilerin duyguları, davranışları, deneyimlediği olayları nasıl algılayıp yapılandırdıklarını öne süren bir psikopatoloji modelidir. Beck'e göre depresyonun bilişsel modelinin yapısını açıklayan üç temel kavram vardır (Arkar, 1992). Bilişsel üçlü teorisinde depresyondaki birey; kendine, dış dünyaya ve geleceğe karşı olan olumsuz düşünceleri, değerlendirmeleri ve beklentileri ile karakterize edilir. İlk parçasında kişi kendini yetersiz, suçlu ve başarısız (olumsuz benlik imajı) birisi olarak yargılar. İkinci olarak talepkâr, bunaltıcı ve adaletsiz olarak deneyimlenen sosyal çevre ile kişisel deneyimler ve üçüncü parçasında ise sinir bozucu, yorucu, neşesiz ve umutsuz olarak beklenen gelecek (olumsuz gelecek beklentileri) olur (Schuch, 2000). Bilişsel üçlü dışında depresyonun bilişsel yapısını açıklayan diğer iki kavram ise şemalar/temel inançlar ve bilişsel çarpıtmalardır (Dilbaz ve Seber, 1993). Şemaların aktifleşmesiyle oluşan olumsuz otomatik düşüncelerin, dolayısıyla gerçeğin olumsuz algılanmasının nedeni şemalarda

yatmaktadır. Bilişsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkan olumsuz otomatik düşüncelerin saptanması ve anlaşılması, depresyonun tedavisinde önemli rol oynar (Wittchen ve Hoyer, 2011).

Seligman'a (1999) göre depresyon öğrenilmiş bir davranıştır. Depresyonun açıklamasında rol oynayan bir diğer model öğrenilmiş çaresizlik teorisi (Hovardaoğlu, 1990). Depresyonun gelişimi erken yaş dönemlerinden beri acılı uyarandan kaçmayı, kurtulmayı bilmeme, bundan ötürü ortaya çıkan çaresizlik, yani davranış ile sonuç arasındaki bağımsızlık olarak açıklanmıştır (Dilbaz ve Seber, 1992). Bireyin belirli stresli olaylara karşı eylememe geçememesi yani pasif tutumu, kendini olayları kontrol etmede başarısız ve yeteneksiz bulması, bundan dolayı kendini suçlaması, benlik saygısının düşmesi kendini çaresiz algılaması depresyona yol açmaktadır (Hovardaoğlu, 1990; Wittchen ve Hoyer, 2011).

Toplumsal yapımızda kadınlar hem çocukların hem de ilişkilerin birincil bakım verenidir. Sosyal etkileşimler, kadının rolü, erkeğin rolü, cinsiyete yüklenen roller ile davranış şekillerimizi pekiştirir. Sosyokültürel çevreyle birleşen yetiştirilme tarzı ilişkilerdeki kadını kendiliği hakkında düşündürür. Bu birleşim kadının kafasında donuk ve sınırlı ilişki imajlarını yaratır. Bu imajlar kadını hem aşağılayan hem de idealleştiren değerlere sahiptir. İyi kız, iyi kadın, iyi anne, bütün bu ahlaki kalıplar pek çok kadının ilişki repertuarını sınırlandırarak bastırılmış kaygı durumları yaratır. Kendini eleştirme ve sahte davranışlarla ilişkilerinde kendini sınırlandırdığında, benlik saygısında azalma ve beraberinde psikolojik belirtiler ortaya çıkabilir (Simonds, 2006).

1.1.6. Anne Çocuk-Kız İlişkisi İle İlgili Araştırmalar

Ruhsal bozukluklar ebeveyn ve çocuğun birbirleriyle olan ilişkilerini etkilemektedir. Depresif annelerin çocuklarına daha az yakınlık, ilgi/şefkat ya da destek gösterdiği, daha çok kavgacı/düşmanca tavrılar veya baskı uyguladığı gözlemlenmiştir. Ayrıca çocukla olan iletişimlerinde de daha az konuşup, daha eleştirel olma eğilimindedirler (Milan ve Carlone, 2018). Araştırmacılar majör depresif bozukluğu olan bir anneye sahip olmak geç ergenlik ve erken yetişkinlikte depresyonun en güçlü yordayıcılarından biri olduğunu ve depresif döneme girme

riskinin üç ila beş kat artışa sebebiyet verebileceğini belirtmişlerdir (Foland-Ross, Gilbert, Gotlib, Joorman, 2015). Çocuklar depresif semptomları hem içselleştirip hem dışsallaştırabilir, buda cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kızlar sorunları içselleştirirken erkek çocukların sorunları dışsallaştırdığı öne sürülmektedir, fakat bu ebeveynin depresif geçmişi ve öyküsüne göre değişiklik gösterebilmekte ve durumu hem kız hem erkek için eşit kılmaktadır (Watson, Potts, Hardcastle, Forehand ve Compas, 2012).

Yapılan bir diğer çalışmada duygudurum bozukluğu öyküsü olan annelerin çocuklarıyla arasındaki ilişki yarı yapılandırılmış oyunlar ve oyuncakların toplanmasıyla incelenmiştir. Sonucunda çocuklarda ortaya çıkan duygulanımdaki düzensizlikler hem annenin depresif belirtilerine bağlı hem de ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olmasından kaynaklı, ayrıca anaokulu ve birinci sınıfta daha problemli bilişsel, sosyal ve davranışsal sorunlar yarattığı da tartışılmıştır (Allhusen, Belsky, Booth-LaForce, Bradley, Brownell, Burchinal ve ark., 2004).

Depresyonun aneden kızına aktarımını inceleyen bir diğer çalışmada anne ve kızın sinir yapılarında benzerlikler olduğunu öne sürülmüştür. Araştırmada anne ve kızlarına test uygulanmış ve o sırada FMRI-fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çekerek verdikleri tepkiye göre sinirsel yapıları incelenmiştir. Bu testte kısa saniyeler içerisinde yanıt veren kişilere puan artmasıyla ödül, yanlış cevap verildiğinde ise puan kayıpları ile ceza verilecekti. Edimsel koşullanmada büyük rol oynayan putamenler, bu testte de yaşanan puan kayıplarında anne ve kızlarının putamen tepkilerinin aynı olduğu gözlemlenmiştir, erkeklerde ise anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Kızların putamen tepki verme yetisi annelerinkisiyle aynı olması, depresyon aktarımında genetik faktörlerin etkisini gösterir (Colich, Ho, Lowe, Foland-Ross, Sacchet, LeMoult ve Gotlib, 2017).

Babanın ve annenin çocuğa karşı olan düşmanlı tutumları kızlar ve oğulların depresyon riski açısından farklılıklar olduğunu göstermektedir. Kızların erkeklerden daha sosyal ve ilişki odaklı olmaları sebebiyle aile ortamındaki etkileşimlere daha duyarlı olmalarını sağlar. Çevresel psikososyal faktörler anne ve kızları daha fazla etkilemektedir. Ebeveyn çocuk ilişkisinde ebeveynin çocuğa olan düşmanlı tutumu erkek çocuklarını da etkilemektedir. Ailedeki stresörlerle yani maternal depresyona

kızların depresyon gibi içselleştirici belirtiler gösterme olasılığının, erkek çocuklarının ise davranışlarında örneğin saldırganlık gibi dışsallaştırıcı belirtiler gösterme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lewis, Collishaw, Thapar ve Harold, 2014).

1.2. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

1.2.1. Dayanıklılık (Resilience) Sözlük Ve Kavram Tanımı

Dayanıklılık çok geniş bir kavram olup, literatürde çeşitli açıklamalarla tanımlanmıştır. Dayanıklılık (resilience) terimi, Latince „resiliens“ kelimesinden türetilmiş olup; bir maddenin elastik, esnek, uysal niteliğini ifade eder. Maddenin eski haline geri dönme becerisi sonradan kişileri tanımlanmada kullanılmıştır (Cosco, Howse ve Brayne, 2017). Dayanıklılık, İngilizce “Resilience” kelimesinin kullanılmasıyla da enerji, direnç ve esneklik anlamına gelir (Fröhlich-Gildhoff ve Rönnau-Böse, 2015).

Psikolojik dayanıklılığın varlığını belirlemek için iki koşulun yerine getirilmesi gerekir. Birinci olarak, bireylerin ruh sağlığına veya normal işleyişine tehdit oluşturan stresli olayların olması söylenebilir. İkinci ise, bireylerin bu stres etkeni karşısında sağlıklarını, iyi oluşlarını ve işlevselliklerini devam ettirmiş, geri kazanmış ve güçlendirmiş olmalarıdır (Lakioti, Stalikas ve Pezirkianidis, 2020). Dayanıklılık kelimesinin birçok anlamı olsa da bu kavramın açıklaması hangi kriterlerin ölçüt olarak kullanıldığına bağlıdır (Fröhlich-Gildhoff ve Rönnau-Böse, 2015). Psikolojik dayanıklılıkla ilgili birçok tanım bulunmaktadır. Bunlar;

- (I) Amerikan Psikoloji Derneği dayanıklılığı; özellikle zihinsel, duygusal ve davranışsal esneklik ve iç ve dış taleplere uyum ile zorlu yaşam deneyimlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama süreci ve sonucu olarak tanımlar (Fullerton, Zhang ve Kleitman, 2021).
- (II) Bireyin aşırı stres veya olumsuz yaşam koşullarına rağmen, psikolojik olarak sağlıklı yetişmesine dayanıklılık denir. Bireyin sıkıntılı yaşam koşullarıyla ve negatif stres sonuçlarıyla başarılı şekilde başa çıkma; biyolojik, psikolojik ve psikososyal

gelişimdeki risk faktörlerine karşı çocuğun, psikolojik olarak direnç ya da sağlamlık gösterme becerisidir. Bu doğuştan gelen bir özellik değil, değişkenlik gösteren ve duruma bağlı olan bir süreçtir (Fröhlich-Gildhoff ve Rönnau-Böse, 2015).

(III) Masten dayanıklılığı, ciddi risklere/tehlikelere rağmen adaptasyon veya ilerlemeye yönelik iyi sonuçlar olarak tanımlarken, Ryff ve Singer zorluklara rağmen zihinsel veya fiziksel refaha/iyi oluşa devam etme ya da ilerleme olarak tanımlamaktadırlar (Das ve Arora, 2020; Masten, 2016).

(IV) Dayanıklılık, çevre ile etkileşim yoluyla elde edilen alana özgü kaynaklardır. Genel olarak, zor koşullara rağmen yaşa özgü görevlerle başa çıkmak ya da yerine getirmek için öğrenilmiş mekanizmaları etkinleştirme yeteneğidir. Bu, stresli ve riskli koşullarda bile sağlıklı gelişim sağlanmasını sağlar (Petermann ve Schmidt, 2006).

1.2.2. Psikolojik Dayanıklılık Ortaya Çıkışı

„Öldürmeyen acı beni güçlendirir.“-Nietzsche

İnsanı hayata ne bağlar ya da insanın mutlu ve güçlü olmasını ne sağlar? (Ölsböck, 2013). Kişinin çevresi ve kendisiyle uyum halinde bir bütün olması, bu sorunun cevabını karşılayabilir. Fakat kişinin bütünlüğünün sekteye uğraması ve böylece uyum sağlamakta sorun yaşaması, bir dizi sıkıntılarla karşılaşmasına sebep olur (Ülker-Tümlü ve Receptoğlu, 2013).

Dayanıklılık araştırması, 1970’li yıllarda çocuklarla yürütülmüştür (Ölsböck, 2013). Dayanıklılığa anlamlılık veren iki koşul vardır. Birincisi çocuk gelişiminde anlamlı bir tehdidin var olmasıdır. İkincisi ise baskı yapan stresli yaşam koşullarıyla başarıyla başa çıkılmasıdır. Kırılganlık kelimesi ise dayanıklılığın tam tersi olup, bireyin dış faktörlere karşı hassasiyetinin derecesini yani psikolojik hastalıklara yakalanma ihtimalini ifade etmektedir (Fröhlich-Gildhoff ve Rönnau-Böse, 2015).

Dayanıklılığı bir özellik olarak kavramsallaştırmak, insanların farklı durumlarda nasıl tepki verdiklerine dair anlayışımızı sınırlar. Dayanıklılığın bazı

güçlükler bağlamında kişisel kaynakların (veya koruyucu faktörlerin) etkileşime girdiği bir süreç olduğu görüşü daha fazla tercih edilmektedir (Fullerton, Zhang ve Kleitman, 2021). Dayanıklılık birçok psikolojik etkenlere karşı tampon görevi görebilir. Dayanıklılığa sahip bireylerde yüksek benlik saygısı, iyimserlik, kendine güven, problem çözme, yetenekler ve yaşam doyumu gözlenmektedir. Bu yüzden dayanıklılık yaşam kalitesinin yükselmesi için en açık anahtardır (Bhamani, Zahid, Zahid, Farooq, Sachwani, Capman ve Asad, 2020).

Kumpfer, dayanıklılığın gelişim modelini kurup, şimdiye kadar tartışılan bu konu hakkındaki araştırmaların kuramlarını bir araya toplamıştır. Bu model, çocuğun gelişimindeki özellikleri, yaşam ortamını ve çevresi arasındaki dinamik süreçleri dikkate alır. Model altı boyuttan oluşur; bunlardan dördü yordayıcı değişkenler, ikisi ise iletişim süreçleridir. Akut stresörler, ilk etapta dayanıklılık sürecini aktifleştirip çocuğun dengesinin bozulmasını tetikler. Çocuğun deneyimlemiş olduğu stres seviyesi öznel değerlendirmesiyle tehdit, meydan okuma veya kayıp olarak algılanır. İkinci sırada çocuğun ortamında (ailede, okulda, sosyal ortamlarda, toplumda) risk artırıcı ve azaltıcı koşulların varlığı veya etkileşimi ile ilgili olan çevresel faktörler ya da koşullar yer alır (Wustmann, 2005).

Wieland'a göre dayanıklılığın görüldüğü bireyler üçe ayrılır; ilk olarak tüm olasılıkların aksine olumsuz yaşam koşullarına sahip olan ve önemli ölçüde artan risk durumuna rağmen sağlıklı ve pozitif gelişen çocuklar, ikinci olarak sürekli yüksek stres koşullarının devam etmesine rağmen yeni eklenen stresörlerle başa çıkma yeteneğine sahip olan çocuklar ve ergenler ve üçüncü olarak ise bir ebeveynin ölümü, doğal afetler savaş ve terör olayları gibi ani travmatik deneyimlerden sonra bile kendi kendine çok çabuk iyileşen ve genellikle olumlu gelişmeye devam eden çocuklar ve gençlerdir (Rothenbusch, 2018).

Erken dönem uyumsuz şemalar; bilişsel, duygusal ve fiziksel duymulardan oluşan, bireyin kendisi ve çevresi ile ilgili inançları konu alır. Karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçların sonucu olarak ortaya çıkıp, yaşam boyu tekrar ederler. Yetişkinlik döneminde bu şemalar korku/kaygı, öfke ve üzüntü gibi yoğun olumsuz duyguları tetikler, kişinin iyi oluş halini etkileyerek psikopatolojiye zemin hazırlayan risk faktörü haline gelir. Bu durumda psikolojik dayanıklılık, risk faktörlerine

rağmen kişiyi psikopatolojiye karşı koruyup dayanabilme iyileşebilme gücü verir. Koruyucu faktörler risk faktörlerine karşı bir telafi sürecine girer. Psikolojik dayanıklılık tampon görevi görerek iyi oluş haline aracı rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalarda şemaların psikolojik dayanıklılığı yordadığı belirtilmiştir. Zedelenmiş özerklik, reddedilmişlik ve zedelenmiş sınırlar şeması kişinin psikolojisi üzerinde olumsuz etkileri psikolojik dayanıklılığı negatif yönde, yüksek standartlar ile bastırılmışlık pozitif etkisiyle pozitif yönde yordamaktadır. Yüksek standartlar kişinin başa çıkma becerisine dayalı dayanıklılığa sebebiyet vermektedir. Yüksek dayanıklılık düzeyi gösteren bireylerin, yüksek psikolojik iyi oluş ve düşük depresyon riski gösterdiği görülmektedir. Yüksek pozitif algı da dayanıklılıkta önemli rol oynamaktadır. Fakat zedelenmiş özerklikte, dayanıklılık depresif belirtilerin varlığını sadece kısmen engelleyebilmiş ve dayanıklı olsalar bile depresif belirtiler göstermeye devam edilmiştir. Terapide zedelenmiş özerklik, reddedilmişlik ve zedelenmiş sınırlar gibi bahsedilen şemalar üzerinde çalışılarak dayanıklılık artırılabilir (Sağ ve Bilican, 2020).

1.2.3. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Mevcut literatür, dayanıklılığın iki boyuta dayandığına işaret etmektedir; risk faktörleri ve koruyucu faktörler.

1.2.3.1. Risk Faktörleri

Risk faktörleri, gerçek veya potansiyel olumsuz koşullara işaret eder. Ayrıca risk faktörleri, uyumsuz davranışlara veya psikopatolojik kalıplara yol açan yol açan çeşitli durumları da kapsar (Ozcan, Cekici ve Arslan, 2019). Tanımlanan risk faktörü kavramı, koruyucu faktör kavramı ile dengelenmiştir. Koruyucu faktörlerin, bir zihinsel bozukluğun veya uygun olmayan gelişmenin ortaya çıkmasını önleyen, hafifleten ve olumlu gelişme olasılığını artıran özellikler olduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır. Luthar ve arkadaşları, risk azaltıcı koşulları; genel koruyucu, dengeleyici koruyucu, teşvik edici-koruyucu ve koruyucu-tepkisel faktörlere ayırır. Kısaca koruma faktörü kavramı içerisinde, çocuğun ve çevrenin dayanıklılık faktörleri arasında bir ayrım yapılabileceği söylenebilir. Çocukla ilgili bireyselkişisel kaynaklar, olumlu mizaç özellikleri, zeka, kardeş sayısı ve cinsiyettir; bunlar daimi,

sabit ve neredeyse hiç değişmez olarak görülürler. Kendilik algısı, öz-yeterlik, özdenetim, sosyal yeterlik, pozitif benlik kavramı ve problem çözme yeteneği de kişisel dayanıklılık faktörleri alanına aittir, ancak öncekinin aksine değiştirilebilir ve eğitim, danışmanlık, özel destek programları yoluyla (daha fazla) geliştirilebilir (Rothenbusch, 2018).

Risk faktörlerinin veya koruyucu faktörlerin etkisi, gelişim durumu, yaş, cinsiyet, sosyokültürel bağlam, zaman ve coğrafi konum değişkenleri ile belirlenir. Bunları belirleyen, risk arttırıcı veya azaltan faktörlerin birikimidir. Çocuğun risk taşıyan durumlarla başa çıkmasında gerekli olan beceri ve yetenekleri (dayanıklılık faktörleri), kişisel özellik olarak, üçüncü sırada yer alır. Bu faktörler Kumpfer'e göre beş kısma ayrılır. Bunlar; bilişsel yetenekler, sosyal beceriler, duygusal istikrar, fiziksel sağlık ve inanç/motivasyondur (Wustmann, 2005).

1.2.3.1.1. Bireysel, Ailesel ve Çevresel Risk Faktörleri

Psikolojik dayanıklılık kişinin bireysel, ailesel ve çevresel faktörlerden etkilendiği dinamik bir yapıdır. Sosyal yeterlik, iletişim yeteneği, iyimserlik, öz yeterlik bireysel dayanıklılığı arttıran faktörler olurken, aile içinde uyum ve bağlılığın bulunması, ayrıca destekleyici sosyal ve toplumsal çevrenin var olması müdahale gücünü arttıran ailesel ve çevresel faktörlerdir. Kişinin bu kaynaklardan yararlanabilme imkanıyla birlikte psikolojik dayanıklılık artmakta veya azalmaktadır (Ersezgin ve Sevi-Tok, 2019).

Dayanıklılık araştırmalarının merkezinde yer alan üç önemli nokta şunlardır; riskli durumların varlığı (kronik yoksulluk, ebeveynlerdeki psikopatolojik nedenler, genç yaşta ebeveyn olma, olumlu ve sağlıklı gelişimin olmaması gibi,) akut stres durumlarına karşı yeterli olma (ebeveyn boşanmaları, başkalarıyla evlenmeleri, kardeş ölümü) ve travmatik deneyimlerden hızlıca kurtulma, daha doğrusu iyileşmedir (Wustmann, 2005).

Bağlanma en geniş anlamıyla özel bir kişiye karşı geliştirilen duygusal bağ olarak tanımlanır. Duygusal bağlanma ihtiyacı yeni doğan bebeğin hayatta kalması ve gelişimsel seyri için oldukça işlevseldir. Psikolojik dayanıklılık gelişiminin temelinde çocuğun birincil bakım veren (çoğunlukla annesi) ile arasındaki ilişki

yatmaktadır, yani küçük yaştaki bağlanma stilleriyle alakalıdır (Temiz ve Comert, 2018).

Risk faktörü kavramının odak noktası, bir çocuğun gelişimini tehlikeye atan veya bozan ve ruhsal bozukluklara ve hastalıklara yol açabilen bileşenler ve yaşam koşullarıdır. Ruhsal bozukluk olasılığını artıran her şey bir risk faktörü olarak tanımlanır. Hastalığı teşvik eden, riski artıran ve gelişmeyi engelleyen özellikler, stresörler veya savunmasızlık/kırılganlık faktörleri olarak da adlandırılır. Birincil faktörler, çocukla ilgili, genetik, doğum öncesi ve doğum sonrası özellikler (örn. düşük bilişsel yetenekler, cinsiyet, doğum sırasındaki komplikasyonlar, vb.) ve ikincil savunmasızlık faktörleri (örn. güvensiz bağlanma, yoksulluk, aile içi gerginlikler, olumsuz yaşam ortamı, alkol ve uyuşturucu kullanımı, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi) arasında ayırım yapılır (Rothenbusch, 2018).

Farklı bir bağlamda Holmes ve Rahe, yaşamı değiştiren, kritik veya travmatik yaşam olaylarının stresör olarak psiko-fizyolojik bozukluklara ne ölçüde etkisinin olduğunu belirlemişlerdir. Ebeveynlerin ölümü, boşanması ve ayrılması burada en güçlü risk faktörleri olarak açıkça tanımlanmaktadır. Bu olayların tümü kaçınılmaz olarak gelişimsel bir bozukluğa yol açmaz; belirleyici faktörlerin ve gelişimin hassas aşamaları ile olayların birikmesi sonucunda hassaslık ortaya çıkabilir. Artan kırılganlığın aşamaları, anaokulundan okula veya ergenliğe geçişi içerir. Farklı yaşam ve gelişim aşamaları bu kişiler için yeni görevler/zorlukları beraberinde getirmektedir. Cinsiyete özgü yönlere ek olarak, stresörlerin çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi, stresin süresi ve devamlılığı ve olayların sırası üzerinde de etkisi vardır. Aile riskleri çocuklukta olumsuz etki yaratma eğilimindeyken, ergenlik dönemindeki risk potansiyelleri ağırlıklı olarak akranlar arasındadır (Rothenbusch, 2018).

Günlük stresle başa çıkma, algılanan kişisel kontrol ve yaşam rolü ile ilgili dayanıklılık faktörleri arasındaki etkiyi inceleyen bir çalışmada bireyler 30 gün boyunca test edilmişlerdir. Günlük stresle başa çıkmada dayanıklılık faktörü olarak kontrol algısının önemli rol oynadığı öne sürülmüştür. Bireyler kontrol algılarının yüksek olduğu günlerde daha düşük olumsuz duygulanımda bulduklarını bildirmişler (Diehl ve Hay, 2010).

1.2.3.2. Koruyucu Faktörler

Ruh sağlığı çok yönlü olarak belirlenir. Psikososyal riskleri, kırılganlıkları ve koruyucu faktörleri içeren işlemsel süreçler, zihinsel sağlığın bireysel sonuçlarının geniş bir çeşitliliğiyle sonuçlanır. Bu üç yapının nasıl çoğaldığını, iyileştirdiğini veya psikolojik sorunları nasıl arttırdığını açıklamak önemlidir. Bunun için geliştirilen psikolojik dayanıklılık ölçeği bir takım sorunları öngörüp müdahale etmede yardımcı olur. Yapılan çalışmada dayanıklılık ölçeği depresyona sebebiyet veren umutsuzluğu öngörmüş; bu nedenle stresli yaşam olaylarının depresif ve anksiyöz belirtilerin kontrol edilmesini desteklemiştir (Hjemdal, Friborg ve Stiles, 2012). Koruyucu faktörler riskli durumların ve bireylerin gelişimsel ihtiyaçlarının olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olur; hem risk faktörlerini engeller hem de (psikolojik) iyi oluşu güçlendirir (Ozcan ve ark., 2019).

1.2.3.2.1. Ailesel Koruyucu Faktörler

Bir kişinin aktif olarak edindiği çeşitli yetenekler dayanıklılığı oluşturur, kişisel ve çevresel kaynaklar ise, bu dayanıklılığın merkezi yönleri olarak kabul edilir. Yapılan bir çalışmaya göre dayanıklılık üç faktöre dayanmaktadır (Petermann ve Braehler, 2019). Dayanıklılığın koruyucu kaynakları öncelikli olarak; pozitif kişisel gelişim, aile uyumu ve aile dışındaki sosyal kaynaklar olmak üzere üç kapsayıcı kategoride toplandığı belirtilir (Hjemdal, Friborg ve Stiles, 2012).

Çevreden gelen olumlu tepkileri tetikleyen, çocuğun özellikleri (örneğin üç aylıkken çocuğun sık sık gülümsemesi (olumlu mizaç)), ailedeki duygusal bağlar ve çocuğun güvenini, bağımsızlığını, inisiyatifini güçlendiren olumlu ebeveynlik davranışları gibi etkenler vardır. Son olarak ileriye dönük gelişim sürecinde ailenin dışındaki sosyal destek (anaokulu, okul) gittikçe daha önemli hale gelmektedir ve çocukların/gençlerin yardım taleplerinde bulunmaları ve bunları kabul etmeleri desteklenmelidir (Petermann ve Braehler, 2019).

Ana soru, ortaya çıkan risklere maruz kalan çocuklarda ruh sağlığını hangi faktörlerin koruduğu ve desteklediğidir. Bu tür bilgiler doğrudan risk altındaki çocuklara yönelik terapilerde uygulanabilir. Ampirik bulgulara göre aşağıdaki faktörler koruyucu faktörler olarak kabul edilir (Hillenbrand, 2014):

- Sosyal desteğin bulunması
- İyiliğini düşünen, şefkatli yetişkinler ve akranlarla kurulan sağlam ve güvenilir ilişkiler
- Ev ortamında şiddet ve baskının olmaması (Hillenbrand, 2014)

Ailedeki sosyal kaynaklar:

- Ebeveynler arasında tartışma sayısının düşüklüğü; çocuğun en az bir duyarlı ebeveynine yakın ilişkisi, pozitif ebeveynlik stili (cana yakın, çocukla ilgilenen, talepkâr ama çocuğun yerine getirebileceği şeyleri talep eden); pozitif kardeş ilişkileri, sosyoekonomik güvenlik, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve ailedeki değerler ile manevi inançlar (Hillenbrand, 2014).

Aile uyumu, ebeveynlik ilişkisinin istikrarı/sabitliği ve yakın kardeş ilişkileri, en az bir istikrarlı bakım verenin varlığı, takdir/değer ve saygı, özerkliğin teşviki, otoriter-demokratik bir yetiştirme tarzı, evdeki görevlerin üstlenilmesi, ebeveynlerin yüksek eğitim düzeylerinin olması koruyucu-etkili olarak kabul edilir. Çekirdek ailelerin dışında ve açık, şeffaf ve tutarlı kurallara sahip eğitim kurumları çerçevesinde olumlu ilişkiler, değerler, yakınlık, saygı ve kabul, uygun performans teşviki, olumlu pekiştirme, akran grupları ve temel becerilerin teşvik edilmesi dayanıklılığı teşvik edebilir. Böylelikle dengeleyici ve koruyucu bir etki ortaya çıkar (Rothenbusch, 2018). Bakım veren şunları yapmalıdır:

- Sürekli ulaşılabilir olmak,
- Güvenlik duygusu vermek,
- İhtiyaçlara duyarlı bir şekilde yanıt verebilmek,
- Değer verip, inanıp ve destek sunmak,
- Öz saygıyı ve kendine güveni güçlendirmek;
- Zor olarak tanımlanan sorunlara genellikle iyimser bir tutum ile meydan okuma ve bir öğrenme fırsatı vermek,
- Zorlayıcı ancak yapılabilir görevler verip ve bireysel olarak kişiye özel destek/yardım sunmak

- Başarı konusunda cesaret vermek ve geri bildirimde bulunmak.

Wustmann bu insanları yeni bakış açıları ve olasılıklara kapı açıcı olarak işlev gören, güç ve güven yayan ya da sıcaklık ve güvenlik sağlayan kilit insanlar olarak tanımlamaktadır (Fröhlich-Gildhoff ve Rönnau-Böse, 2018).

Yaş ilerledikçe dayanıklılık sürecini destekleme konusunda çevresel faktörlerin önemi artmaktadır. Yaşlı insanlar üzerine yapılan çalışmalarda temel sonuç olarak; yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek dayanıklılığın olması şeklinde ifade edilmiştir (Lindert, Schick, Reif, Kalisch ve Tüscher, 2018).

1.2.3.2.2. Bireysel Koruyucu Faktörler

Wagnild ve Young'a göre dayanıklılığın temelinde birbirleriyle etkileşimde olan faktörler vardır. Bunlar; yaşam ile tecrübenin dengelenmesi (ölçülülük), yaşamı yeniden yapılandırma ve devam etme isteği (kararlılık) ve bireyin kendine, becerilerine inanması (kendine güven), yaşamı anlamlandırma, bir amacın olduğuna inanma, yaşamın bireye özgü olduğunu kabul etme (varoluşsal yalnızlık) olarak sıralanabilir. Pozitif psikolojide dayanıklılığa ilişkin nitelikler; kişisel iyi oluş, mükemmeliyetçilik, inanç, mutluluk, iyimserlik, bilgelik, yaratıcılık, umut ve alçakgönüllülüktür. Yapılan çalışmalarda kişilik özelliklerinin de psikolojik dayanıklılık üzerinde önemli derecede açıklayıcı rol oynadığı belirlenmiştir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerde dışadönük kişilik özellikleri görülmekte; sosyal becerilerinin iyi olduğu ve sosyal ortamlarda bulunmak istemeleri sebebiyle sosyal çevrenin etkilerinin önem kazandığı ifade edilebilmektedir. Nörotiklik kişilik özelliği olan kişilerin kendilerini olumsuz değerlendirmeleri, benlik saygılarının düşmesine, depresyon düzeylerinin yükselmesine ve durumlarla başa çıkamamalarına sebep olmaktadır. Bunun sonucu olarak kırılabilirlik ve umutsuzluğa kapılıp olumsuz değerlendirmelerde bulunma gibi durumlar artarken, dayanıklılık düzeyleri de azalmaktadır (Çetin, Yeloğlu ve Basım, 2015). Genç bireylerde başarıya motivasyonu uzun süreli dayanıklılığın bileşenidir. Özgüven ve insanlar arası beceriler sıklıkla gençlerin gelişiminde dayanıklılık için önemlidir. Ruhsal bozukluklarda erken müdahale, kişisel güç, beceri, insanlar arası becerileri geliştirme

genç hastalar üzerinde olumlu etkiler bırakır (Skodol, Bender, Pagano, Shea, Yen, Sanislow ve ark., 2007).

Bunların dışında bireysel ve ailedeki sosyal kaynaklar da önemlidir. Bireysel kaynaklar:

- Genetik ve nörobiyolojik yatkınlıklar; pozitif mizaç, zeka düzeyi ve problem çözme becerisi, Duygusal düzenleme ve davranışları kontrol etme, pozitif benlik kavramı (kendine güven, yüksek benlik saygısı, yüksek özyeterlilik), olumlu, iyimser temel tutum, sosyal çevreden gelen geri bildirimler, kişilik özelliklerine dair (yetenekler, mizah, çekicilik) olarak sıralanabilir (Hillenbrand, 2014).

1.2.3.3. Psikolojik Dayanıklılığın Kişiler Üzerindeki Pozitif Etkileri

Dayanıklı bir birey sağlığa ve kişisel iyiliğe yönelme eğilimindedir. Buna göre dayanıklılık iki faktöre dayanmaktadır. Bunlar bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için kaynak elde etme becerisi ve bu kaynakları toplumsal kültüre karşı kullanması olarak ifade edilebilir. Dayanıklılığın oluşması, bir bireyin hayatının geri kalanında sorunsuz olacağı ve kriz yaşamayacağı anlamına gelmez. Kısacası, olumsuz veya tehdit edici koşullara rağmen; bireyin başarılı bir şekilde adapte olma süreci, yeteneği ve sonucu olarak ifade edilebilir (Lackova, Gimenez ve Duenas, 2019).

Çocuklar günün büyük ve önemli bir bölümünü okulda geçirirler. Dayanıklılıkları için okul, hem stresli hem de uyarıcı olabilen, kaynaklarla dolu bir ortamdır. İyi yönetilen dersler sayesinde çocuklar, günümüzün karmaşık dünyasıyla başa çıkmalarını sağlayan bilişsel ve sosyal yeterlilikler edinirler. Okul, çocukların özerklik, kimlik, başarı, sorumluluk ve bağımsızlık duygusu kazanmalarında destekleyebilir ancak okulun ailenin yerine geçemeyeceği, sadece onu tamamladığı unutulmamalıdır. Ayrıca, okul aşağıdaki alanları da desteklemektedir:

- İstikrar (kurallar, düzenlemeler, ilişkiler),
- Dayanışma (yetişkinlerden çocuklara saygı, sınıfta iyi bir atmosfer, iyi öğretmen ve çocuklar arasındaki iletişim, ortak faaliyetler)
- Teşvik edici ortam,

- Çocukların ilgilendiği rol modeller olarak yetişkinler,
- Sosyal bağlantılar,
- Aidiyet duygusu,
- Kişisel gelişim alanı (Lackova ve ark., 2019).

Güçlü yönler bir takım sorular ile belirlenebilir. Seligman tarafından çevrilen ve uzmanlar tarafından kullanılan tipik güçlü yönlere ilişkin mevcut bir anket mevcuttur (Lackova ve ark., 2019).

Şekil 2. Olumlu Nitelik ve İyi Oluş

| |
|--|
| ▪ Hangi etkinlik sizi “bu gerçekten benim” gibi hissettiriyor? |
| ▪ Çok uzun süre öğrenmek zorunda kalmadan hangi konularda iyisiniz? |
| ▪ Hangi etkinlik sizi yormaz, ancak size enerji verir ve sizi tatmin eder? |
| ▪ Hemen yaptığımız için hangi görevleri yapmanız gerektiğini hatırlatmak zorunda değilsiniz? |
| ▪ Okulda ve evde en çok ne için takdir ediliyorsunuz? |
| ▪ Sınıf arkadaşlarınız ve arkadaşlarınız sizi en çok ne için takdir ediyor? |

Kaynak: Lackova ve ark., 2019

Bu sorular güçlü yönlerin farkına varılmasına yol açar. Ancak bunları çeşitli yaşam durumları ve bağlamlarında kullanmaya devam etmek gerekir (Lackova ve ark., 2019).

Ungar’a göre dayanıklılık; olumsuz koşullarla karşılaşan bireylerin kendi refahlarını sürdüren psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel kaynaklara doğru ilerleyebilme kapasitesi olarak tanımlanır. Stresli koşullar altında olumlu sonuçlarla ilişkili faktörler gençlerde şunlardır: Tanımlanmış kimlik, güç/kontrol, adalet, maddi kaynaklara erişim, aidiyet duygusu, kültürel bağlılık (Howell, Thurston, Schwartz, Jamison ve Haselle, 2018).

Duygusal kararlılığı düşük olan bireyler genellikle daha fazla olumsuz duygu, düşük öz saygı ile depresif anksiyete belirtisi bildirirler. Dayanıklılığı yüksek olan

bireylerin tanımlayıcı özelliklerden bir tanesi diğer insanlara gösterdikleri olumlu sosyal yönelimdir. İyi sosyal becerilere sahiptirler, sosyal bağlamlarda gelişirler ve kendileri hakkında genellikle olumlu izlenim bırakırlar. Daha dışadönüktürler. Dışadönüklülüğün alt boyutu olan sosyallik ile dayanıklılık arasında güçlü bir ilişki vardır. Dayanıklı bireyler daha başarı odaklı, eğitime önem veren ve tam zamanlı işlere girdiklerini bulmuşlardır (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge ve Hjemdal, 2005).

Dayanıklılık, şiddetli psikososyal stresten olumsuz etkilenmelerine rağmen olumsuz koşullar altında bireyin nasıl sağlıklı kaldığı sorusuyla ilgilendir. Terapi yönünden bakıldığında dayanıklılık danışanın beceriler/yetenekler, sosyal destek, zevk alma, konsantrasyon, özdenetim, irade, mizah, duygusallık, dil yeteneği ve davranışlar gibi tüm psikolojik ifadelerini kapsar (Flückiger, Znoj ve Visla, 2019).

Çocuğa bağlı olan belirleyici faktörler ise; mizaç özellikleri, cinsiyet ve akılcı yeteneklerdir. Dördüncü sırada çocuğun gelişiminin sonucu yer alır. Olumlu bir gelişimin sonucu, yaşa uygun olan yetenek ve becerilerin edinilmesi ve korunmasıdır. Ayrıca dinamik süreç sayesinde, gelecekteki stres durumlarıyla başarılı bir şekilde başa çıkabilmeyi sağlar. İletişim süreçlerinin birinci kısmında kişi ve çevre etkileşimi ele alınır. Seçici algı süreçleri, aktif çevre seçimi veya sosyal ağ bağları kişiyi etkiler (Wustmann, 2005).

Çocukların ve genç yetişkinlerin olumlu uyarılar yerine olumsuz uyarılara yöneldikleri bilinmektedir. Fakat yaş aldıkça, insanlar dikkatlerini olumlu uyarana, olumlu değerlendirilen olaylara vermeye daha eğilimlidirler. Yaşla beraber stres, kaygı ve öfke duyguları azalmaktadır. Yaşlı insanlar strese ya da strese bağlı ruhsal bozukluklara karşı gençlere göre daha dirençli ve dayanıklıdır (Fellgiebel, 2018).

Destekleyici ebeveynler, olumlu uyum sağlama sürecine dönüşür ve olumlu model davranışlarla, duygusal destek ya da empatik tutumu teşvik edici bir hal alır. İkinci kısımda ise, kişi ve gelişim sonucu arasındaki etkileşimden bahsedilir. Burada etkili ya da işlevsiz başa çıkma süreçleri ön plandadır. Yalnız bu süreç için araştırmalarda büyük eksikliklerin olduğu da öne sürülmektedir (Wustmann, 2005).

1.2.3.4. Psikolojik Dayanıklılık ve Depresyon İlişkisi

Depresyon potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir duygudurum bozukluğudur ve dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenidir (Kaiser, Jansen, Schrader ve Geerling, 2019). Yapılan araştırmalarda dayanıklılık ve depresyon arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir. Türkiye’de Covid-19 salgını sırasında hemşireler ve ebelerle yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılığın depresyon ile ilişkisi incelenmiştir. Depresyon puanı yüksek olan bireylerde düşük dayanıklılık puanı saptanmıştır. Yüksek düzeyde stres yaşayan kişilerin yüksek depresyon riski olduğu fakat psikolojik dayanıklılığın depresyon belirtilerine karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu bulunmuştur (Yörük ve Güler, 2020). Fakat ergenlik dönemlerinde stresli durumlara karşı dayanıklılığın düştüğü ve bu sebeple de antidepressan ilaç kullanımında artış olduğu belirtilmiştir. Dayanıklılık, stres veya travmatik bir olay için temel bir tampondur ve psikolojik sıkıntıya karşı koruyucudur. Bu nedenle terapide dayanıklılığın değerlendirilmesi ruh sağlığı durumunun tahmin edilmesine yardımcı olacaktır. Yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılığın depresyon ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur, yüksek dayanıklılığa sahip bireylerde depresyon semptomlarının görülme olasılığı daha düşükken, düşük dayanıklılığa sahip bireylerde bu olasılık daha yüksektir. Psikolojik dayanıklılık, ruh sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan psikolojik müdahaleler için temel bir hedef olabilir (Ran, Wang, Ai, Kong, Chen ve Kuang, 2020).

Duygudurum bozuklukları özellikle gençler arasında yaygın yaygındır. Depresyon dahil olmak üzere duygu durum bozuklukları için artan riske katkıda bulunan çocukluk dönemi, aile ve çevresel faktörler gibi etkilerin tanımlanması önemlidir. Bunlar arasında; aile arası huzursuzluk/şiddet, ebeveynin bakım eksikliği, annenin ruhsal bozukluğu veya madde kullanımı ve bir ebeveynin ölümü/ ondan ayrılması yer alır. Benzer risk faktörleri; madde kötüye kullanım, suçluluk duygusu ve eğitimde başarısızlıklar gibi diğer olumsuz durumlara zemin hazırlamaktadır. Bazı gençler ise olumsuz riskli ortamlarda yetişmelerine rağmen, sağlıklı ve olgun bireylere dönüşürler. Bu gençlerin dayanıklılığı; esnek, dirençli psikolojik dayanıklılık olarak tanımlanır. Bazı çalışmalarda bu gençlerin duruma zemin hazırlayan koruyucu faktörleri araştırılmıştır. Bunlar rahat mizaç ve entelektüel

işlevsellik gibi bireye özgü doğasında bulunan özellikler içerir; aile içi özellikler örneğin aileye bağlılık ve aile dışı gelişen bağlar, ilgi alanları ya da akraba olmayan yetişkinlerle özdeşleşme olarak sıralanabilir. Gençlerin büyük bir kısmı risk altındadır; sosyal çevrelerindeki depresyon için risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi müdahale edilmesine yardımcı olur. Duygusal ve davranışsal sorunlara gösterdikleri psikolojik dayanıklılık ve zorluklara, travmaya veya diğer önemli stres faktörlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama yetenekleri bir süreci ifade eder. Dayanıklılığa, olumsuz bir olayın etkisini hafifleten dinamik bir mekanizma olarak da bakmak mümkündür. Kesitsel ve boylamsal çalışmalar dayanıklılığın kişilik özelliklerin depresif belirtiler ve uyku kalitesi üzerindeki etkisine aracılık ettiği ve bireylerde negatif erken yaşam deneyimlerine sahip olan bireylerde depresyon riskini azalttığı öne sürülmüştür. Bunun için risk faktörlerinin belirlenmesi, azaltılmaya çalışılması, koruyucu faktörlerin artırılmasının önemi çok büyüktür. Depresif belirtilerdeki risk faktörleri; sosyoekonomik düzeyin çok düşük olması ve şiddete maruz kalma dışında, fiziksel ve cinsel istismar, aile içi huzursuzluklar, başkasının başına gelen travmatik olaylara tanıklık etme ve okulda uygulanan zorbalıklardır. Bu tür faktörler çocuklukta davranışsal ve duygusal sorunlara, sonrasında ise depresif belirtilerin başlangıcına önemli bir katkı olarak kabul edilir. En önemli koruyucu faktör olan aile bağlılığı, bu bireysel risk faktörlerinden bile daha etkilidir. Aile desteği, bakımı riskli koşullar olmasına rağmen dayanıklılığı sağlamlaştırdığı görülmektedir (Denny, Fleming, Clark ve Wall, 2004).

1.3. SIKINTIYA TOLERANSSIZLIK

1.3.1. Sıkıntıya Tolerans Tanımı

Pek çok anlamda modern bireylerin kişisel kontrol ve güvenlik duygusunu kemiren teknolojik ve sosyal değişimin hızlı doğası ile stres, modern yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Algılanan stresin artması, kişinin hem fizyolojik ve hem de zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sahip olup, depresif ve anksiyöz belirtilerde artışa neden olabilir. Olumsuz duygu, belirsizlik, hayal kırıklığı ve fiziksel rahatsızlık dahil olmak üzere çeşitli olumsuz içsel durumların üstesinden gelmek için sıkıntıya tolerans devreye sokulur. Sıkıntı toleransı, bilişsel veya fiziksel

süreçlerin sonucudur, ancak kendisini duygusal bir durum olarak görür. Bu nedenle, sıkıntı toleransı esasen bir kişinin duygusal durumlarla başa çıkma kapasitesini gösterir (Özcan, 2019). Hayatta zorluklarla karşılaştığı zaman bireyler türlü başa çıkma yöntemleriyle bu sıkıntılarını gidermeye çalışırlar. Ancak her insan aynı şekilde sıkıntılarıyla başa çıkamaz, onları aynı düzeyde tolere edemez. Nelson, yaşamsal sıkıntılarının olumlu ve olumsuz duygudurum ile ilişkili olduğunu, zorluklarla baş etmenin, bu sıkıntılarının etkilerini tolere ettiğini ve olumlu ruh hali ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır (Akın, Akça ve Gülşen, 2014).

Kişiler hayatları boyunca çözüm üretmede zorlandığı, başa çıkamadığı birden çok problemle karşılaşmaktadır. Kişinin ruhsal bakımdan zorlandığı üzüntü, umutsuzluk/çaresizlik ve mutsuzluk duyduğu olumsuz duygular sıkıntı olarak tanımlanmaktadır. Sıkıntı toleransı, kişinin olumsuz duygularını hafifletmek adına eyleme geçip uzaklaşma durumu olarak görülebilir. Sıkıntıyı tolere edemeyen bireyler rahatlama çabalarına girmektedir. Sıkıntı toleransı depresif belirtiler, çaresizlik, kaygı, ilgi kaybı ve duygusal sıkıntı çekme kavramlarıyla ilişkilendirilebilir (Sezgin ve Şimşek, 2019). Sıkıntıya dayanmak veya kaçınmak, birçok kez psikolojik bozukluklarla araştırılan bir değişkendir. Kişinin iç ve dış dünyasında çeşitli zorlu durumlara karşı dayanabileceğine dair algıladığı yeterliliği ve içsel sıkıntılı durumlarla başa çıkabilme davranışlarıdır. Sıkıntıyı tolere etme bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında gösterdiği olumsuzluklarda dikkatini yönlendirmesinde ve başa çıkma stratejileri geliştirmesinde büyük rol oynar. Kaçınma ise olumsuz duyguları veya sıkıntıları ortadan kaldırmaya yönelik bilişsel ve davranış düzenleyici stratejilerinde ilk sıradadır. Kaçınmalar, kişinin hayatında uzun vadede işlevselliğini etkilediği için, sıkıntıya tolerans değişkeniyle çağın genel problemi olan depresyonda, büyük rol oynamaktadır (Çakır, 2016). Sıkıntı toleransı her türlü duygusal durumu kapsar ve bireyin bunları kontrol altında alma ve yönetme yeteneğini ortaya çıkarır. İlk Linehan tarafından 1993 senesinde tanımlanan sıkıntıya tolerans, başta borderline kişilik bozukluğu olan hastaların sıkıntıyı tolere etme kapasitelerinin düşük olduğunu ve bu nedenle bu hastalarda gözlenen dürtüsel davranışların sıkıntılarını azaltmayı amaçladığını öne sürmüştür (Ekinci ve Kural, 2017). Sıkıntı bilişsel veya fiziksel süreçlerin bir sonucu olabilir, ancak genellikle

duygusal deneyimi hafifletmek için davranış/hareket eğilimleriyle karakterize edilen duygusal bir durumda ortaya çıkar (Simon ve Gaher, 2005).

- I. Sıkıntı toleransı düşük olan bireylerin, sıkıntıyı dayanılmaz olarak bildirmeleri ve sıkıntılı ya da üzüntüyle baş edemeyecekleri beklenir.
- II. Sıkıntılı olmanın bireysel değerlendirmesinin, sıkıntının kabul edilememesini, sıkıntılı olmaktan utanmasını ve kişinin başa çıkma yeteneklerini diğerlerinden az olarak algıladığını yansıtması beklenir.
- III. Düşük sıkıntı toleransı olan bireylerin duygusal düzenlemesinin, olumsuz duygulardan kaçınmak için büyük çabalar ve deneyimledikleri olumsuz duyguları hafifletmek için hızlı bir yol kullanmakla karakterize edilmesi beklenmektedir.
- IV. Olumsuz duygular hafifletilemezlerse, düşük sıkıntı toleransına sahip kişilerin dikkatlerinin sıkıntılı/stresli duyguların varlığı tarafından tüketildiğini ve işlevlerinin olumsuz duyguların deneyimi tarafından önemli ölçüde bozulduğunu gösterir.

Sıkıntıya tolerans, duygulanım ve davranışın düzenlenmesinin çeşitli yönlerinde ortaya çıkan daha üst düzey bir yapıdır. Gross duygunun düzenlenebileceği beş nokta belirlemiştir: Durumun seçimi, durumun değiştirilmesi, dikkatin dağıtılması, bilişlerin değişmesi, tepkinin değişimi/düzenlenmesi (Simon ve Gaher, 2005).

Sıkıntıyı tolere etme çalışması çoğunlukla yetişkinlere odaklanmıştır ancak az sayıda çocukluk ve ergenlikle ilgili çalışmaların olduğu da belirtilir. Erken ergenlik sırasındaki sıkıntı toleransını anlamak bu aşamada önemlidir. Çünkü bu aşama, duygusal düzenleme, planlama ve öz kontrol gibi yüksek bilişsel süreçlerin yanı sıra, psikopatolojinin başlangıcında kritik öneme sahip, hızlı fiziksel ve sosyal değişiklikler ile karakterize edilir (Doan, Son ve Kim, 2018).

Sıkıntı toleransı, bir kişinin olumsuz duygusal durumları deneyimleme ve hayatta kalma yeteneğini ifade eden psikolojik bir yapıdır. Sıkıntı toleransı yapısı

psikoloji, madde kötüye kullanımı, anksiyete ve duygudurum bozuklukları arasındaki bozukluklar ve genel olarak psikopatoloji için teorik sonuçlara neden olmaktadır (Williams, Thompson ve Andrews, 2013).

Sıkıntı toleransı düşük olan kişilerin, tehlikeli durumların yükünü en aza indirmeye çalıştıkları, genellikle kaçınma davranışlarına maruz kaldıkları veya duygularını ve etkililiklerini sınırladıkları veya kısıtladıkları öne sürülmüştür. Ortaya çıkan hızlı acının hafifletilmesi ve olumsuz etkilerle birlikte deneyimin azaltılması, olumsuz bir pekiştirmeye ve bu tür davranışlarda sürekli bağlılığa yol açmaktadır. Sıkıntıdan kurtulma araçları davranışsal olduğu kadar bilişsel ya da deneyimsel kaçınma şeklinde de olabilir. Deneysel kaçınma en sık fizyolojik duygular, düşünceler, duygular ve hatıraları içeren; istenmeyen iç deneyimlerin sıklığını, süresini veya biçimini değiştiren davranışlarda bulunma eğilimi olarak anlaşılmaktadır. Simons ve Gaher Psikolojik stres toleransının yararlı birçok boyutlu kavramsallaştırılmasını sağlar. Bunlar;

- 1) Eğitici/koşullandıran deneyimlere tolerans gösterme kabiliyeti,
- 2) Koşullandıran deneyimlerin kabul edilmesi,
- 3) Duyguların etkin şekilde düzenlenmesi ve
- 4) Psikolojik yorgunluk, psikolojik stresin seviyesi, tehlike durumunda dikkat kaynaklarının tükenmesi olarak belirtilmiştir (Williams, Thompson ve Andrews, 2013).

1.3.2. Sıkıntıya Toleranssızlık

Sıkıntıya toleranssızlık, bir bireyin fiziksel veya psikolojik durumlara dayanamaması olarak kavramsallaştırılır. Sıkıntı toleranssızlığı yüksek olan bireylerde stres ve sıkıntıya aşırı tepki verme, zayıf başa çıkma yeteneklerine sahip olma ve olumsuzlukları hızla hafifletmek amacıyla teknikler kullanarak olumsuz duygulardan kaçınma olasılığı daha yüksektir (Le, Iwamoto ve Burke, 2021).

Sıkıntıya toleranssızlık caydırıcı duygusal durumları olumsuz değerlendirme ve bunlardan kaçınarak tepki verme konusunda öğrenilmiş eğilimi yansıtan bir kırılganlık faktörüdür. Sıkıntıya toleranssızlık hedefli bir müdahale, bağımsız veya

yardımcı bir tedavi olarak yararlı olabilir (Macatee, Albanese, Okey, Afshar, Carr, Rosenthal ve ark., 2021).

Düşük sıkıntıya tolerans gösterme becerisi olan kişilerin, hoş olmayan duygusal veya somatik durumları kabul edilemez olarak değerlendirme ve bu durumlardan kaçınmak veya sonlandırmak için uyumsuz düzenleyici stratejiler kullanma olasılığı daha yüksektir. Örneğin alkol kullanımı, bireylerin hoş olamayan deneyimlerin neden olduğu sıkıntıyı hafifletmek için kullanabilecekleri bir stratejidir. Hoş olmayan duygusal durumlara karşı zayıf toleransın genel sıkıntı deneyimini yoğunlaştırdığı ve böylece kaçınma davranışının kullanımını motive ettiği varsayılmaktadır. Bu uyumsuz davranışlar tehdit edici veya yönetilemez olarak algılanan sıkıntılı durumun derhal ortadan kaldırılması yoluyla güçlü olumsuz pekiştirme sağlar. Sıkıntıya toleranssızlık, duygudurum bozuklukları olmak üzere çeşitli psikopatoloji biçimlerinin gelişimi ve sürdürülmesiyle alakalıdır (McHugh ve Otto, 2012; Wanesh, Moreton ve McKechnie, 2020).

Sıkıntı toleransı zayıf olan kişiler, duygu ifadesini bastırmaya çalışabilir veya duygusal tepkileri azaltmak için maddeler kullanabilir. Kişinin psikolojik rahatsızlığı tolere etme yeteneği hem duygulanımı yönetmek için kullandığı strateji türlerini hem de davranış üzerindeki duygusal düzenleyici işlevleri denetlemeyi etkileyebilir. Linehan'ın biyososyal modelinde düşük sıkıntı toleransının bireysel biyolojik davranış sistemi ile sosyal çevre arasındaki işlemlerden geliştiği varsayılmaktadır. Tedavinin birincil bileşeni sıkıntı toleransını arttırmaktır. Olumsuz duygusal deneyimden kaçınmanın veya bastırmanın zararlı etkilerini ve olumsuz duyguları kabul etmenin, deneyimlemenin faydalarının olduğu varsayılmaktadır. Olumsuz duyguların hızlı bir şekilde hafifletilmesine neden olabilecek alkol veya diğer madde kullanımı gibi duygu odaklı başa çıkma stratejisi özellikle sıkıntı toleransı düşük olan bireyler için çekici olabilir. Buna ek olarak düşük sıkıntı toleransı da sigarayı bıraktıktan sonra nüks etme ile ilişkilendirilmiştir (Simon ve Gaher, 2005).

1.3.3. Sıkıntıya Tolerans Kuramsal Açıklaması

Sıkıntı toleransı duygusal düzenle yakından ilgili bir yapıdır. Araştırmalar duygu ve duygusal düzenin, sosyalleşmenin aile bağlamından etkilendiğini öne

sürerek, sıkıntıya toleransın gelişiminde ebeveynlerin katkısını dikkate alma ihtiyacını ortaya koymaktadır (Daughters, Gorka, Rutherford ve Mayes, 2014).

Duygu düzenleme, bireylerin duygusal deneyimi etkilemek ve değiştirmek için kullandıkları stratejileri ifade eder (Klimes-Dougan, Brand, Zahn-Waxler, Usher, Hastings, Kendziora ve Garside, 2007). Çocuklar ebeveynleri ve diğer aile üyelerini gözlemleyerek duygularını nasıl düzenleyeceklerini öğrenirler. Bu tepkiselliği modelleyerek öğrenmeyi, gözlemedikleri duygusal olaylara cevap vermeyi ve sosyal ilişkiyi içerebilir (Daughters ve ark., 2014). Davranışın gözlemlenmesi sonucunda ortaya çıkan empati durumu, gözlemlenen kişide davranışsal koşullanmayı temel alan, duygusal koşullanma (dolaylı duygusallık) oluşturur. Birçok duygunun gözlem yoluyla kazanılması, kişinin kendisi zarar görmediği halde bazı şeylere karşı korku geliştirmesine sebep olur. Örneğin, evde örümcek gören bir annenin verdiği tepkiyi (çığlık atma) gözlemleyen çocuk, örümceğin korkulacak bir şey olduğu sonucuna vararak annesini taklit eder. Bireyin kendisi bu durumu yaşamasa bile başkalarının yaşantılarını gözlemleyerek dolaylı şekilde korku/kaygı gibi duyguları geliştirebilir (Bayrakçı, 2007).

1.3.4. Sıkıntıya Tolerans Anne-Çocuk İlişkisi

Ebeveynin cinsiyeti ile ilgili olarak veriler, annelerin çocuklarının duygu düzenleme yeteneklerinin gelişiminde daha fazla rol oynayabileceğini göstermektedir. Annelerin sıkıntı toleranslarının ebeveynlik davranışlarını önemli ölçüde etkileyebileceği öne sürülmüştür. Susmayan bir bebeğe annenin sıkıntı toleransı göz önüne alındığında düşük toleransa sahip anne bebeğin psikolojik iyi oluşuna daha az ilgi ve merak ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Annenin çocukla etkileşim ve tepki verme şeklini etkileyen sıkıntı toleransının çocuğun duygusal gelişimini etkileyen önemli faktör olduğu söylenir. Daughters, Gorka Rutherford ve Mayes'in çalışmasının sonucunda annenin sıkıntı toleransı erkek çocukların aksine kız çocuklarında önemli bir prediktördür, yani kızları etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada modelleme öğreniminin önemi vurgulanmıştır (Daughters, Gorka, Rutherford ve Mayes, 2014). Sıkıntı toleransı düşük olan annelerin kızları da modelleme yoluyla olumsuz duygulara karşı içselleştirip onları düzenlemede de

yetersiz kalabilirler (Daughters ve ark, 2014; Qi, Rappaport, Cecilione, Hetteema ve Roberson-Nay, 2019).

Çocuğa karşı gösterilen kötü davranışların daha düşük sıkıntı toleransı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sıkıntı toleransı dikkatin dağıtılmasını, sıkıntı değerlendirmelerini ve sıkıntıya verilen tepkilerin düzenlenmesini etkileyen davranışın birçok yönüyle ilgili süreçleri etkileyebilir. Özşefkat ile ilişkili olan sıkıntı toleransı, çocuklukta kötü muamele görenlerin öz şefkatlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ergenlik döneminde hem duygusal düzenleme güçlüklerinden hem de ruhsal bozukluklardan daha fazla muzdarip oldukları söylenmektedir. Öz şefkati yüksek olan bireyler stresli durumlarda olumsuz yaşam deneyimleriyle başa çıkmak için daha uyumlu stratejiler kullanma eğilimindedirler, ayrıca travma ile de daha kolay baş edebilirler. Sıkıntı toleransı dikkat duygusal veya fiziksel sıkıntının bilişsel değerlendirmeleri dahil olmak üzere öz düzenleme ile ilgili bir dizi süreci de etkileyebilir veya bunlardan etkilenebilir (Basharpoor, Mowlaie ve Sarafrazi, 2020).

Ailelerin çoğu için, bebeklerini yatıştırmaya yönelik sosyal beklentiler hemen karşılanır; ebeveynler bebeklerini çoğu zaman rahatlatılabilir ve bebeklerinin sıkıntısını azaltmaya isteklidir. Erken bebeklik döneminde, yatıştırıcılık büyük ölçüde ebeveynin sakinleştirici teknikler kullanmasıyla başarılı ve zamanla ebeveynler, bebeğin kendi kendini yatıştırma çabalarını destekler. Bununla birlikte, bebekleri teselli edilemez bir şekilde ağlayan ailelerin bir kısmı için, ağlamayı yatıştırmada başarısız olmaları durumunda bebeklerinin sıkıntısından kendilerinin sorumlu olduğuna dair geliştirdikleri düşünceler külfetli ve mantıksız olabilir. Onlar için, ebeveyn ne yapacağını bilirse tüm ağlamaların yatıştırılabileceği varsayımı, bir ağlamayı nasıl yatıştıracağını bilme sorumluluğunu - ve bunu yapmamanın suçunu - ebeveynine yüklediğinden, potansiyel olarak incitici olabilir. Bir bebeğin teselli edilemez çığlıklarının, ebeveyn-bebek ilişkisini düzensizlik riski altına soktuğu yaygın kabul görmektedir. Kronik stres, tükenmişlik ve aşırı zorlanma, inisiyatif azalması, güçsüzlük duyguları dahil olmak üzere, ebeveynleri bir süreliğine engelleyen, buna göre, ikiliyi inanılmaz derecede zorlayıcı ancak normatif bir zaman dilimi yoluyla koruyabilecek anne başa çıkma becerilerine dikkat edilmelidir. Teselli edilemez

ağlama kısa vadeli işlevsiz ilişkinin kurulmasında çift ve bebek için büyük bir risk vardır. Erken bebeklik döneminde, ikili etkileşimler büyük ölçüde ebeveynin becerilerine ve kaynaklarına -yeni bir bebeğe bakma talepleri tarafından ağır bir şekilde vergilendirilen beceriler ve kaynaklar- dayanır. Ebeveynler, duygu düzenlemede başarısız olduklarında, hayal kırıklığı, yorgunluk, öfke, yalnızlık ve çaresizlik duyguları birikerek günler veya haftalar içinde arttığında ve bunlarla başa çıkamadığında, daha dürtüsel, daha az düşünülen bakım verme tepkileri için artan bir risk söz konusudur (Russel ve Lincoln, 2016). Gross ve arkadaşları tarafından geliştirilen baskın duygu düzenleme modeli, bireylerin duygularını düzenlemek için kullandıkları iki ana stratejiye, yeniden değerlendirme ve bastırmaya odaklanır. Yeniden değerlendirme, kişinin duygu uyandıran olay hakkındaki düşüncelerini değiştirmeyi, olumsuz etkiyi en aza indirmeyi ve bastırma ile duygusal deneyimi en aza indirmeyi ve azaltmayı ifade eder. Yeniden değerlendirmenin daha uyumlu olduğu ve daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çocukların duygu sosyalleşirmesi üzerine gelişimsel araştırmalara ve bu duygu düzenleme stratejilerinin etkileri üzerine yetişkin literatürüne dayanarak, duygularını yeniden değerlendirebilen ebeveynlerin, sıkıntıya daha iyi tahammül edebilecek çocuklara sahip olma ihtimallerinin daha yüksek olması beklenir, çünkü yeniden değerlendirme daha az olumsuz duygu, daha fazla olumlu duygu ve daha iyi kişilerarası işlevsellikle ilişkilidir. Bu beceriler, daha yüksek seviyelerde sıkıntı toleransına yol açacaktır. Öte yandan bastırma, daha fazla olumsuz duygu ve kardiyovasküler sistemin artan sempatik aktivasyonu ile ilişkili olduğundan, duyguların bastırılmasının daha düşük seviyelerde sıkıntı toleransına yol açacağını bekleriz. Bununla birlikte, aynı zamanda, doğası gereği bastırma kişinin duygularını gizlemekle ilgili olduğundan, etkilerinin sosyal olarak ebeveynlerden çocuğa aktarılması daha az olasıdır. Anne ve baba rollerini ayrı ayrı inceleyen birkaç çalışma, her ebeveynin çocuk duygu düzenleme gelişimine farklı şekilde katkıda bulunduğunu bulmuştur. Örneğin babaların çocukların olumsuz duygularını en aza indirme olasılığı daha yüksekken, annelerin duygu ifadesini ve problem odaklı stratejileri kullanmayı teşvik etme olasılığı daha yüksektir. Genel olarak anneler, çocukların duygusal yaşamlarına daha fazla katıldıklarını da bildirmektedirler (Klimes-Dougan ve ark., 2007).

Yapılan bir başka çalışmada 8-12 yaş arası çocuklarda, sıkıntı toleransının depresyonla ilişkili olduğu ve annede duygu düzenleme stratejileriyle önemli bir korelasyona sahip olduğu belirtilmiştir. Sıkıntı toleransı testlerini tamamlayabilen çocuklar, görevi tamamlayamayan akranlarına kıyasla daha düşük depresyon seviyelerine sahipti. Özellikle, sık sık yeniden değerlendirme stratejisini kullandıklarını bildiren annelerin, sıkıntı toleransı görevinde daha iyi olan çocukları vardı. Bulgular, annelerin duygu düzenleme stratejisinin babalara kıyasla çocuklarının duygu düzenleme stratejisi kullanımıyla daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Klimes-Dougan ve ark., 2007).

Bir diğer çalışmada ise annelerin yeniden değerlendirilmesi, yani duygusal uyarının anlamını yeniden yorumlayarak duygusal tepkilerinin yörtüncesini ne ölçüde değiştirdikleri, çocuklarda daha iyi sıkıntı toleransı yeteneklerine yol açtığını işaret etmiştir. Bu, yeniden değerlendirmenin duygu düzenleme için en sağlıklı ve etkili strateji olduğunu öne süren geçmiş araştırmalarla tutarlıdır (Gross, 2002). Sonuçlar, duygu düzenleme stratejisinin birey üzerindeki etkilerini incelemenin ötesine geçerek ebeveynlerin duygu düzenleme stratejilerinin çocuklarının düzenleyici işleyişini etkilediğini öne sürmektedir. Bununla birlikte, bastırmanın çocukların sıkıntı toleransı ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Bunun bir olasılığı, doğası gereği bastırmanın kişinin duygularını gizlemesidir. Yeniden değerlendirmeyi kullanan ebeveynler, yüksek sesle düşünüyor veya çocuklarıyla, sıkıntıya toleransı artırmaya yardımcı olabilecek sinir bozucu ve olumsuz olayları nasıl yeniden yorumlayacaklarını tartışıyor olabilir. İlginç bir şekilde, ebeveynlerin yansıtıcı işleyişinin kişinin zihinsel durumları hakkında düşünme yeteneğinin çocukların sıkıntılarına karşı artan toleransla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Doan ve ark., 2018).

1.3.5. Sıkıntıya Tolerans ve Depresyon Çalışmaları

Yapılan bir araştırma bireyin olumsuz pekiştirmeye motive edilen davranışlarda bulunma eğilimini değerlendirmenin bir yolu olarak sıkıntı toleransının incelenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Kadınlarla yapılan çalışmada depresif belirtilerin ve alkol kullanımının düşük sıkıntıya tolereansla ilişkili olduğunu ve

sıkıntıya toleransın bir aracı risk faktörü olduğunu öne sürmüştür (Gorka, Ali ve Daughters, 2012).

Depresyon ayrıca travma ve sıkıntı toleransı ile önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir. Depresyonla ilişkili diğer bir faktör olumsuz duygusal durumlara dayanma olarak tanımlanan sıkıntı toleransıdır. Ellis, Vanderlind ve Beevers majör depresyon bozukluk tanısı konan bireylerin, tanısı olmayan bireylere göre daha düşük sıkıntı toleransına sahip oldukları bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki sıkıntı toleransına ilişkin bulgular çalışmalar arasında farklılık gösterse de, cinsiyetin sıkıntı toleransı ile içselleştirme belirtileri arasındaki ilişkiyi hafiflettiği bulunmuştur, öyle ki düşük sıkıntı toleransı olan kızlar, yüksek sıkıntı toleransı olan kızlardan daha fazla içsel belirtiler bildirmişlerdir (Rette, Arnold, McDonald, Hoptman, Collins ve Iosifescu, 2021).

Sıkıntı toleransı göstermekte zorlanan bireylerin daha fazla depresif belirtiler gösterdiği belirtmiştir. Fakat depresyon ile olan ilişki literatürde sınırlıdır. Artan olumsuz duygulanım, depresyonun ayırt edici bir belirtisidir, bu nedenle olumsuz veya rahatsız edici duygusal durumlara dayanma yeteneği muhtemelen ilgili bir faktördür. Sadece sınırlı sayıda makale sıkıntı toleransını özellikle depresif belirtilerle ilgili olarak incelemeye çalışmış olsa da sıkıntı toleransı aracılık eden önemli bir ölçü olarak görülmüştür. Toleranssızlık kişinin olumsuz duyguları tolere etme yeteneğindeki eksiklikleri kapsar. Macatee ve arkadaşları (2021) sıkıntı toleranssızlığı ile stres altında olumsuz dikkat yanlılığını incelemiştir. Çalışmada katılımcılar mutlu, nötr, öfke ve üzüntü uyaranlarını içeren temel dikkat görevini tamamlayıp laboratuvarında sonrasında strese maruz bırakılmışlardır. Sonrasında ilk görevi stres altında görevi tamamlamışlardır. Sıkıntı toleranssızlığı yüksek olan bireyler strese maruz kaldıktan sonra pozitif uyaranlara karşı dikkatlerinin azaldığını, düşük sıkıntı toleranssızlığı olan bireylerde ise stresten sonra pozitif uyaranlara dikkatin arttığı gösterilmiştir. Bir çok tedavide pozitif etkiyi arttırmak için belli yöntemler kullanılmaktadır. Örneğin BDT (Bilişsel-Davranışçı Terapi)'lerdeki ödüllendirici faaliyetler buna örnek gösterilebilir. Yine BDT'de bireylerde olumlu aktivitelerde bulunma, olumlu duygulara dikkati çekme becerileri geliştirilebilir. Duygudurum bozukluğunda olumlu aktiviteler planlama, olumlu olaylara katılma ve

bunları takdir etme, genel olarak pozitifliği geliştirmeyi ve bunun tadını çıkartmayı öğrenmeye odaklanır (Lass ve Winer, 2020). Depresyon öyküsü olan kişiler ve düşük sıkıntı toleransına sahip bireylerde daha fazla sigara içme eylemleri mevcuttur. Sigara ile yapılan araştırmada düşük sıkıntı toleransına sahip bireylerin tedaviyi bırakma ve nüks oranı artmaktadır. Negatif duyguduruma karşı kırılğan olan bireylerin sigara içme oranı yüksektir (Perkins, Karelitz, Giedgowd, Conklin ve Sayette, 2010).

1.3.6. Sıkıntıya Tolerans ve Psikolojik Dayanıklılık Çalışmaları

Morris, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerin, karşılaştıkları sıkıntılar karşısında bu durumları tolere etme gücü düşük olan bireylere göre daha az sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir (Akm, Akça ve Gülşen, 2014).

Psikolojik dayanıklılık, bir bireyin stresli bir durumdan geçmesine rağmen eski durumuna dönme yeteneği olarak tanımlanmıştır. Mangham, McGrath, Reid ve Stewart dayanıklılığı; bireylerin, ailelerin ve toplulukların stresli veya riskli durumlarda kullanabilecekleri etkili bir baş etme stratejisi olarak tanımlamışlardır. Dayanıklılık kapsamında sıkıntı toleransı koruyucu bir faktör olarak alınmıştır. Sıkıntı toleransı, olumsuz bir psikolojik durumun deneyim ve toleransı anlamına gelir. Bilişsel veya fiziksel süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar, ancak kendini duygusal bir durum olarak gösterir. Literatürde sıkıntıya tolerans güçlüğü ile duygu düzenleme arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada tartışılmıştır. Bazılarında, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde aşırı dürtüsel davranışların ve duygusal dalgalanmaların görülmesinin, yaşanan rahatsızlığı azaltabileceği ve bu bireylerin daha düşük düzeyde sıkıntı yaşamasına imkan verebileceği öne sürülmüştür. Sonuç olarak, Linehan'ın diyalektik davranışçı terapi modeli, tedavinin ana bileşenlerinden biridir ve sıkıntıya tolerans kapasitesini artırmayı amaçlamaktadır. Sıkıntıya tahammülsüzlük ile ilgili diğer çalışmalar, rahatsızlığa karşı toleransı düşük olan kişilerin, stresli bir durumla karşılaştıklarında uyumsuz davranış (madde kullanımı gibi) ve duygusal tepkiler (kaçınma gibi) ve risk alma, travma belirtileri göstermeye daha meyilli olduklarını göstermektedir. Sonuç olarak, sıkıntı toleransı düşük olan kişilerin stresli durumlarla baş etmekte ve duygularını düzenlemede bazı güçlükler yaşadıkları bildirilmektedir (Ozcan ve ark., 2019).

Yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde dayanıklılık ve sıkıntı toleransı arasındaki ilişkileri etkileyen bilişsel esnekliğin aracı rolü ve duygu düzenlemedeki zorlukları incelenmiştir. Her şeyden önce çalışma, sıkıntı toleransının dirençliliğe doğrudan etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, ancak sıkıntı toleransı ile dayanıklılık arasında önemli bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bu sonuç, iki değişkenin iç içe geçmiş olabileceği gerçeğiyle açıklanabilir. Sıkıntı toleransının temel bileşenlerinden biri olan duygusal esneklik, caydırıcı bir durumla uyumlu olarak başa çıkma becerilerine de izin vermiştir. İlgili literatürde duygusal esnekliğin potansiyel olarak dayanıklılıkla ilişkili olduğuna işaret eden birçok çalışma bulunmaktadır. Zvolensky, Vujanovic, Bernstein ve Leyro (2010) da sıkıntı toleransının bilişsel, duygusal ve fiziksel düzenlemeyi etkileyebileceğinin ve bundan etkilenebileceğinin altını çizmiştir. Tüm bu duygusal düzenleme, bilişsel düzenleme ve fiziksel düzenlemeler dayanıklılıktır. Bu açıdan bakıldığında, sıkıntı toleransı ve dayanıklılık arasındaki ilişkiyi etkileyen bazı faktörlerin olduğu düşünülebilir. Bu nedenle, üniversite öğrencilerinde dayanıklılık ve sıkıntı toleransı arasındaki ilişkilerde bilişsel esnekliğin aracı rolü vardır. Birçok çalışma, kişinin bilişsel esnekliğinin, bakış açılarını hoşgörü ve dayanıklılığı sıkıntıya sokmak için çok önemli bir şekilde değiştirdiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle önceki çalışmalar mevcut bulgularla desteklenebilir (Ozcan ve ark., 2019).

1.3.7. Sıkıntıya Tolerans ve Diğer Çalışmalar

Sıkıntıya toleransın klinik önemi olmasına rağmen bu alanda yapılan araştırmalar erken aşamadır ve literatürde sınırlıdır (Basharpoor ve ark., 2020). Araştırmacılar psikopatolojinin temel mekanizmalarını hedefleyebilecek ve komorbiditeleri olan hastalara daha iyi hizmet verebilecek müdahaleleri uyarlamak için birden fazla duygusal bozukluk türünün altında yatan faktörleri belirlemeye çalışmışlardır. Zayıf sıkıntı toleransına sahip bireyler, olumsuz duyguları dayanılmaz bulabilir, sıkıntıyla baş edemeyeceklerine inanabilir, olumsuz duygulardan kaçınmaya veya bu duygulardan olabildiğince çabuk kurtulmaya çalışabilir. Sosyal anksiyete Tedavi sürecinde ele alınan sıkıntı toleransının yapılan bir çalışmada semptomların şiddetini öngördüğünü vurgulamış ve böylelikle iyileşme oranını da etkilediği düşünülmüştür (Katz, Rector ve Laposa, 2017). Sıkıntı toleransı ile ilgili

yapılan bir diğerk çalışma ise travma sonrası stres belirtileriyle (TSSB) ilgilidir. Yapılan araştırmanın sonucuna göre travmatik bir olay sırasında veya olaydan bir vakit sonra yaşanan duygunun kişinin olumsuz duyguları deneyimleme ve tolere etme eğilimi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Travmatik duygusal yoğunluk özellikle sıkıntıyı tolere etme yeteneği daha düşük kadınlar için daha şiddetli travma sonrası stres belirtileri ile ilişkilidir. Sıkıntıya tolerans travma sonrası belirtileri öfke, utanç ve üzüntüyü hafifletebilmektedir. Duygusal sıkıntıya daha az tolere edebildiklerini algılayan bireyler, travmaya bağlı öfkeyi ele almak veya ona göre hareket geçmek için güçlü dürtüler hissetme eğiliminde olabilmektedirler. Üzüntü üzerine yapılan araştırmalar sınırlı olsa da bulgular, kişinin üzücü duyguları daha az tolere edebildiklerine, geri çekilmelerine ve izole olmalarına neden olması olası görölmektedir (Hood, Jones, Flores, Badour ve Feldner, 2020). Ayrıca bu kavram bağımlılık ve madde kullanımında da önemlidir. Lazarus madde kullanımını, bilişsel becerilerin gerekli olmadığı, problem odaklı olmayan, bunun yerine anlık duygusal değişiklikleri hedefleyen stresle başa çıkma stratejisi olarak tanımlanmıştır. Sıkıntı toleransı hastalıkların etiyopatogenezinde dikkate alınması gereken bir faktör olarak görölmekle kalmaz, aynı zamanda üzerinde çalışılması, güçlendirilmesi gerekir ve bu anlamda hastanın tedaviye yanıtı ve tedavinin sürdürölmesi üzerinde etkisi vardır (Ekinci ve Kural, 2017).

Algılanan sıkıntı toleransı hem intihar düşüncesi ve davranışı hem de travma sonrası stres belirtileri ile ilgili olan psikolojik bir faktördür. Algılanan sıkıntı toleransı, intihar düşüncesi ve davranışı ile ilişkili olduğunu göstermiştir; öyle ki, algılanan (yani kendi kendine bildirilen) duygusal sıkıntı toleransının daha düşük seviyeleri, intihara meyilli olmayan kendine zarar verme ile ilişkilendirilmiştir, intihar davranışları için güçlü bir risk faktörüdür. Benzer şekilde, algılanan sıkıntı toleransının TSSB semptom şiddeti ile anlamlı negatif bir ilişkisi vardır. Araştırmalar, daha düşük algılanan sıkıntı toleransına sahip bireylerin, TSSB semptomlarına özellikle tehdit edici olarak tepki verebileceğini, kaçınma ile meşgul olabileceğini ve daha yoğun bir şekilde uyarılmayı deneyimleyebileceğini göstermektedir. Düşük algılanan sıkıntı toleransı hem daha fazla intihar etme isteği hem de artmış TSSB semptomları ile ilişkili olabilir. Güncel çalışmalar, TSSB

semptomları ile intihar düşüncesi ve davranışı arasındaki ilişkilerde sıkıntı toleransının hem aracılık hem de moderatörlük rollerini desteklemiştir. Örneğin, yatarak tedavi gören psikiyatrik hastalar arasında, algılanan sıkıntı toleransı, TSSB semptom şiddeti ile intihar düşüncesi veya davranışı nedeniyle hastaneye yatış arasındaki ilişkiye aracılık etti. Benzer şekilde yerleşim yeri, madde kullanım bozukluğu tedavisi gören yetişkinlerde, davranışa endeksli sıkıntı toleransı, TSSB ile tıbbi olarak katılan intihar girişimleri arasındaki ilişkiyi hafifletmiştir (Kratovic, Smith ve Vujanovic, 2021).

Baker, Piper, McCarthy, Majeskie ve Fiore'e göre, bağımlılığın başlangıçta kaçışın ve nihayetinde duygusal sıkıntıdan kaçınmanın bağımlılık davranışını sürdürmenin baskın nedeni olarak kabul edilir. Kaçınma davranışı hem sağlık sorunları için tedavi arayışında olmaması, hem de tedaviye uyumsuzlukla ilişkilidir (MacPherson, Stipelman, Duplinsky, Brown ve Lejuez, 2008). Sıkıntı toleransı özellikle sigara içimi, madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, anksiyete ve yeme bozukluğu ve yanı sıra bir sürü başka belirti kümeleriyle ilişkilidir (Veilleux, Hill, Skinner, Pollert, Baker ve Spero, 2018).

Pek çok çalışma, düşük sıkıntı toleransı ile algılanan stres arasındaki ilişkinin, bireyler üzerindeki etkisinin sıkıntıya tepkisi ile açıklanabileceğini bulmuştur. Lynch ve Mizon, stres toleransı düşük olan bireylerin çevrelerindeki stresli olaylara daha fazla dikkat edebileceğini ve bunun da onların daha yüksek derecede olumsuz duygulanım yaşamasına ve baş etme yeteneklerinde zorluklar yaşamalarına neden olduğunu belirtmiştir. Cheng ilginç bir şekilde, herhangi bir baş etme stratejisi kullanmanın bireyin stresle etkili bir şekilde başa çıkmasını engellediğini belirtmiştir. İnsanların etkili başa çıkma stratejilerini kullanma konusunda esnek olmaları ve çeşitli stresli durumlarla başa çıkmak için en iyisini seçmeleri gerekir. Bununla birlikte, hoş olmayan içsel durumları tolere etmekte zorluk çeken bireyler, stresli durumları olumsuz olarak görebilir ve sorunları oldukça etkisiz bir şekilde aşma eğiliminde olabilirler. Birçok çalışma, sıkıntı toleransı düşük olanların daha fazla davranış problemi (madde kullanımı gibi) ve duygusal problemler (kaçınma gibi) ve gösterme eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla, sıkıntı toleransı düşük olan kişilerin stresli durumlarla baş etmede ve duygularını düzenlemede güçlük

çektikleri belirtilmiştir. Dikkatin düzenlenmesi de tehlike toleransı için çok önemlidir. Dahası, birçok araştırma bilişsel esneklik ile sıkıntı toleransı arasında önemli bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır. Bu anlamda, duyguları kontrol etme gücü olarak görülen sıkıntı toleransı, kişinin bilişsel olarak esnek olma ve duyguları düzenleme yeteneği ile ilişkilidir. Bu anlamda, daha yüksek bir sıkıntı toleransı kapasitesi sergileyen kişiler, duygularını yönetebilir ve durumları çözmek için alternatif yöntemler geliştirebilirler. Buna paralel olarak, birçok çalışma farkındalık ve sıkıntı toleransı arasındaki önemli ilişkiyi göstermiştir. Başka bir deyişle, stres toleransı düşük olan bireyler çoğunlukla, farkındalık eğitimi yoluyla caydırıcı veya zorlayıcı fiziksel ve duygusal deneyimler için yargılayıcı olmayan bir kabul ve görüş geliştirme yeteneğini sürdürürler ve stres algılarını azaltabilirler (Özcan, 2019).

Premenstrüel disforik bozukluğu olan kadınlarla yapılan çalışmada sıkıntı toleransı arasında ilişki bulunmuştur. Bu bireylerin tolerans düzeylerinin düşük olduğu ifade edilmiştir (Erzin ve ark, 2020). Yapılan bir diğer çalışmada özyeterlilik ile sıkıntı toleransı incelenmiş ve arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve sıkıntıyı tolere etme düzeyinin duygusal özyeterlilik üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur. Duygusal özyeterlilik yüksek olduğunda tolere etme gücünün arttığı, düşük sıkıntı toleransına sahip kişilerin üzüntülü durumlarla başa çıkamadığını, sıkıntıyı dayanılmaz gördüğünü, kontrol edemedikleri için endişelendiklerini ve utandıklarını belirtilmiştir (Çutuk, 2019).

Mevcut teoriler, sıkıntı toleransı düşük (algılanan veya davranışsal olarak gözlemlenen) bireylerin, olumsuz uyarılar sunulduğunda olumsuz pekiştirme fırsatlarından yararlanma olasılığının daha yüksek olabileceğini öne sürmektedir. Dahası, sıkıntıya tahammülsüzlüğün, düzensiz yeme davranışlarının ve kasıtlı kendine zarar verme, madde kötüye kullanımı ve riskli cinsel davranışlar dahil olmak üzere diğer birçok dürtüsel davranışın altında yatan önemli bir mekanizma olduğunu belirtilmiştir. Ek olarak, araştırmalar, kişinin bildirdiği sıkıntı toleransı ile düzensiz yeme davranışları ve madde kötüye kullanımı arasında bir ilişki bulunmuştur (Anestis, Lavender, Marshall-Berenz, Gratz, Tull ve Joiner, 2012).

1.4. AMAÇ

Bu araştırmanın amacı anne ve annelerinin yanında yaşayan kız çocuklarının depresyonlarının veya depresyon belirtilerinin, psikolojik dayanıklılıkları ve sıkıntıya toleransları ile ilişkisinin incelenmesidir. Annelerin, geçmişten günümüze kadar getirdiği yaşam olaylarına bağlı olarak, geliştirdiği başa çıkma stratejilerinin ne kadar yeterli olduğu ve bu durumun, kız çocuklarının ne düzeyde etkilendiği amaçlanmaktadır. Bu çalışmada annelerin algılanan depresyon düzeylerine bağlı olarak, kızlarını ne kadar etkilediğini; annelerin sıkıntıyı tolere etme düzeylerinin, kızları üzerindeki etkisi; kızların bu algıyı ne düzeyde içselleştirdiği ve tolere ettiğini belirlemek; son olarak annelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kızlarını ne düzeyde etkilediği, kızların bu durumu algılama ve yaşamsal olaylarına dahil etme düzeylerini belirlemek; 18-30 yaş aralığındaki kızların yaşantılarında annenin ne yönde rol üstlendiği konusunda veriler elde etmek ve anne kız ilişkisine yönelik yürütülen çalışmaların derinlik kazanmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Çalışmanın örneklemini 174'ü (%50,0) anne ve 174'ü (%50,0) kızları olmak üzere toplamda 348 birey oluşturmaktadır. Katılımcı annelerin yaş aralığı 37 ile 66 yaş arasında değişmektedir (ort. 49,85 ± 6,24). Katılımcı kızların yaş aralığı ise 18 ile 30 yaş arasında değişmektedir (ort. 23,53 ± 2,50). Katılımcıların %36,2'si (n = 126) Marmara Bölgesinden, %24,1'i (n = 84) Doğu-Güneydoğu Anadolu Bölgesinden, %20,1'i (n = 70) Karadeniz-İç Anadolu Bölgesinden ve %19,5'i (n = 68) Ege-Akdeniz Bölgesinden çalışmaya katılım sağlamaktadır. Katılımcı kızların %100,0'ü (n = 174) anneleri ile yaşamaktadır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Çalışmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik tıbbi rahatsızlık ve psikolojik destek alma durumu gibi özelliklerin yanı sıra kız katılımcılar için kardeş sayısı, doğum sırası, anne ile vakit geçirme sıklığı gibi sosyodemografik özelliklerin belirlenmesini amaçlayan, toplamda anneler için 11, kızlar için 17 soru yer almaktadır.

2.2.2. Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği

McHugh ve Otto tarafından geliştirilen Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği, bireylerin çeşitli stresörlerden tetiklenen sıkıntı verici içsel durumlarla ilgili başa çıkmaya yönelik dayanabilirliklerini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. 10 maddeden oluşan bir ölçektir. Cevaplar beşli likert tipinde verilmektedir (0 = Çok az, 4 = Çok fazla). Ölçekten elde edilen yüksek puanlar bireyin sıkıntıya toleranssızlığının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır.

Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması Çakır tarafından yapılmış ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçek bütünü için 0,92 olarak bulunmuştur (Çakır, 2016).

2.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından (1961) geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği depresif belirtileri tarama amaçlı oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Dörtlü ifadeler şeklinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Bu ifadeler belirtilerin ciddiyetine göre sıralanmakta ve yok ile şiddetli arasında değişmektedir. Belirtinin şiddetini belirlemek için 0 ile 3 arasında değer atanmaktadır. Toplam puan aralığı 0 ile 63 arasında değerlendirilir, yüksek puanlar bireyin depresif belirti seviyesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir; kesme puanı ise 17 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Hisli tarafından yapılmış ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçek bütünü için 0,74 olarak bulunmuştur (Beck ve ark., 1961; Hisli, 1989).

2.2.4. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg tarafından geliştirilen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, bireyin genel olarak başarı veya uyum sağlama sürecini değerlendiren 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Yapısal stil (3, 9, 15, 21), gelecek algısı (2, 8, 14, 20), aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32), kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31), sosyal yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29) ve sosyal kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır (Basım ve Çetin, 2011). Alt boyutlar bu çalışmada kullanılmamıştır.

Ölçeğin bireyler tarafından önyargılı değerlendirilmesinden kaçınmak için cevapların karşısında bulunan beş ayrı kutucuk beşli likert biçiminde değerlendirilir. Ölçeğin puanlama şekli serbest bırakılmıştır. Bu çalışmada puanlar yükseldikçe psikolojik dayanıklılığın artması şekli seçilmiş ve kutucuklar soldan sağa 1 2 3 4 5 olarak değerlendirilmiştir. 1, 3, 4, 8, 11 ile 16 arası, 23, 24, 25, 27, 31 ve 33 numaralı maddeler ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa değerlendirme 5 4 3 2 1 olarak yapılır, ayrıca 2, 5, 6, 7, 9, 10, 17 ile 22, 26, 28, 29, 30, 32 numaralı maddeler ters puanlanır (Güngörmüş, Okanlı ve Kocabeyoğlu, 2015). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Basım

ve Çetin (2011) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ölçek bütünü için 0,86 olarak bulunmuştur.

2.3. UYGULAMA

Çalışma grubu, anneler ve 18 ile 30 yaş aralığında bulunan, anneleri ile birlikte yaşayan kızları olarak belirlenmiştir. Araştırma katılımcıların gönüllülük esasına dayalı olarak internet üzerinden online form doldurmaları ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar çalışmanın amacı, cevapların ve kimliğin gizliliği hususunda bilgilendirilmiş, akabinde uygulanma yapılmıştır. Toplamda 196 anne ve 196 kız katılımcıya ulaşılmasına rağmen, kız katılımcıların yaş aralığının tutmaması ve anneleriyle yaşamıyor olması gibi sebeplerden dolayı bazı veriler çıkartılmıştır. Analize 174 anne ve 174 kız katılımcılar ile devam edilmiştir.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 21.0 versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Beck Depresyon Ölçek puanına ait dağılımların incelenen değerler soucunda ve gözlem sayısında yeterli olmasından dolayı normal dağılım olduğu varsayılmıştır. Sıkıntıya Toleranssızlık ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçek puanlarına ait dağılımlar, Kolmogrov-Smirnov Normallik Testi sonucu normal dağılım sergilemektedir.

Çalışmada ilk olarak, sosyodemografik değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımı ile yaş, kardeş sayısı ve doğum sırası değişkenlerinin betimleyici istatistik değeri verilmiştir. Ardından Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puanlarının betimleyici istatistik değerleri verilmiş, güvenilirlik katsayıları hesaplamıştır. Ele alınan ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerini, ayrıca anne ve kız katılımcıların ölçek genel toplam puanlarının birbirleriyle ilişkilerini görmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Anne ve kız katılımcıların ölçek genel toplam puanları, Eşleştirilmiş Gruplar için t-testi ile karşılaştırılmıştır. Çalışma gruplarının sosyodemografik değişkenler açısından Farklı Gruplar için t-testi analizi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır.

2.5. SONUÇLAR

Çalışmada ilk olarak katılımcıların sosyo-demografik değişkenlerinin sayılarıyla yüzde dağılımları ve betimleyici istatistikleri, bunun dışında üç ölçeğin genel toplam puanlarının betimleyici istatistikleri, güvenilirlik katsayıları ve korelasyon analiz sonuçları, son olarak ise eşleştirilmiş gruplar ve farklı gruplar için t-testi analizi ve Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 1. Anne Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı

| | Yaş | n | % |
|---------------|-----------------|-----|--------|
| Yaş | 50 yaş ve altı | 104 | 59,80 |
| | 51 yaş ve üstü | 70 | 40,20 |
| Medeni Durumu | Bekar | 1 | 0,60 |
| | Evli | 152 | 87,40 |
| | Dul | 9 | 5,20 |
| | Boşanmış | 12 | 6,90 |
| Eğitim Durumu | İlkokul | 99 | 56,90 |
| | Ortaokul | 29 | 16,70 |
| | Lise | 34 | 19,50 |
| | Önlisans-Lisans | 11 | 6,30 |
| | Lisansüstü | 1 | 0,60 |
| | Toplam | 174 | 100,00 |

Anne katılımcılar arasında 50 yaş ve altı olan 104 kişi (%59,8) ve 51 yaş ve üstü olan 70 kişi (%40,2) bulunmaktadır. Lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcı anneler örneklemin %26,4'ünü (46 kişi), ortaokul mezunu olan katılımcılar %16,7'sini (29 kişi) ve ilkokul mezunu olan katılımcılar %56,9'unu (99 kişi) oluşturmaktadır. Katılımcıların %87,4'ü (152 kişi) evli, %6,9'u (12 kişi) boşanmış, %5,2'si (9 kişi) dul ve %0,6'sı ise (1 kişi) bekârdır (Tablo 1).

Tablo 2. Kız Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı

| | | n | % |
|----------------------------------|---------------------------------|-----|--------|
| Yaş | 23 yaş ve altı | 89 | 51,10 |
| | 24 yaş ve üstü | 85 | 48,90 |
| Medeni Durumu | Bekar | 173 | 99,40 |
| | Evli | 1 | 0,60 |
| Eğitim Durumu | Lise | 8 | 4,60 |
| | Önlisans-Lisans | 155 | 89,10 |
| | Lisansüstü | 11 | 6,30 |
| Kardeş Sayısı | Kardeşi olmayanlar | 9 | 5,20 |
| | Kardeş Sayısı 1 olanlar | 55 | 31,60 |
| | Kardeş Sayısı 2 olanlar | 51 | 29,30 |
| | Kardeş Sayısı 3 olanlar | 26 | 14,90 |
| | Kardeş Sayısı 4 ve üstü olanlar | 33 | 19,00 |
| Çocuk Sırası | İlk | 66 | 37,90 |
| | İkinci | 57 | 32,80 |
| | Üçüncü | 25 | 14,40 |
| | Dördüncü ve üstü | 26 | 14,90 |
| Anne ile Telefon Görüşme Sıklığı | Her gün | 109 | 62,60 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 25,30 |
| | Ayda birkaç kez | 5 | 2,90 |
| | Nadiren | 16 | 9,20 |
| Anne İle Sosyal Aktivite Sıklığı | Her gün | 15 | 8,60 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 25,30 |
| | Ayda birkaç kez | 37 | 21,30 |
| | Nadiren | 78 | 44,80 |
| Anne Baba birlikteliği | Evet | 151 | 86,80 |
| | Hayır | 23 | 13,20 |
| | Toplam | 174 | 100,00 |

Kız katılımcılar arasında 23 yaş ve altı olan 89 kişi (%51,1) ve 24 yaş ve üstü olan 85 kişi (%48,90) bulunmaktadır. Lisans veya önlisans derecesine sahip olan katılımcı kızlar örneklemin %89,1'ini (155 kişi), yüksek lisans mezunu olan katılımcılar %6,3'ünü (11 kişi) ve lise eğitim durumuna sahip olan katılımcılar %4,6'sını (8 kişi) oluşturmaktadır. Katılımcıların %99,4'ü (173 kişi) evli, %0,6'sı ise (1 kişi) bekârdır.

Katılımcıların %5,2'si (9 kişi) tek çocuktur, %31,6'sı (55 kişi) bir, %29,3'u (51 kişi) iki, %14,9'u (26 kişi) üç ve %19,0'u (33 kişi) dört ve üzeri kardeşe sahiptirler. Doğum sıralamasına bakıldığında %37,9'u (66 kişi) ilk, %32,8'i (57 kişi)

ikinci, %14,4'ü (26 kişi) üçüncü ve %14,9'u (26 kişi) dördüncü ve daha üstü sıradaki çocuk oldukları görülmektedir.

Anne ile telefonda görüşme sıklığı incelendiğinde katılımcıların %62,6'sı (109 kişi) her gün, %25,3'ü (44 kişi) haftada birkaç kez, %2,9'u (5 kişi) ayda birkaç kez ve %9,2'si (16 kişi) nadiren görüştüğü görülmektedir. Anne ile sosyal aktivite sıklığı incelendiğinde katılımcıların %8,6'sı (15 kişi) her gün, %25,3'ü (44 kişi) haftada birkaç kez, %21,3'ü (37 kişi) ayda birkaç kez ve %44,8'i (78 kişi) nadiren aktivitelere katıldığı görülmektedir. Katılımcıların %86,8'inin (151 kişi) anne ve babasının birlikte yaşadığı %13,2'sinin (23 kişi) ebeveynlerinin ayrı yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Anne ve Kızların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı

| Değişkenler | | Anne | | Kızlar | |
|----------------------------------|---------------|------|--------|--------|--------|
| | | n | % | n | % |
| Çalışma Durumu | Evet | 43 | 24,70 | 33 | 19,00 |
| | Hayır | 131 | 75,30 | 141 | 81,00 |
| Ekonomik Durumu | Düşük | 20 | 11,50 | 20 | 11,50 |
| | Orta | 119 | 68,40 | 120 | 69,00 |
| | İyi | 35 | 20,10 | 34 | 19,50 |
| Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer | Köy | 22 | 12,60 | 15 | 8,60 |
| | Belde/İlçe | 39 | 22,40 | 38 | 21,80 |
| | İl/Büyükşehir | 113 | 64,90 | 121 | 69,50 |
| Kronik Rahatsızlık | Evet | 77 | 44,30 | 24 | 13,80 |
| | Hayır | 97 | 55,70 | 150 | 86,20 |
| Psikolojik Destek | Evet | 30 | 17,20 | 32 | 18,40 |
| | Hayır | 144 | 82,80 | 142 | 81,60 |
| Antidepresan Kullanımı | Evet | 19 | 10,90 | 7 | 4,00 |
| | Hayır | 155 | 89,10 | 167 | 96,00 |
| Sigara Kullanımı | Evet | 34 | 19,50 | 35 | 20,10 |
| | Hayır | 140 | 80,50 | 139 | 79,90 |
| | Toplam | 174 | 100,00 | 174 | 100,00 |

Anne katılımcıların %24,7'si (43 kişi) çalışmakta, %75,3'ü (131 kişi) çalışmamaktadır. Gelir durumu düşük olan %11,4 (20 kişi), orta olan %68,6 (120 kişi) ve yüksek olan %20,0 (35 kişi) katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların %12,6'sı (22 kişi) yaşamlarının büyük çoğunluğunu köyde, %22,4'ü (39 kişi) belde

veya ilçede ve %64,9'u (113 kişi) il veya büyükşehirde geçirdiğini belirtmişlerdir. Annelerin %44,3'ü (77 kişi) kronik tıbbi rahatsızlık öykülerinin olduğunu, %55,7'si (97 kişi) olmadığını; %17,2'si (30 kişi) psikolojik destek aldıklarını, %82,8'i (144 kişi) almadıklarını; %10,9'u (19 kişi) antidepresan ilaç kullandıklarını, %89,1'i (155 kişi) kullanmadıklarını belirtmiştir. Annelerin %19,5'inin (34 kişi) sigara kullandığı, %80,5'inin (140 kişi) kullanmadığı görülmektedir.

Kız katılımcıların %19,0'u (33 kişi) çalışmakta, %81,0'i (141 kişi) çalışmamaktadır. Gelir durumu düşük olan %11,5 (20 kişi), orta olan %69,0 (120 kişi) ve yüksek olan %19,5 (34 kişi) katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların %8,6'sı (15 kişi) yaşamlarının büyük çoğunluğunu köyde, %21,8'i (38 kişi) belde veya ilçede ve %69,5'i (121 kişi) il veya büyükşehirde geçirdiğini belirtmişlerdir. Kızların %13,8'i (24 kişi) kronik tıbbi rahatsızlık öykülerinin olduğunu, %86,2'si (150 kişi) olmadığını; %18,4'ü (32 kişi) psikolojik destek aldıklarını, %81,6'sı (142 kişi) almadıklarını; %4,0'ü (7 kişi) antidepresan ilaç kullandıklarını, %96,0'sı (167 kişi) kullanmadıklarını belirtmiştir. Kızların %20,1'inin (35 kişi) sigara kullandığı %79,9'unun (139 kişi) kullanmadığı görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Anne ve Kızların Sosyodemografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistik Değerleri

| Değişkenler | | n | En Küçük Değeri | En Büyük Değeri | Ort. | s |
|-------------|-----|-----|-----------------|-----------------|-------|------|
| Anne | Yaş | 174 | 37 | 66 | 49,85 | 6,24 |
| Kız | Yaş | 174 | 18 | 30 | 23,53 | 2,50 |

Çalışmaya katılan annelerin yaş aralığı 37 ile 66 yaş arasında (ort. = 49,85± 6,24) olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan kızların yaş aralığı 18 ile 30 yaş arasında (ort. = 23,53± 2,50) olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5. Anne ve Kızlarının Sıkıntıya Toleranssızlık, Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçek Genel Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri

| n=174 | Toplam Puanlar | En Küçük Değer | En Büyük Değer | Ort. | s |
|-------|---------------------------------|----------------|----------------|--------|-------|
| Anne | Sıkıntıya Toleranssızlık | 0,00 | 40,00 | 19,58 | 9,54 |
| | Depresyon Ölçeği | 0,00 | 56,00 | 13,10 | 10,92 |
| | Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | 70,00 | 165,00 | 121,14 | 21,30 |
| Kız | Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | 0,00 | 37,00 | 19,79 | 7,92 |
| | Depresyon Ölçeği | 0,00 | 43,00 | 14,68 | 9,06 |
| | Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | 76,00 | 161,00 | 120,86 | 19,20 |

174 annenin katıldığı çalışmada Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nin (STÖ) genel toplam puanı en düşük 0,00 ve en yüksek 40,00 arasında (ort. 19,58 ± 9,54), BECK Depresyon Ölçeği'nin genel toplam puanı en düşük 0,00 ve en büyük 56,00 arasında (ort. 13,10 ± 10,92) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin genel toplam puanı en düşük 70,00 ve en büyük 165,00 arasında (ort. 121,15 ± 21,30) belirlenmiştir.

174 kızın katıldığı çalışmada Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nin (STÖ) genel toplam puanı en düşük 0,00 ve en yüksek 37,00 arasında (ort. 19,79 ± 7,92), BECK Depresyon Ölçeği'nin genel toplam puanı en düşük 0,00 ve en büyük 43,00 arasında (ort. 14,68 ± 9,06) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin genel toplam puanı en düşük 76,00 ve en büyük 161,00 arasında (ort. 120,86 ± 19,20) bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

| n=174 | k | Anne Alfa | Kız Alfa |
|---------------------------------|----|-----------|----------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | 10 | 0,90 | 0,87 |
| Beck Depresyon Ölçeği | 21 | 0,91 | 0,86 |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | 33 | 0,90 | 0,89 |

Çalışmada anneler için kullanılan Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,90; Beck Depresyon Ölçeği'nin 0,91 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 0,90 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada kızlar için kullanılan Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,87; Beck Depresyon Ölçeği'nin 0,86 ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin 0,89 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analizi Sonuçları

| n=348 | STÖ | | BDÖ |
|--------------------------------|-----------------------|----------|----------|
| | Beck Depresyon Ölçeği | Tüm Grup | 0,44*** |
| Anne | | 0,49*** | |
| Kız | | 0,35*** | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Tüm Grup | -0,34*** | -0,61*** |
| | Anne | -0,26*** | -0,58*** |
| | Kız | -0,44*** | -0,64*** |

p<0.001***

Tüm grup için Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puanı ile Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi bir ilişki vardır; $r = 0,44$; $p < 0,001$. Bu sonuca göre, depresyon puanı artarken sıkıntıya toleranssızlık puanı da artmaktadır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puanı ile Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde orta bir ilişki vardır; $r = -0,34$; $p < 0,001$. Bu sonuca göre sıkıntıya tolerans puanı artarken psikolojik dayanıklılık puanı azalmaktadır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde kuvvetli bir ilişki vardır; $r = -0,61$; $p < 0,001$. Anne ve kız grupları için ölçek toplam puanları arası korelasyon analizi sonuçları tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 8. Anne ve Kız Gruplarının Ölçek Genel Toplam Puanları ile Korelasyon Analizi Sonuçları

| n=174 | Anne | | |
|---------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| | Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Beck Depresyon Ölçeği | Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği |
| Kızlar | 0,45*** | 0,37*** | 0,60*** |

p<0.001***

Anne ile kızların Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi bir ilişki vardır; $r = 0,45$; $p < 0,001$. Bu sonuca göre, annenin sıkıntıya toleranssızlık puanı arttıkça kızın puanı da artacaktır.

Anne ile kızların Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi bir ilişki vardır; $r = 0,37$; $p < 0,001$. Bu sonuca göre, annenin depresyon puanı arttıkça kızın puanı artacaktır.

Anne ile kızların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde kuvvetli bir ilişki vardır; $r = 0,60$; $p < 0,001$. Bu sonuca göre, annenin dayanıklılık puanı arttıkça kızın puanı artacaktır (Tablo 8).

Tablo 9. Anne ve Kızların Ölçek Genel Toplam Puan Ortalamalarının Eşleştirilmiş Gruplar için t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|------|-----|--------|-------|-------|-----|------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Anne | 174 | 19,58 | 9,51 | 0,30 | 173 | 0,76 |
| | Kız | 174 | 19,79 | 7,90 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Anne | 174 | 13,10 | 10,92 | 1,83 | 173 | 0,07 |
| | Kız | 174 | 14,67 | 9,08 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Anne | 174 | 121,14 | 21,30 | -0,20 | 173 | 0,84 |
| | Kız | 174 | 120,86 | 19,20 | | | |

Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puanının anneler ile kızları açısından incelemek için yapılan eşleştirilmiş gruplar için t-testi sonucuna göre, annenin sıkıntıya toleranssızlık genel toplam puan ortalaması (ort. 19,58) ile kızların sıkıntıya toleranssızlık genel toplam puan ortalaması (ort. 19,79) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(173) = 0,30$; $p > 0,05$.

Yapılan analiz sonucunda anne ve kızların Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır; $t(173) = 1,83$; $p > 0,05$.

Anne ve kızların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(173) = -0,20$; $p > 0,05$ (Tablo 9).

Tablo 10. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Anne ile Telefonda Görüşme Sıklığı Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|--------------------------|--------------------|-----|-------|------|-----|------|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Her gün | 109 | 13,53 | 8,84 | 3 | 4,19 | 0,007 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 14,59 | 9,47 | 170 | | |
| | Ayda birkaç kez | 5 | 18,20 | 6,50 | | | |
| | Nadiren | 16 | 21,63 | 7,21 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık | Her gün | 109 | 20,12 | 8,17 | 3 | 2,70 | 0,047 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 17,50 | 7,30 | 170 | | |
| | Ayda birkaç kez | 5 | 25,60 | 8,11 | | | |
| | Nadiren | 16 | 22,06 | 6,29 | | | |

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamalarının p değeri 0,043 olduğundan varyans homojenliği sağlanamadığı için test yapılamamıştır; $p < 0,05$.

Kızların depresyon puan ortalamalarının anne ile telefonda görüşme sıklığına göre, farklılaşmanın icelenmesi açısından yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda telefonda görüşme sıklığını her gün olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 13,53), haftada birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 14,59), ayda birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 18,20) ile telefonda görüşme sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 21,63) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(3,170) = 4,19$; $p < 0,01$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın nadiren olarak belirten kişilerden kaynaklandığını, sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalamasının diğer kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kızların sıkıntıya toleranssızlık puan ortalamalarının anne ile telefonda görüşme sıklığı açısından yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre telefonda görüşme sıklığını her gün olarak belirten kişilerin depresyon puan

ortalaması (ort. = 20,12), haftada birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 17,50), ayda birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 25,60) ile telefonda görüşme sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 22,06) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(3,170) = 2,70$; $p < 0,05$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın haftada birkaç kez ile ayda birkaç kez olarak belirten kişilerden kaynaklandığını, görüşme sıklığını ayda birkaç kez olarak belirten kişilerin sıkıntıya toleranssızlık ortalamasının haftada birkaç kez olarak belirten diğer kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 10).

Tablo 11. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Anne ile Sosyal Aktivite Sıklığı Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|--------------------|----|--------|-------|-----|------|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Her gün | 15 | 11,87 | 8,90 | 3 | 3,94 | 0,009 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 11,77 | 9,60 | 170 | | |
| | Ayda birkaç kez | 37 | 14,32 | 7,84 | | | |
| | Nadiren | 78 | 17,03 | 8,83 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Her gün | 15 | 127,60 | 21,35 | 3 | 3,94 | 0,00 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 129,77 | 17,72 | 170 | | |
| | Ayda birkaç kez | 37 | 120,86 | 14,35 | | | |
| | Nadiren | 78 | 114,54 | 19,46 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Her gün | 15 | 20,80 | 10,09 | 3 | 1,78 | 0,15 |
| | Haftada birkaç kez | 44 | 17,43 | 6,75 | 170 | | |
| | Ayda birkaç kez | 37 | 20,38 | 8,06 | | | |
| | Nadiren | 78 | 20,65 | 7,89 | | | |

Kızların depresyon puan ortalamalarının anne ile yapılan sosyal aktivite sıklığına göre farklılık olup olmadığının incelenmesi açısından yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre telefonda görüşme sıklığını her gün olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 11,87), haftada birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 11,77), ayda birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 14,32) ile sosyal aktivite sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 17,03) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(3,170) = 3,94$; $p < 0,01$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın nadiren olarak belirten kişilerden

kaynaklandığını, sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalamasının diğer kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kızların psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının anne ile sosyal aktivite sıklığına göre farklılaşmanın incelenmesi açısından yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda aktivite sıklığını her gün olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 127,60), haftada birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 129,77), ayda birkaç kez olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 120,86) ile sosyal aktivite sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 114,54) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(3,170) = 3,94$; $p < 0,001$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın nadiren olarak belirten kişilerden kaynaklandığını, sıklığını nadiren olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalamasının diğer kişilerden daha düşük olduğu görülmüştür.

Anne ile yapılan sosyal aktivite sıklığı kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(3,170) = 1,78$; $p > 0,05$ (Tablo 11).

Tablo 12. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | n | Ort. | s | t | Sd | p | |
|---------------------------------|----------------|------|--------|-------|-------|-----|-------|
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | 50 yaş ve altı | 104 | 123,74 | 21,00 | 1,98 | 172 | 0,049 |
| | 51 yaş ve üstü | 70 | 117,27 | 21,31 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | 50 yaş ve altı | 104 | 20,04 | 8,80 | 0,77 | 172 | 0,44 |
| | 51 yaş ve üstü | 70 | 18,90 | 10,56 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | 50 yaş ve altı | 104 | 12,63 | 9,75 | -0,70 | 172 | 0,48 |
| | 51 yaş ve üstü | 70 | 13,81 | 12,49 | | | |

Psikolojik Dayanıklılık toplam puanının yaş değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, 50 yaş ve altının psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 123,74) ile 51 yaş ve üstünün psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 117,27) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 1,98$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre 50 yaş ve altı

bireylerin psikolojik dayanıklılık puanının 51 yaş ve üstü bireylerin puanından yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaş değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ($t(172) = 0,77$; $p>0,05$) ve Beck Depresyon Ölçeği ($t(172) = -0,70$; $p>0,05$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|------------|----|--------|-------|-------|-----|------|
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | 23 ve altı | 89 | 120,31 | 17,90 | -0,38 | 172 | 0,70 |
| | 24 ve üstü | 85 | 121,44 | 20,55 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | 23 ve altı | 89 | 19,79 | 7,44 | -0,01 | 172 | 0,99 |
| | 24 ve üstü | 85 | 19,80 | 8,43 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | 23 ve altı | 89 | 14,15 | 8,38 | -0,79 | 172 | 0,43 |
| | 24 ve üstü | 85 | 15,24 | 9,74 | | | |

Yapılan analiz sonucunda kızların yaş değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = -0,38$; $p>0,05$.

Yaş değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $t(172) = -0,01$; $p>0,05$.

Yaş değişkenine göre Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur, $t(172) = -0,79$; $p>0,05$, (Tablo 13).

Tablo 14. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|--------------|----|--------|-------|-----|------|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | İlkokul | 99 | 13,92 | 11,13 | 2 | 0,64 | 0,051 |
| | Ortaokul | 29 | 11,86 | 8,24 | 171 | | |
| | Lise ve üstü | 46 | 12,13 | 11,94 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | İlkokul | 99 | 20,99 | 9,55 | 2 | 3,03 | 0,53 |
| | Ortaokul | 29 | 19,03 | 7,72 | 171 | | |
| | Lise ve üstü | 46 | 16,89 | 10,09 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | İlkokul | 99 | 119,80 | 21,45 | 2 | 0,61 | 0,54 |
| | Ortaokul | 29 | 124,66 | 20,79 | 171 | | |
| | Lise ve üstü | 46 | 121,80 | 21,48 | | | |

Annelerin depresyon, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık puanlarının eğitim durumu kategorileri açısından farklılaşma olup olmadığını belirlemek için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ($F(2,171) = 0,64; p>0,05$), Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ($F(2,171) = 3,03; p>0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ($F(2,171) = 0,61; p>0,05$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|-----------------|-----|--------|-------|-----|------|------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Lise | 8 | 20,75 | 9,71 | 2 | 1,56 | 0,04 |
| | Önlisans-Lisans | 155 | 14,70 | 9,00 | 171 | | |
| | Lisansüstü | 11 | 10,00 | 7,23 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Lise | 8 | 19,88 | 8,76 | 2 | 3,35 | 0,21 |
| | Önlisans-Lisans | 155 | 20,08 | 7,79 | 171 | | |
| | Lisansüstü | 11 | 15,73 | 8,75 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Lise | 8 | 112,88 | 17,72 | 2 | 0,80 | 0,45 |
| | Önlisans-Lisans | 155 | 121,09 | 19,44 | 171 | | |
| | Lisansüstü | 11 | 123,45 | 16,57 | | | |

Katılımcıların depresyon puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre eğitim durumunu lise olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 20,75), önlisans-lisans olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 14,70) ile eğitim durumunu lisansüstü olarak belirten kişilerin

depresyon puan ortalaması (ort. = 10,00) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2,171) = 3,35$; $p < 0,05$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın eğitim durumunu lise olarak belirten kişilerden kaynaklandığı, eğitim durumunu lise olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalamasının diğer kişilerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan analizler sonucunda eğitim durumu kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ($F(2,171) = 3,35$; $p > 0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ($F(2,171) = 0,80$; $p > 0,05$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur, (Tablo 15).

Tablo 16. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-----|------|-------|
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Düşük | 20 | 109,50 | 24,32 | 2 | 5,74 | 0,004 |
| | Orta | 119 | 120,76 | 20,78 | 171 | | |
| | İyi | 35 | 129,09 | 18,28 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Düşük | 20 | 21,90 | 11,70 | 2 | 0,81 | 0,45 |
| | Orta | 119 | 19,50 | 9,30 | 171 | | |
| | İyi | 35 | 18,51 | 9,06 | | | |

Ekonomik durumu kategorilerine göre Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamalarının p değeri 0,001 olduğundan varyans homojenliği sağlanmadığı için test yapılamamıştır; $p < 0,01$.

Annelerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının ekonomik düzeyine göre farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre ekonomik durumunu düşük olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalaması (ort. = 109,50), orta olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalaması (ort. = 120,76) ile ekonomik durumunu iyi olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalaması (ort. = 129,09) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2,171) = 5,74$; $p < 0,01$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın ekonomik durumunu düşük olarak belirten kişilerden kaynaklandığını, durumunu düşük olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalamasının diğer kişilerden daha düşük olduğu söylenebilir.

Ekonomik durum kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir; $F(2,171) = 0,81$; $p > 0,05$ (Tablo 16).

Tablo 17. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-----|------|-------|
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Düşük | 20 | 109,25 | 15,61 | 2 | 4,51 | 0,012 |
| | Orta | 120 | 121,85 | 18,87 | 171 | | |
| | İyi | 34 | 124,21 | 20,27 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Düşük | 20 | 21,75 | 10,09 | 2 | 7,84 | 0,001 |
| | Orta | 120 | 14,10 | 8,84 | 171 | | |
| | İyi | 34 | 12,56 | 7,73 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Düşük | 20 | 22,05 | 8,39 | 2 | 1,25 | 0,29 |
| | Orta | 120 | 19,78 | 7,92 | 171 | | |
| | İyi | 34 | 18,53 | 7,55 | | | |

Kızların psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının ekonomik düzeye göre, farklılaşma olup olmadığının incelenmesi açısından yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda ekonomik durumunu düşük olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalaması (ort. = 109,25), orta olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalaması (ort. = 121,85) ile ekonomik durumunu iyi olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalaması (ort. = 124,21) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2,171) = 4,51$; $p < 0,01$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın ekonomik durumunu düşük olarak belirten kişilerden kaynaklandığını, durumunu düşük olarak belirten kişilerin dayanıklılık puan ortalamasının diğer kişilerden daha düşük olduğu söylenebilir.

Yapılan analize göre ekonomik durumunu düşük olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 21,75), orta olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 14,10) ile ekonomik durumunu iyi olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. = 12,56) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2,171) = 7,84$; $p < 0,01$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın ekonomik durumunu düşük olarak belirten kişilerden

kaynaklandığını, durumunu düşük olarak belirten kişilerin depresyon puan ortalamasının diğer kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Ekonomik durumu kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(2,171) = 1,25$; $p > 0,05$ (Tablo 17).

Tablo 18. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 43 | 19,05 | 10,05 | -0,42 | 172 | 0,67 |
| | Hayır | 131 | 19,76 | 9,39 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 43 | 11,91 | 9,66 | -0,83 | 172 | 0,41 |
| | Hayır | 131 | 13,50 | 11,31 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 43 | 122,70 | 21,24 | 0,55 | 172 | 0,58 |
| | Hayır | 131 | 120,63 | 21,38 | | | |

Çalışma durumu değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, annelerin Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ($t(172) = -0,42$; $p > 0,05$), Beck Depresyon Ölçeği ($t(172) = -0,83$; $p > 0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ($t(172) = -0,11$; $p > 0,50$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, (Tablo 18).

Tablo 19. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumu Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 33 | 18,60 | 9,65 | -0,96 | 172 | 0,34 |
| | Hayır | 141 | 20,07 | 7,45 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 33 | 12,15 | 8,51 | -1,79 | 172 | 0,08 |
| | Hayır | 141 | 15,27 | 9,12 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 33 | 122,70 | 17,86 | 0,61 | 172 | 0,54 |
| | Hayır | 141 | 120,43 | 19,54 | | | |

Kızların çalışma durumu değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ($t(172) = -0,96$; $p > 0,05$), Beck Depresyon Ölçeği ($t(172) = -1,79$; $p > 0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık

Ölçeği ($t(172) = 0,61$; $p > 0,50$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 19).

Tablo 20. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaşamın Çoğunluğunun Geçtiği Yer Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|---------------|-----|--------|-------|-----|------|------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Köy | 22 | 24,55 | 8,68 | 2 | 3,52 | 0,03 |
| | Belde/İlçe | 39 | 19,05 | 10,42 | 171 | | |
| | İl/Büyükşehir | 113 | 18,80 | 9,16 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Köy | 22 | 18,14 | 12,96 | 2 | 2,92 | 0,06 |
| | Belde/İlçe | 39 | 11,46 | 8,43 | 171 | | |
| | İl/Büyükşehir | 113 | 12,69 | 11,06 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Köy | 22 | 120,18 | 24,19 | 2 | 0,13 | 0,88 |
| | Belde/İlçe | 39 | 122,64 | 18,98 | 171 | | |
| | İl/Büyükşehir | 113 | 120,81 | 21,63 | | | |

Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği toplam puanının yaşamın çoğunlukla geçtiği yer kategorileri açısından incelemek için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre sonucuna göre, yaşamın çoğunlukla geçtiği yeri köy olarak belirten kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. 24,55), belde/ilçe olarak belirten kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. = 19,05) ile il/büyükşehir olarak belirten kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. = 18,80) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2,171) = 3,52$; $p < 0,05$. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre farklılığın yaşam yerini köy olarak belirten kişilerden kaynaklandığını, bu kişilerin sıkıntıya toleranssızlık ortalamasının diğer kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yaşamın çoğunlukla geçtiği yer kategorilerine göre Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(2,171) = 2,92$; $p > 0,05$.

Yaşamın çoğunlukla geçtiği yer kategorilerine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(2,171) = 0,13$; $p > 0,05$ (Tablo 20).

Tablo 21. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Yaşamın Çoğunluğunun Geçtiği Yer Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|---------------|-----|--------|-------|-----|------|------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Köy | 15 | 22,47 | 6,44 | 2 | 1,74 | 0,18 |
| | Belde/İlçe | 38 | 18,13 | 8,42 | 171 | | |
| | İl/Büyükşehir | 121 | 19,98 | 7,87 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Köy | 15 | 13,20 | 7,08 | 2 | 0,23 | 0,80 |
| | Belde/İlçe | 38 | 15,03 | 9,56 | 171 | | |
| | İl/Büyükşehir | 121 | 14,75 | 9,17 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Köy | 15 | 123,53 | 18,60 | 2 | 0,16 | 0,85 |
| | Belde/İlçe | 38 | 120,32 | 16,88 | 171 | | |
| | İl/Büyükşehir | 121 | 120,70 | 20,05 | | | |

Yapılan analiz sonucunda yaşamın çoğunlukla geçtiği yer kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ($F(2,171) = 1,74$; $p>0,05$), Beck Depresyon Ölçeği ($F(2,171) = 0,23$; $p>0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ($F(2,171) = 0,16$; $p>0,05$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 21).

Tablo 22. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kronik Rahatsızlık Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|----|--------|-------|------|-----|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 77 | 16,21 | 11,61 | 1,61 | 172 | 0,001 |
| | Hayır | 97 | 10,64 | 9,71 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 77 | 116,81 | 20,56 | 0,54 | 172 | 0,02 |
| | Hayır | 97 | 124,58 | 21,36 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 77 | 21,14 | 8,86 | 0,33 | 172 | 0,54 |
| | Hayır | 97 | 18,34 | 9,92 | | | |

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanının kronik rahatsızlık değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, kronik rahatsızlığı olan kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. 16,21) ile kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. 10,64) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 1,61$; $p<0,01$. Bu sonuca göre kronik rahatsızlığı olan bireylerin depresyon puanının kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan analizin sonucuna göre, kronik rahatsızlığı olan kişilerin psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 116,81) ile kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 124,58) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 0,54$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre kronik rahatsızlığı olan bireylerin psikolojik dayanıklılık puanının kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin dayanıklılık puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Kronik rahatsızlık değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = 0,54$; $p > 0,05$ (Tablo 22).

Tablo 23. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kronik Rahatsızlık Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 24 | 17,71 | 11,46 | 1,78 | 172 | 0,08 |
| | Hayır | 150 | 14,19 | 8,57 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 24 | 113,29 | 21,56 | -2,10 | 172 | 0,04 |
| | Hayır | 150 | 122,07 | 18,58 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 24 | 22,67 | 6,51 | 1,93 | 172 | 0,06 |
| | Hayır | 150 | 19,33 | 8,04 | | | |

Kronik rahatsızlık değişkenine göre Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = 1,78$; $p > 0,05$.

Yapılan analizin sonucuna göre, kronik rahatsızlığı olan kişilerin psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 113,29) ile kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 122,07) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = -2,10$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre kronik rahatsızlığı olan bireylerin psikolojik dayanıklılık puanının kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin dayanıklılık puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Kronik rahatsızlık değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = 1,93$; $p > 0,05$ (Tablo 23).

Tablo 24. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Destek Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 30 | 18,40 | 11,43 | 2,99 | 172 | 0,003 |
| | Hayır | 144 | 12,00 | 10,51 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 30 | 23,47 | 8,63 | 2,49 | 172 | 0,014 |
| | Hayır | 144 | 18,77 | 9,55 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 30 | 114,53 | 20,47 | -1,88 | 172 | 0,06 |
| | Hayır | 144 | 122,51 | 21,28 | | | |

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanının psikolojik destek değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, psikolojik destek alan kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. 18,40) ile psikolojik destek almayan kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. 12,00) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 2,99$; $p < 0,01$. Bu sonuca göre psikolojik destek alan bireylerin depresyon puanının psikolojik destek almayan kişilerin puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan analizin sonucuna göre, psikolojik destek alan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. 23,47) ile psikolojik destek almayan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. 18,77) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 2,49$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre psikolojik destek alan bireylerin sıkıntıya toleranssızlık puanının psikolojik destek almayan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Psikolojik destek değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = -1,88$; $p > 0,05$ (Tablo 24).

Tablo 25. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Psikolojik Destek Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 32 | 18,28 | 7,41 | 2,53 | 172 | 0,012 |
| | Hayır | 142 | 13,87 | 9,23 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 32 | 23,47 | 8,56 | 0,73 | 172 | 0,47 |
| | Hayır | 142 | 18,77 | 7,78 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 32 | 117,41 | 19,36 | -1,13 | 172 | 0,26 |
| | Hayır | 142 | 121,64 | 19,14 | | | |

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanının psikolojik destek değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, psikolojik destek alan kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. 18,28) ile psikolojik destek almayan kişilerin depresyon puan ortalaması (ort. 13,87) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 2,53$; $p < 0,01$. Bu sonuca göre psikolojik destek alan bireylerin depresyon puanının psikolojik destek almayan kişilerin puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Psikolojik destek değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = 0,73$; $p > 0,05$.

Psikolojik destek değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = -1,13$; $p > 0,05$ (Tablo 25).

Tablo 26. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Antidepresan Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|-------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 19 | 19,68 | 9,13 | 2,84 | 172 | 0,005 |
| | Hayır | 155 | 12,30 | 10,87 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 19 | 23,79 | 7,69 | 2,06 | 172 | 0,04 |
| | Hayır | 155 | 19,06 | 9,63 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 19 | 111,16 | 21,36 | -2,19 | 172 | 0,03 |
| | Hayır | 155 | 122,36 | 21,04 | | | |

Beck Depresyon Ölçek toplam puanının antidepresan kullanımı değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, antidepresan kullanan bireylerin depresyon puan ortalaması (ort. 19,68) ile antidepresan kullanmayan bireylerin depresyon puan ortalaması (ort. 12,30) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 2,84$; $p < 0,01$. Bu sonuca göre antidepresan kullanan bireylerin depresyon puanının kullanmayanların puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan analizin sonucuna göre, antidepresan kullanan annelerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. 23,79) ile kullanmayan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. 19,06) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 2,06$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre antidepresan kullanan bireylerin sıkıntıya toleranssızlık puanının kullanmayanların puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Antidepresan kullanan annelerin psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 111,16) ile kullanmayan kişilerin psikolojik dayanıklılık puan ortalaması (ort. 122,36) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $t(172) = -2,19$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre antidepresan kullanan bireylerin dayanıklılık puanının kullanmayanların puanından düşük olduğu söylenebilir (Tablo 30).

Tablo 27. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Antidepresan Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-------|------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 7 | 19,00 | 6,93 | 1,29 | 172 | 0,08 |
| | Hayır | 167 | 14,50 | 9,11 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 7 | 25,00 | 6,35 | 1,79 | 172 | 0,20 |
| | Hayır | 167 | 19,57 | 7,92 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 7 | 117,29 | 9,96 | -0,92 | 8,072 | 0,39 |
| | Hayır | 167 | 121,01 | 19,49 | | | |

Antidepresan değişkenine göre yapılan bağımsız t-testi sonucunda Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $t(172) = 1,29$; $p > 0,05$.

Antidepresan kullanımı değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = 1,79$; $p > 0,05$.

Yapılan analiz sonucunda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur, $t(8,072) = -0,92$; $p > 0,05$ (Tablo 27).

Tablo 28. Annelerin Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 34 | 14,88 | 10,52 | 1,06 | 172 | 0,29 |
| | Hayır | 140 | 12,67 | 11,01 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 34 | 20,38 | 9,81 | 0,55 | 172 | 0,59 |
| | Hayır | 140 | 19,39 | 9,50 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 34 | 117,24 | 21,70 | -1,19 | 172 | 0,24 |
| | Hayır | 140 | 122,09 | 21,18 | | | |

Sigara kullanımı değişkenine göre Depresyon ($t(172) = 1,06$; $p > 0,05$), Sıkıntıya Toleranssızlık ($t(172) = 0,55$; $p > 0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık ($t(172) = -1,19$; $p > 0,05$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (Tablo 28).

Tablo 29. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Sigara Kullanımı Değişkeni Açısından Bağımsız Örneklem t-testi Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | t | Sd | p |
|---------------------------------|-------|-----|--------|-------|-------|-----|------|
| Beck Depresyon Ölçeği | Evet | 35 | 17,68 | 9,66 | 2,20 | 172 | 0,03 |
| | Hayır | 139 | 13,93 | 8,79 | | | |
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Evet | 35 | 19,66 | 7,79 | -0,11 | 172 | 0,91 |
| | Hayır | 139 | 19,83 | 7,98 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Evet | 35 | 118,06 | 17,48 | -0,97 | 172 | 0,34 |
| | Hayır | 139 | 121,57 | 19,60 | | | |

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanının sigara kullanımı değişkeni açısından incelemek için yapılan bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre, sigara kullanan kızların depresyon puan ortalaması (ort. 17,68) ile sigara kullanmayanların

depresyon puan ortalaması (ort. 13,93) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir, $t(172) = 2,20$; $p < 0,05$. Bu sonuca göre sigara kullanan kızların depresyon puanının kullanmayanların puanından yüksek olduğu söylenebilir.

Sigara kullanımı değişkenine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = -0,11$; $p > 0,05$.

Sigara kullanımı değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir, $t(172) = -0,97$; $p > 0,05$ (Tablo 29).

Tablo 30. Kızların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kardeş Sayısı Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|-------------------------|----|--------|-------|-----|------|-------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | Kardeşi olmayanlar | 9 | 15,33 | 8,20 | 3 | 2,70 | 0,048 |
| | Kardeş sayısı 1 olanlar | 55 | 21,89 | 7,86 | 170 | | |
| | Kardeş sayısı 2 olanlar | 51 | 19,57 | 7,09 | | | |
| | Kardeş sayısı 3 ve üstü | 59 | 18,71 | 8,27 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | Kardeşi olmayanlar | 9 | 10,78 | 7,21 | 3 | 0,73 | 0,53 |
| | Kardeş sayısı 1 olanlar | 55 | 15,33 | 8,70 | 170 | | |
| | Kardeş sayısı 2 olanlar | 51 | 14,20 | 9,34 | | | |
| | Kardeş sayısı 3 ve üstü | 59 | 15,08 | 9,44 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | Kardeşi olmayanlar | 9 | 129,44 | 12,83 | 3 | 0,74 | 0,53 |
| | Kardeş sayısı 1 olanlar | 55 | 121,38 | 16,67 | 170 | | |
| | Kardeş sayısı 2 olanlar | 51 | 119,24 | 21,64 | | | |
| | Kardeş sayısı 3 ve üstü | 59 | 120,47 | 19,20 | | | |

Kızların sıkıntıya toleranssızlık puan ortalamalarının kardeş sayısı kategorilerine göre farklılaşma olup olmadığının incelenmesi için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre kardeşi olmayan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. = 15,33), bir kardeşi olan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. = 21,89), iki kardeşi olan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. = 19,57) ile kardeş sayısını üç ve üstü olarak belirten kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puan ortalaması (ort. = 19,57) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(3,170) = 2,70$; $p < 0,05$. Yapılan Tukey çoklu testi sonucuna göre farklılığın hiç kardeşi olmayanlar ile kardeş sayısını bir olarak belirten

kişilerden kaynaklandığını, hiç kardeşi olmayan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık ortalamasının diğer kişilerden daha düşük olduğu söylenebilir.

Kızların kardeş sayısı kategorilerine göre Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(3,170) = 0,73$; $p>0,05$ (Tablo 28).

Kızların kardeş sayısı kategorilerine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(3,170) = 0,74$; $p>0,05$ (Tablo 30).

Tablo 31. Kızların Ölçek Puan Ortalamalarının Doğum Sırası Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|---------------------------------|-----------------|----|--------|-------|-----|------|------|
| Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği | İlk | 66 | 19,39 | 8,14 | 2 | 2,10 | 0,13 |
| | İkinci | 57 | 21,46 | 6,78 | 171 | | |
| | Üçüncü ve üzeri | 51 | 18,45 | 8,61 | | | |
| Beck Depresyon Ölçeği | İlk | 66 | 14,15 | 8,56 | 2 | 0,49 | 0,62 |
| | İkinci | 57 | 14,35 | 8,50 | 171 | | |
| | Üçüncü ve üzeri | 51 | 15,73 | 10,31 | | | |
| Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği | İlk | 66 | 123,42 | 18,88 | 2 | 1,47 | 0,23 |
| | İkinci | 57 | 121,07 | 18,76 | 171 | | |
| | Üçüncü ve üzeri | 51 | 117,31 | 19,89 | | | |

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda kızların doğum sırası kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır; $F(2,171) = 2,10$; $p>0,05$.

Doğum sırası kategorilerine göre Beck Depresyon Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir; $F(2,171) = 0,49$; $p>0,05$.

Doğum sırası kategorilerine göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $F(2,171) = 1,47$; $p>0,05$ (Tablo 31).

Tablo 32. Katılımcıların Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Coğrafi Bölge Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

| Değişkenler | | n | Ort. | s | Sd | F | p |
|-------------|--------------------------------|-----|--------|-------|-----|------|------|
| STÖ | Marmara Bölgesi | 126 | 19,29 | 8,88 | 3 | 1,26 | 0,29 |
| | Ege-Akdeniz Bölgesi | 68 | 20,24 | 8,66 | 344 | | |
| | Karadeniz-İç Anadolu Bölgesi | 70 | 21,16 | 8,48 | | | |
| | Doğu-Güneydoğu Anadolu Bölgesi | 84 | 18,61 | 8,83 | | | |
| BDÖ | Marmara Bölgesi | 126 | 13,37 | 9,75 | 3 | 0,70 | 0,55 |
| | Ege-Akdeniz Bölgesi | 68 | 14,15 | 10,08 | 344 | | |
| | Karadeniz-İç Anadolu Bölgesi | 70 | 15,31 | 11,66 | | | |
| | Doğu-Güneydoğu Anadolu Bölgesi | 84 | 13,27 | 9,02 | | | |
| PDÖ | Marmara Bölgesi | 126 | 119,52 | 18,69 | 3 | 2,08 | 0,10 |
| | Ege-Akdeniz Bölgesi | 68 | 121,12 | 18,08 | 344 | | |
| | Karadeniz-İç Anadolu Bölgesi | 70 | 118,16 | 22,99 | | | |
| | Doğu-Güneydoğu Anadolu Bölgesi | 84 | 125,49 | 21,31 | | | |

Yapılan analiz sonucunda, coğrafi bölge kategorilerine göre Sıkıntıya Toleranssızlık ($F(3,344) = 1,26; p>0,05$), Depresyon ($F(3,344) = 0,70; p>0,05$) ve Psikolojik Dayanıklılık ($F(3,344) = 2,08; p>0,05$) genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıntılar Tablo 32’de verilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA

Ruhsal bozukluğu olan bir ebeveynin, kız çocuğu ya da erkek çocuğu üzerinde ne tür etkiler yaratabileceği tam olarak söylenemez. Cinsiyete göre ortaya çıkan etkilere bakıldığı zaman, araştırmalarda büyük eksikliklerin olduğu belirtilmiştir (Lenz, 2014). Yakın zamanlardaki literatür çalışmaları anne kız ilişkisi açısından sınırlı olması sebebiyle çalışma; literatüre katkı sağlaması amacıyla yapılmış, anne ve kızlarının sıkıntıya toleranssızlık, depresif belirtiler ve psikolojik dayanıklılıklarını incelenmiştir. Ayrıca bu faktörlerin kendi aralarında birbirleriyle ilişkisi ve sosyodemografik değişkenler açısından etkileri de anne ve kız grupları için ayrı ayrı ele alınmıştır.

Yapılan çalışmada ilk olarak tüm grubun depresyon, psikolojik dayanıklılık ve sıkıntıya toleranssızlık toplam puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, depresif belirtiler ile sıkıntıya toleranssızlık arasında pozitif yönlü iyi düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puan arttıkça, Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nden alınan puan da artmaktadır. Literatür çalışmaları sınırlı olsa da yapılan çalışmalarda depresyonun sıkıntıya tolerans ile ilişkili olduğu bulunmuş, sıkıntıya tolerans göstermekte zorluk çeken kişilerin daha fazla içselleştirme ve depresif belirtiler gösterdikleri vurgulanmıştır (Perkins ve ark., 2010; Rette ve ark., 2021). Simons ve Gaher (2005), sıkıntı toleransını bir bireyin olumsuz duygu durumlarına dayanma yeteneği olarak kavramsallaştırmıştır. Şimdiye kadar, sıkıntı toleransı ile ilgili perspektifler, daha düşük sıkıntı toleransına sahip kişilerin (örneğin, algılanan ve / veya davranışsal) sıkıntıya ve sıkıntı yaratan bağlamlara uyumsuz bir şekilde yanıt vermeye (örn. davranışsal veya duygusal tepkisellik, kaçınma yönelimli başa çıkma) eğilimli olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, daha düşük sıkıntı toleransına sahip kişiler, olumsuz duygulardan ve / veya ilgili caydırıcı durumlardan kaçınmaya

çalışabilir ve mümkün olduğunda olumsuz pekiştirme fırsatlarının (yani, kaçma veya kaçınma) peşinde koşmaya motive olurlar. Alternatif olarak, yüksek düzeyde sıkıntı toleransına sahip kişiler teorik olarak olumsuz duygulara ve ilgili caydırıcı durumlara daha “yaklaşabilir” ve olumsuz pekiştirmelere daha fazla engel olabilirler. Sonuç olarak, sıkıntı toleransı, davranışın birçok yönüyle ilgili çeşitli süreçleri etkileyebilir ve dikkatin dağıtılması, sıkıntuların değerlendirilmesi ve sıkıntıya verilen yanıtların değiştirilmesi/düzenlenmesi dahil olmak üzere düzenlemeyi etkiler (Simons & Gaher, 2005).

Depresif belirtiler ile psikolojik dayanıklılık arasında ters yönlü kuvvetli düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nden alınan puan arttıkça, Beck Depresyon Ölçeği’nden alınan puan azalmaktadır. Bu sonuca göre psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin, depresif belirtilerinin daha az olduğu görülmektedir. Literatür çalışmalarındaki sonuçlar da depresyon ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif ilişki olduğu, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerde daha az depresif belirtiler görüldüğünü, psikolojik dayanıklılığın ruhsal sağlıkta birçok etkenlere karşı tampon görevi koruyucu olduğu belirtilmiştir (Bhamani ve ark, 2020; Ran ve ark., 2020). Majör depresif bozukluk (MDB) tanısı alan hastalarda afektif mizaç ve dayanıklılık arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkinin sağlıklı bireylerden farklı olup olmadığını inceleyen çalışmanın sonucunda hem depresif hem de sağlıklı bireylerde dayanıklılık ve mizaç arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Her iki grupta da psikolojik dayanıklılık ile sınırlı ve endişeli mizaç arasında ters bir ilişki bulunmuştur (Kesebir, Gündoğar, Küçüksubaşı ve Yaylacı, 2013).

Psikolojik dayanıklılık ile sıkıntıya toleranssızlık arasında ters yönlü orta düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nden alınan puan arttıkça, Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği’nden alınan puan azalmaktadır. Bu sonuca göre psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin, sıkıntıya toleranssızlık puanlarının daha az olduğu görülmektedir. Özcan ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada sıkıntı toleransı ile dayanıklılık arasında önemli ilişki olduğu bulunmuştur. Sıkıntıya toleranssızlığın yüksek olması bireylerin stresli durumlarda güçlükler yaşadığını göstermektedir. Bu nedenle, küresel bir faktör olarak sıkıntı

toleransı, caydırıcı uyaranlara ve ilgili uyarlamalı ve uyumsuz davranışsal tepkilere maruz kalmanın değerlendirilmesi ve sonuçlarıyla ilişkili ve etkili olarak kavramsallaştırılabilir. Sıkıntı toleransı ve ilgili süreçler hakkındaki bu bakış açısı, sıkıntı toleransı ile risk ve çeşitli psikopatoloji biçimlerine direnç arasındaki potansiyel ilişkilerin ampirik olarak incelenmesi için teorik bağlamı yansıtır (Simons ve Gaher, 2005).

Bu çalışmada anne ve kızlarına uygulanan Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği sonucunda anne ve kızları arasında pozitif yönde iyi düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerinin sıkıntıya toleranssızlık puanı artarken kızların da artmaktadır. Yapılan eşleştirilmiş t-testi analiz sonucuna göre anne ve kızların sıkıntıya toleranssızlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Annelerin puan ortalamaları artarken kızlarında puan ortalamaları artmaktadır. Ayrıca annelerin ve kızların sıkıntıya toleranssızlık puan ortalamaları birbirlerine çok yakın olduğu belirlenmiştir. Nitekim yapılan alan çalışmaları sınırlıda olsa annelerin ve çocukların sıkıntıya toleranssızlıkları arasında ilişki belirlenmiştir. Daughters ve arkadaşlarının (2014) sıkıntıya tolerans faktörüyle yapmış olduğu çalışmada annelerin kız çocuklarını erkek çocukların aksine, etkilediği görülmüştür. Sıkıntıya tolerans faktöründe modellemenin önemi vurgulanmış, kızların anneleri gibi modelleme yoluyla duygularını düzenlemeye çalıştıkları bulunmuştur. Banduraya (1994) göre çocuk sosyal davranış, norm, kurallar ve düzenlemelerle başa çıktığı veya taklit ettiği bir ailede veya belirli bir çevrede doğar. Bebek etkileşime girdiği kişilerin davranışlarını ve dilini öğrenir (Dey ve ark. 2013).

Psikanalitik kurama göre kız çocuğu anneye olan hayranlığından ötürü, annesini taklit ederek ona benzemeye, onunla özdeşmeye çalışır. Çocuğun erken dönemde ebeveynlerini model alması, kişilik yapısıyla birlikte duygu ve düşüncelerini doğrudan etkilemektedir. Ebeveynlerin olumsuz davranışları çocuğu olumsuz yönde etkileyip, rol model alınan ebeveynlerin davranışlarından ötürü kendini güvende hissemetsine yol açmaktadır (Mangır ve Baran, 1990).

Klimes-Dougan ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada babaların aksine annelerin çocuklarla daha fazla ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle başka bir mekanizma, stresli durumları yeniden değerlendirme eğiliminde olan ebeveynlerin çocuklarla ilişki kurmada daha sakin ve düşünceli olmasının, duygu kontrolü için uygun davranışları modellemesine katkısı olabilir. Sonuç olarak, annenin olumsuz bir durumu yeniden değerlendirme veya yeniden yorumlama eğiliminin çocuklarda daha iyi sıkıntı toleransı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Daha da önemlisi, yüksek düzeyde depresyonu olan çocuklar sinir bozucu bir görevde daha az başarılı oldular. Bir araştırmadaki bulgular, çocukların duygusal sonuçlarını etkilemede aile bağlamını anlamının önemini vurgulamaktadır (Doan ve ark., 2018).

Majör depresyon, küresel hastalık yükünün ana nedenlerinden biri olarak kabul edilir. Ayrıca fiziksel hastalıklar ve engelliliklerin yanı sıra, aile ve topluma katılım ve katkı paylarındaki bozulmalarla da ilişkilidir. Depresif belirtiler, özellikle genç kadınlarda daha sık görülür. Birçoğu için depresif epizodun başlangıcı kronik depresyona neden olur. Bu durum, bazılarında seyrek geç depresif epizotlar ortaya çıkarırken, bazılarında ise hiç görülmez (Holden, Harris, Hockey, Ferrari, Lee, Dobson ve Lee 2019). Bu çalışmada anne ve kızların depresyon puanları karşılaştırmak için yapılan eşleştirilmiş t-testi analizi sonucunda, anne ve kızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Annelerin ve kızların depresyon puan ortalamaları birbirlerine oldukça yakın ve ilişkilidir. Ayrıca yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, anne ve kızların Beck Depresyon Ölçek puanları arasında pozitif yönde iyi düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre, annelerin depresyon puanları arttıkça kızlarında depresyon puanları arttığı gözlemlenmiştir. Yapılan alan çalışmaları anne ve çocuk arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Majör depresif bozukluğun aile doğasını açıklamaya çalışan teorik modeller annenin depresyonu ile çocuğun özellikleri arasındaki etkileşimi vurgulamaktadır. Yani anne depresyonu, biyolojik veya psikososyal mekanizmalar yoluyla olumsuz çocukluk potansiyelini artırarak bu tür özelliklerle etkileşime girebilir. Depresif ebeveynlerin çocuklarının depresif olmayan ebeveynlerin çocuklarına kıyasla davranışsal olarak ketlenme olasılığı iki kat fazladır. Yapılan çalışmada sağlıklı annelerin çocuklarının alışılmadık sosyal durumlara yaklaşımını

kolaylaştırdığı görülürken, depresif annelerin bunu yapma olasılığı daha düşük çıkmıştır (Mellick, Sharp ve Wilkinson, 2017). Amole, Cyranowski, Wright ve Schwartz tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada aile içindeki duyguların sosyalleşmesi ve destekleyici ebeveyn çocuk ilişkilerinin gelişmesi daha fazla pozitif uyumun önemli olduğu gösterilmiştir.

Yapılan literatür çalışmaları ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarına daha az şefkat ve yakınlık göstermesi, baskı uygulaması daha sonra geç ergenlik veya erken yetişkinlikte döneminde çocuklarda depresif belirtilerin rastlanmasına neden olabileceği belirlenmiştir. Annenin depresif olması çocuklarında da yordayıcı olduğu bulunmuştur (Milan ve Carlone, 2018). Erkek ve kız çocuklarıyla yapılan çalışmada depresyon öyküsü olan annelerin erkek çocukları sorunları dışsallaştırırken (dışa yönelen öfke), kız çocukları ise bu sorunları içselleştirdiği bulunmuştur. (Watson ve ark., 2012). Depresyonun çok faktörlü etiyojisine rağmen oluşumunda genetiğin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Couto ve ark. 2015). Colich ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada anne ve kızların depresyonun genetik risk faktörü olduğunu incelenmiş, anne ve kızların putamen tepkileri arasında önemli bir ilişkinin olduğunu vurgulamışlardır, fakat genetik yönde yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Anne ve kızlarına uygulanan Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği açısından anne ve kızları arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde anlamlı ilişki bulunmuş, ayrıca yapılan eşleştirilmiş t-testi analizi sonucuna göre anne ve kızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Anne ve kız psikolojik dayanıklılığını inceleyen literatür çalışmalarına rastlanılmamıştır. Ruh sağlığı üzerinde önemli etkisi olan psikolojik dayanıklılık kişinin olumsuz yaşam şartlarına rağmen kişinin kendini kurtarması ya da o şartlara alışma olarak ifade edilebilir. Fakat psikolojik dayanıklılığı etkileyen bir takım faktörler mevcuttur. Bunlardan en önemlisi koruyucu faktörlerin bulunması ve kişinin içinde bulunduğu çevresinde bu faktörlerin olmasıdır (Kavi ve Karakale, 2018). Bu çalışmada anne ve kızların benzer puanlar alması, annenin dayanıklılığının yüksek olup çocuğun çevresindeki koruyucu faktör olarak konumlanarak, kızının dayanıklılığın artmasına neden olması olarak açıklanabilir. Gelişim, geniş biyopsikososyal risk, savunmasızlık ve koruyucu

faktörler arasındaki karmaşık etkiler nedeniyle büyük ölçüde değişebilir (Hjemdal, Friberg ve Stiles, 2012). Bir çalışmada çıkan bulgular anne ve çocuk etkileşiminin okul öncesi dönemde ya da erken yaşta yeterliliğin geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır ve yeterlilikleri teşvik ederek çocuğun gelişim evrelerini etkileme potansiyeline sahiptir. Gelişimsel problemler için çocuklarda dayanıklılığı teşvik etme anne çocuk etkileşiminin önemli olabileceğini göstermektedir (Fenning ve Baker, 2012). Anne baba desteği risk faktörlerinin ortaya çıkmasını engellemekle birlikte, bireyle kurulan ilişki kişiyi bu faktörlere karşı korumakta yada etkisini azaltmakla birlikte en önemlisi duygusal iyi oluşuna katkıda bulunmaktadır (Kavi ve Karakale, 2018).

Ebeveyn çocuk arasındaki etkileşim, keşif, iletişim, güvenli bağlanma ve özdenetimi kolaylaştırarak pozitif gelişim için bir temel oluşturduğu düşünülmektedir. Ebeveyn çocuk değişimindeki eşzamanlılık çocukların bilişsel gelişimi ilişkilendirilmiştir. Eşzamanlılığın tanımı ortak duygulanımı merkezi bir özellik olarak içerir. Özellikle ebeveyn çocuk duygusal uyumuna odaklanan çalışmalar küçük çocukların iletişimsel ve düzenleyici becerilerini geliştirmede karşılıklı olumlu etkinin rolünü vurgulamaktadır (Fenning ve Baker, 2012). Bu çalışmada da kız katılımcıların anneye telefonda görüşme sıklığı Beck depresyon Ölçeği bakımından sonuçlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Annesiyle nadiren telefon görüşmesi yapan kişilerin depresyon puanı annesiyle her gün görüşme yapan kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir. Kız katılımcıların anneye telefonda görüşme sıklığı Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği bakımından sonuçlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Annesiyle ayda birkaç kez telefon görüşmesi yapan kızların sıkıntıya toleranssızlık puanı diğer kızların puanlarından daha yüksek olduğu yorumlanabilir.

Yapılan analiz sonucuna göre, kızların anneleriyle yaptığı sosyal aktivite sıklığının depresyon puanları arasında bir farklılık bulunmuştur. Anneleriyle sosyal aktivite sıklığı nadiren olan kızların depresyon puanları anneleriyle her gün aktiviteler ya da haftada birkaç kez aktive yapanlardan kızların puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca her gün ya da haftada birkaç kez aktiviteye

katılan kızların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu hesaplanmıştır. Sıkıntıya Toleranssızlık ölçeği sosyal aktivite sıklığı kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kişinin sosyal olarak etkin olması, kendini iyi hissettirecek hobilerinin olması ve etrafında güvendiği kişilerin varlığı kişinin zorlu zamanlarında oldukça önem arz etmektedir. Bireyin çevresinde sosyal desteğinin bulunması, onu bazı özellikleri paylaştığı toplumun ortak üyesi yapıp, toplum tarafından sevilip sayıldığına inanarak güvenli hissetmesini sağlamaktadır. Böylelikle birtakım olumsuzluklarla karşılaştığında bu destekle daha çabuk üstesinden gelebilmektedir. Anne, baba, kardeş arkadaş ve öğretmen kişinin yaşamında ve psikolojik çevresinde sosyal kaynakları olup önemli yere sahiptir (Kavi ve Karakale, 2018).

Annelerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının yaş kategorilerine bakıldığında, 50 yaş ve altı grubunun puan ortalaması 51 ve üstü yaş grubunun puan ortalamasından daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Ancak annelerin depresyon ve sıkıntıya toleranssızlık puanlarının yaş kategorileri açısından bir farklılık belirlenmemiştir. Ayrıca kızların yaş kategorileri ile depresyon, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında da bir farklılık gözlenmemiştir. Dayanıklılığın yaşla ilişkili olduğu gözlenen bir çalışmada; yaşı büyük ya da yaşlı bireylerin dayanıklılık puanlarının yüksek olduğu söylenmiştir. Depresyon puanları azalırken dayanıklılık puanlarının yükseldiği gözlemlenmiştir (Roberts, McAloney-Kocaman, Lippiett, Ray, Welch ve Kelly, 2021).

Annelerin eğitim düzeyleri ile depresyon, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık puanları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ancak kızların eğitim düzeyleri ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde yüksek eğitim düzeyinin insanın yaşam tarzıyla ilgili bir dizi koruyucu faktöre (zihinsel ve fiziksel aktiviteler, sosyal etkileşimler) sahip olduğu varsayılabilir. Buna ek olarak artan eğitim düzeyi ile demans olasılığının azalması arasında da bir korelasyon olduğu söylenmiştir (Fellgibel, 2018). Günümüz eğitim sisteminde performansa odaklanıldığı ve çocuklarda zihinsel dayanıklılığın güçlendirilmesinin yapılmadığı belirtilir. Bir çocuk fikrini ifade ettiğinde ya da birinin gözüne çarptığında, şüphelenilir, cezalandırılır ya da eleştirilir. Portmann “Çocuklardan ve gençlerden

kendini kabullenmek yerine kendini kabullenmemesini talep ediyoruz. Onlara yeterince güvenmiyoruz”, diye belirtmiştir. Ayrıca Portmann, zihinsel direncin içsel eğilimler, mizaç ve ilişki gibi kaynağı olması gereken üç önemli köşe taşından bahseder (Lackova, Gimenez ve Duenas, 2019). Yapılan bir başka çalışmada evli kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin cinsiyet ve eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan önceki araştırmalarda da cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fakat toplumdaki cinsiyet rollerinde, her iki tarafın farklı şekillerde zorluklarla başa çıkma stilleri vardır. Evli bireylerin öğrenim durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklılık göstermektedir, eğitim durumu arttıkça dayanıklılık da artmaktadır (Bektaş ve Özben, 2015).

Bu çalışmada gerek annelerin gerek kızlarının ekonomik düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre ekonomik düzeyi yüksek olan anne ve kızların dayanıklılık düzeylerinin orta ve düşük olan bireylerden yüksek olduğu; kızların ayrıca depresyon puanlarında anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. Ekonomik düzeyi düşük olan kızların depresyon puanlarının yüksek olduğu hesaplanmıştır. Annelerin depresyon puanları incelendiğinde, varyans homojen olmadığı için yorumda dikkate alınmamıştır. Sıkıntıya toleranssızlık puanları arasında her iki grupta da anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan literatür çalışmalarında ekonomik düzeyin psikolojik dayanıklılık açısından koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (Gizir, 2007). Lee ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada diğer çalışmalarda benzer şekilde sosyoekonomik kaynakların iyileşme sürecinde öneminin altını çizmektedir. Yapılan bir çalışmada yeni baba olmuş düşük gelirli bireylerin depresif belirtileri incelenmiş ve dayanıklılık kaynakları ele alınmıştır. Benlik saygısı (ego güçlendirme), sosyal destek (kişilerarası etkileşim), kültürel etkinlikler ve başa çıkma, bu dayanıklılık kaynaklarının farklı popülasyonda yüksek stres varlığında uygulanabilir olduğunu göstermiştir. Dayanıklılık kaynakları, bireylerin yaşamlarını daha iyi yönetmelerinin devam ettirmelerini veya travma, kronik stres bağlamında ilerleyebilmelerini sağlar. Benlik saygısı, sosyal, destek, kolektif yeterlik ve başa çıkma tarzları gibi psikososyal dayanıklılık kaynakları yeni baba olmuş bireylerde koruyucu işlevler sunabilir, bu kaynakların güçlendirilmesi depresif semptomların

azalmasına katkı sağlayabilir (Bamishigbin, Dunkel-Schetter, Guardino, Stanton, Schafer, Shalowitz ve ark., 2017).

Katılımcıların çalışma durumuna göre anne ve kız gruplarında benzer şekilde sıkıntıya toleranssızlık, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Çevresel faktör olarak betimlenen işsizlik ve işsizliğin birlikte getirdiği yoksulluk dayanıklılık için risk faktörü olabilmektedir (Kavi ve Karakale, 2018). Bu çalışmada faktörler arasında farklılaşma bulunamamışken yapılan alan çalışmasında işsizliğin psikolojik stresi artırmasıyla depresyon için kadın erkek fark etmeksizin risk faktörü olduğu saptanmıştır (Zimmerman ve Katon, 2005). Yapılan birçok araştırmada çalışan kadının depresyon seviyesinin çalışmayan kadından daha düşük olduğu vurgulanmıştır (Mavric, Alp ve Kunt, 2017). Yapılan başka bir alan çalışmasında çalışan annelerin çalışmayan annelere nazaran stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışan annelerin aynı anda diğer işlerini yerine getirmesi, onları zor ve stresli bir duruma sokmaktadır. Çalışan annenin çocuklarının, çalışmayan annenin çocuğuna göre depresif belirtiler göstermesi daha yüksektir (Dey ve ark., 2013).

Bu çalışmada, annelerin kronik bir rahatsızlıklarının bulunması durumuna göre depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde, kızların ise sadece psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre kronik rahatsızlığı olan annelerin depresyon puanları yüksek, psikolojik dayanıklılık düzeyleri kızlar ve annelerde düşük hesaplanmıştır. Kronik rahatsızlık/hastalıkta bir risk faktörü olup psikolojik dayanıklılık üzerinde önemli bir etkidir (Kava ve Karakale, 2018). Yapılan alan çalışmasında kronik hastalığı (göz kuruluğu) olan bireylerin depresyon ve dayanıklılık puanları incelenmiştir. Depresyon puanları yüksek çıkan bireylerde, depresyon ve dayanıklılık arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur, düşük dayanıklılığa sahip olan bireylerin depresyon geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kaiser, Jansen, Schrader ve Geerling, 2019).

Annelerin psikolojik destek alma durumuna göre depresyon ve sıkıntıya toleranssızlık düzeyleri arasında farklılıklar bulunmuşken, dayanıklılık

düzeylerinde farklılık gözlenmemiştir. Kızlarda anneleri gibi depresyon puanları arasında farklılık tespit edilmişken, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde farklılık bulunamamıştır. Günümüzde, örgütsel baskıya karşı farkındalık çok önemlidir, farkındalıkla iyi oluşu arttırıp, dayanıklılığı geliştirmeye teşvik etmek stresle başa çıkmada da önemlidir (Schwarz, 2018). Yapılan alan çalışmalarında psikolojik sorunların etiolojisinde sıkıntıya tolerans kapasitesinin önemli bir rol oynadığı anlaşılmaktadır; bu da psikoterapinin etkilerini arttırmayı amaçlayan faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Ozcan ve ark., 2019). Bireyler, üzüntü gibi caydırıcı duygusal deneyimlere tahammül edemeyecekleri katı bir bakış açısına sahip oldukları ölçüde, uyumsuz kaçış veya kaçınma başa çıkma stratejileri (örneğin, bilişsel / duygusal bastırma) uygulayabilir ve bu şekilde paradoksal olarak daha büyük olumsuz duygudurum durumlarını teşvik edebilir. Aksine, bir kişi aşırı ve uzun süreli sıkıntıyla sonuçlanan yaşam koşullarına maruz kaldığı ölçüde, esnek/dayanıklılık olmayan yüksek seviyelerde sıkıntı toleransı, uzun süreli ıstıraba neden olabilirken, bu tür bir sıkıntının bağlama duyarlı olarak önlenmesi alternatif olarak uyarlanabilir (Leyro, Zvolensky ve Bernstein, 2010).

Annelerin antidepresan kullanımı ile depresyon, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında farklılıklar tespit edilmiştir. Bu sonuca göre antidepresan kullananların depresyon puanları, sıkıntıya toleranssızlık puanları kullanmayanlardan daha yüksek olup, kullananların psikolojik dayanıklılık puanları kullanmayanlardan daha düşük olarak yorumlanabilir. Kız katılımcılarda annelere nazaran depresyon, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı farklılık gözlenmemiştir, fakat kızların antidepresan kullanım sayısı oldukça az olduğundan sonucun anlamsız olduğu düşünülmektedir.

Araştırmacılar son zamanlarda bilimsel ve klinik dikkatin aşırı yüksek seviyelerde sıkıntı toleransına daha fazla odaklanması gerektiğini öne sürmektedirler. Sıkıntıya tahammül etme algısı veya davranışsal sıkıntı toleransı, bir bireyin, yüksek düzeyde sıkıntıya (algılanan veya nesnel) tahammül ettiği durumlara atıfta bulunabilir. Örneğin, oldukça hoşgörüsüz belirli üzücü duygusal durumlara karşı oldukça hoşgörülü olan bireyler, sıkıntıya karşı farklı davranışsal tepkiler sergileyebilirler. Oldukça hoşgörüsüz birey, bilişsel veya duygusal baskılama,

kaçınarak başa çıkma ve benzerleri ile meşgul olabilirken, oldukça toleranslı birey kabul, yaklaşıma yönelik başa çıkma veya diğer daha uyarlanabilir düzenleyici stratejileri kullanmaya daha yatkın olabilir. Sıkıntı toleransının doğasını daha iyi anlamak için, bu temel süreçleri bireyler arasında (yani, insanlar arasında hoşgörüsüzlüğü sıkıntıya sokmak için ifade ve tepki stratejilerindeki farklılıklar) ve bireyler içinde (yani ifade ve ifade araçlarının çeşitliliği) incelenmesi önemlidir (Leyro ve ark., 2010).

Bu çalışmada annelerin sigara kullanımı ile depresyon, sıkıntıya toleranssızlık ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmamışken, kızlarda sadece depresyon puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuca göre sigara içen kızların depresyon puanları daha yüksek olup kesme puanının üstünde yer almaktadır. Kızların depresyon puanının yüksek olması; yaşın etkisiyle stresle başa çıkma yöntemi olarak kullanılıyor olabilir. Sıkıntı toleransı, bir bireyin olumsuz psikolojik durumları deneyimleme ve bunlara karşı koyma yeteneğini ifade eder. Alkol kullanan yetişkinlerin %10 ila 25'i, bunu en azından kısmen olumsuz duygulanımla başa çıkmanın bir yöntemi olarak yapmaktadır. Nikotin ve yasadışı uyuşturucu kullanıcıları ile yapılan araştırmalar, düşük seviyelerde sıkıntı toleransının tedaviden sonra nüksü öngördüğünü göstermektedir. Sigara yoksunluğu sıkıntıya tolerans kapasitesini azaltabilir. Üniversite öğrencilerinde depresyon ve madde kullanımını inceleyen bir çalışmada, sıkıntıya toleransın, depresyon ile alkol ve esrar sorunları arasındaki ilişkilere aracılık ettiği bulunmuştur. Bu nedenle, olumsuz etkiyi tolere edememe, daha çok olumsuz etkinin varlığı, kendi başına madde kullanım sorunları için risk oluşturabilir. Bu, daha düşük sıkıntı toleransına sahip öğrencilerin olumsuz etkileriyle başa çıkmak için esrar kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu gösteren diğer araştırmalarla tutarlıdır (Dennhardt ve Murphy, 2011).

Kızların kardeş sayısı göre sıkıntıya toleranssızlık düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuş olup, depresyon ve dayanıklılık düzeyleri arasında farklılık gözlenmemiştir. Bu sonuca göre, tek çocuk olan kişilerin sıkıntıya toleranssızlık puanları kardeşi olan kişilerden daha düşük olduğu söylenebilir. Özdel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2002) kardeş sayıları ve depresyon puanları

arasındaki ilişki incelendiğinde, kardeş sayısının artmasıyla birlikte depresif belirtiler gösterme oranı düştüğü, tek çocuğun depresyon puanının, 3 kardeş ve üstünden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Fakat yapılan ki-kare analizi sonucunda kardeş sayısı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.

Ayrıca doğum sırasına göre üç faktör arasında farklılık bulunmamıştır. Adler'in kuramına göre doğum sırası kişilerin aile içerisindeki konumu ve kardeşler arasındaki ilişkiyi ve doğum sırasının takım psikolojik etkileri konu almaktadır (Çakır ve Şen, 2012). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada doğum sırasının rolü psikolojik sağlamlık/dayanıklılık açısından incelenmiş, büyük ve küçük çocuğun dayanıklılık düzeyleri ile ters yönlü, ortanca ve tek çocuk arasında ise pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca doğum sırasının dayanıklılığın yordayıcı olduğu da belirtilmektedir. Ortanca veya ikinci çocuk ailenin dikkat odağında olamamış, hem ilk çocuğun kedisinden güçlü, yetenekli olması hem de küçük kardeşin yarattığı problemlerle başa çıkmak zorunda kalması, mücadele halinde olduğunu göstermektedir (Oktan, Odacı ve Çelik, 2014). Aile içindeki çocukların koşulları benzer veya eşit olmamasından dolayı, her konumdaki çocuk farklı yaşam, yetirilme tarzı ve başa çıkma stratejileri geliştirmektedir (Çınarbaş ve Nilüfer, 2019).

Annelerin yaşamın yoğunluğunun geçtiği yer değişkenine göre sıkıntıya toleranssızlık puanları arasında farklılık bulunmuş, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ise farklılık gözlenmemiştir. Bu sonuca göre yaşamın yoğunluğunu köyde geçiren bireylerin sıkıntıya toleranssızlık puanlarının ilçe, büyükşehirde yaşamış ya da yetişmiş kişilerden daha yüksek olduğu söylenebilir. Kızların yaşamın yoğunluğunun geçtiği yer değişkenine göre sıkıntıya toleranssızlık, depresyon ve psikolojik dayanıklılık puanları arasında farklılık bulunmamıştır. Yapılan alan çalışmasında depresyon puanları ile öğrencilerin ailelerinin yaşadığı yer arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda, depresif belirtiler görülme oranının en fazla ailesi köy/kasabada yaşayanlarda olduğu tespit edilmiş, fakat yapılan ki-kare analizi sonucunda ailenin yaşadığı yer ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Özdel ve ark, 2002). Ayrıca annelerin yaşamın yoğunluğunun geçtiği yere göre sıkıntı toleranssızlık puanlarında farklılık bulunup kızlarda

bulunmaması, annenin köy yaşamında iş yükünün fazla olması, belirli imkanlara ulaşmada güçlük çekmesinden kaynaklandığı düşünülebilmektedir.

Son olarak Türkiye genelinde toplanan veriler coğrafi bölgeler açısından yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre sıkıntıya toleranssızlık, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında farklılık gözlenmemiştir. Depresyon puanı kesme puanının altında olup dayanıklılık puanları yüksek hesaplanmıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada coğrafi bölge ile depresyon puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında depresif belirtiler yönünden en düşük oran İç Anadolu bölgesinde, en yüksek oran ise Akdeniz bölgesinde saptanmış, fakat yapılan ki-kare analizi sonucunda coğrafi bölge ile depresyon arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (Özdel ve ark., 2002).

SONUÇ VE ÖNERİLER

174 anne ve 174 kızlarıyla yapılan bu çalışmada, anne ve kızları arasında sıkıntıya toleranssızlık, depresif belirtiler ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde benzerlik saptanmıştır. Sonuçlar şöyledir;

- 1) Anne ve kızlarının Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde iyi düzeyde bir ilişki bulunmuş, eşleştirilmiş t-testi analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- 2) Anne ve kızlarının Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde iyi düzeyde bir ilişki bulunmuş, eşleştirilmiş t-testi analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.
- 3) Anne ve kızlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde kuvvetli düzeyde bir ilişki bulunmuş, eşleştirilmiş t-testi analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yapılan alan çalışmalarında ailenin önemi ailenin çocuğa olan katkıları psikolojik gelişimdeki önemi vurgulanmaktadır. Annenin kız çocuğu üzerindeki etkisi bu çalışmada incelenmiş belirtildiği gibi benzerlik bulunmuş, bu da annenin kız çocuğu üzerindeki büyük etkisini göstermiştir. Bu araştırma doğrultusunda anne ve kızın eş zamanlı psikolojik destek almasının, terapinin etkisini arttırmakla birlikte, dayanıklılık düzeyini yükseltip, depresif belirtilerin azalmasında fayda gösterme olasılığını yükselteceği düşünülmektedir.

Ayrıca anne çocuk çalışmaları daha çok anne ve 18 yaş altı çocuklarla yapıldığı için bu doğrultuda çalışmayla aynı kriterler içeren bundan sonra ki çalışma da anneler ve 18-30 yaş arası anneleriyle yaşayan oğullarıyla da incelenebilir. Ayrıca anne benzerliğinin cinsiyet açısından incelenmesi için hem kız hem erkekler dahil edilip karşılaştırma yapılabilir. Annesiyle yaşayan kızlar ve yaşamayan kızlar dahilinde de araştırma gerçekleştirilip benzerlik ve farklılıkları karşılaştırma yapılabilir. Bunun dışında bu değişkenler babalar açısından da incelenebilir.

Çalışmanın sınırlılıkları arasında; veriler Covid 19 sebebiyle gönüllülük esasına dayalı olarak tamamıyla online form sosyal medya aracılığı ile toplanmıştır. Online form olarak hazırlanmış iki bölümden oluşan bir ankettir. Gelen geribildirimlere göre tek bir online form olmasından dolayı anne ve kızların arka arkaya doldurulması kişilerin ankete olan talebini azaltmıştır. Ayrıca tek linkin anket doldurma süresini uzatması katılımı azaltmıştır. Yönerge açıklayıcı olmasına rağmen verilen yönergenin bireyler tarafından okunmadan doldurulması anketin yanlış doldurulmasına sebebiyet vermiş ve 22 çift verinin silinmesine neden olmuştur.

KAYNAKÇA

- Abel, U. & Hautzinger, M.** (2013). *Kognitive verhaltenstherapie bei depressionen im kindes-und jugendalter*. Springer-Verlag.
- Akın, A., Akça, M. Ş., & Gülşen, M.** (2014). Sıkıntıyı tolere etme ölçeği türkçe formu: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(2), 619-630.
- Allhusen V., Belsky J., Booth-LaForce C., Bradley R. H., Brownell C. A., Burchinal M. ve ark.** (2004). Affect dysregulation in the mother-child relationship in the toddler years: Antecedents and consequences. *Development and Psychopathology*, 16(01).
- Alper, Y.** (2006). Psikodinamik açıdan cemel süreya ve şiiri IV: Depresyon psikodinamiği ve cemel süreya. *Türkiye'de Psikiyatri Derg.*, 8(1), 58-66.
- Amole, M. C., Cyranowski, J. M., Wright, A. G., & Swartz, H. A.** (2017). Depression impacts the physiological responsiveness of mother-daughter dyads during social interaction. *Depression and anxiety*, 34(2), 118-126.
- Anestis, M. D., Lavender, J. M., Marshall-Berenz, E. C., Gratz, K. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E.** (2012). Evaluating distress tolerance measures: Interrelations and associations with impulsive behaviors. *Cognitive therapy and research*, 36(6), 593-602.
- Anlı, İ.** (2016). *Psikanaliz Temel Alanları ve Kuramcıları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Arkar, H.** (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Azzone, P.** (2019). Pain: A psychoanalytic study in the etiology of depressive disorders. *Modern Psychoanalysis*, 43(2), 1-32.
- Bamishigbin, O. N., Dunkel Schetter, C., Guardino, C. M., Stanton, A. L., Schafer, P., Shalowitz, M., Lanzi, R. G., Thorp, J., & Raju, T.** (2017). Risk, resilience, and depressive symptoms in low-income African American fathers. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 23(1), 70-80.

- Basha, E., & Kaya, M.** (2020). An evaluation the level of depression, anxiety and stress the Kosovo war veterans. *Cyprus Turkish journal of psychiatry and psychology*, 2(2), 106-113.
- Basharpoor, S., Mowlaie, M., & Sarafrazi, L.** (2020). The role of cognitive fusion, distress tolerance and self-compassion in post traumatic growth of abused individuals in their childhood. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*, 7(3), 87-100.
- Basım, H. N., & Çetin, F.** (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Bayrakçı, M.** (2007). Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (14), 198-210.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bektaş, M., & Özben, Ş.** (2016). Evli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin bazı sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Celal Bayar University Journal of Social Sciences/Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1).
- Bhamani, S. S., Zahid, N., Zahid, W., Farooq, S., Sachwani, S., Chapman, M., & Asad, N.** (2020). Association of depression and resilience with fertility quality of life among patients presenting to the infertility centre for treatment in Karachi, Pakistan. *BMC Public Health*, 20(1), 1-11.
- Colich, N. L., Ho, T. C., Ellwood-Lowe, M. E., Foland-Ross, L. C., Sacchet, M. D., LeMoult, J. L., & Gotlib, I. H.** (2017). Like mother like daughter: putamen activation as a mechanism underlying intergenerational risk for depression. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(9), 1480-1489.
- Cosco, T. D., Howse, K., & Brayne, C.** (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 579-583.
- Couto, T. C., Brancaglioni, M. Y. M., Alvim-Soares, A., Moreira, L., Garcia, F. D., Nicolato, R., ve ark.** (2015). Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World journal of psychiatry*, 5(1), 103.
- Çakır, K., Şen, E.** (2012). Psikolojik doğum sırasına göre adil dünya inancı. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1 (32) , 57-69.

- Çakır, Z.** (2016). Sıkıntıya toleranssızlık ölçeği ve bilişsel-davranışsal kaçınma ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17.
- Çalışır, M.** (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 1(3), 240-255.
- Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç.** (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çetin, F., Yeloğlu, H. O., & Basım, H. N.** (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 81-92.
- Çınarbaş, D. C., & Nilüfer, G.** (2019). Adler ve Sulloway'in doğum sırası kuramları ve görgül bulgular ile ilgili bir derleme. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 59(1), 125-151.
- Çutuk, Z. A.** (2019). Üniversite öğrencilerinin duygusal öz-yeterlik ile sıkıntıya dayanma düzeyi ilişkisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(3), 211-218.
- Das, A., & Arora, D.** (2020). Positive psychology of resilience: How the big five personality factors mediate resilience. *Indian Journal of Positive Psychology*, 11(1), 55-58.
- Daughters, S. B., Gorka, S. M., Rutherford, H. J., & Mayes, L. C.** (2014). Maternal and adolescent distress tolerance: The moderating role of gender. *Emotion*, 14(2), 416.
- Deniz, M. E., Yorgancı, Z., & Özyeşil, Z.** (2009). A Research on investigating the trait anxiety and depression levels of the students with learning disabilities. *Elementary Education Online*, 8(3).
- Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G.** (2011). Associations between depression, distress tolerance, delay discounting, and alcohol-related problems in European American and African American college students. *Psychology of addictive behaviors*, 25(4), 595.
- Denny, S., Fleming, T., Clark, T. C., & Wall, M.** (2004). Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 137-149.
- Dey, B. K., Bairagi, A., Kabir, S. M., & Shahrier, M. A.** (2013). Parenting Stress and Depression in Children of Working Mother. *The Citagong University Journal of Biological Science vol*, 7, 151-165.

- Diehl, M., & Hay, E. L.** (2010). Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: the role of age, self-concept incoherence, and personal control. *Developmental psychology*, 46(5), 1132.
- Dilbaz, N., & Seber, G.** (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3).
- Dilmaç, B., & Yılmaz, M.** (2019). Öğretmen adaylarında bilişsel farkındalık düzeyleri, öznel mutluluk ve sıkıntıyı tolere etme arasındaki yordayıcı ilişkiler. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 1125-1155.
- Doan, S. N., Son, H., & Kim, L. N.** (2018). Maternal and paternal emotional contributions to children's distress tolerance: Relations to child depressive symptoms. *Psychiatry research*, 267, 215-220.
- Ekinci, S., & Kural, H. U.** (2017). Distress intolerance in the parents of substance dependent patients. *Psychiatry research*, 251, 221-224.
- Ersezgin, R., & Tok, E. S. S.** (2019). Algılanan iş stresi, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma stilleri ve öz-duyarlılığın tükenmişlik düzeyini yordayıcı etkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(36), 1-36.
- Erzin, G., Kılınçel, O., Bayram, Ş., Kılıç, O. H. T., Kotan, V. O., Özkaya, G., Göka E., & Özdel, K.** (2020). Premenstrüel disforik bozukluğu olan hastaların sıkıntıya ve rahatsızlığa dayanma düzeylerinin ve fonksiyonel olmayan tutumlarının incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3).
- Fellgiebel, A.** (2018). Resilienz gegenüber psychischen störungen im alter. *Der Nervenarzt*, 89(7), 773-778.
- Fenning, R. M., & Baker, J. K.** (2012). Mother-child interaction and resilience in children with early developmental risk. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 411.
- Flückiger, C., Znoj, H., & Visla, A.** (2019). Eine pragmatische anleitung zur exploration von resilienz und handlungsressourcen in klinischen fragebögen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.
- Foland-Ross, L. C., Gilbert, B. L., Joormann, J., & Gotlib, I. H.** (2015). Neural markers of familial risk for depression: An investigation of cortical thickness abnormalities in healthy adolescent daughters of mothers with recurrent depression. *Journal of abnormal psychology*, 124(3), 476.

- Freud, S.** (1917). Trauer und Melancholie. In: Studienausgabe, Bd. III: Psychologie des Unbewussten. Frankfurt/M.: Fischer 19757, 194-212.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O.** (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*, 14(1), 29-42.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönnau-Böse, M.** (2015). Resilienz. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönnau-Böse, M.** (2018). Resilienzfokusierung in pädagogik und psychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 43(4), 371-388.
- Fullerton, D. J., Zhang, L. M., & Kleitman, S.** (2021). An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *Plos one*, 16(2), e0246000.
- Gizir, C. A.** (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Gorka, S. M., Ali, B., & Daughters, S. B.** (2012). The role of distress tolerance in the relationship between depressive symptoms and problematic alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 621.
- Göka, E., Yüksel, F. V., & Göral, F. S.** (2006). İnsan ilişkilerinde yansıtımlı özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 46-54.
- Grasberger, D.** (2013). *Depressionen natürlich behandeln: Mit behutsamen Schritten wieder zurück ins Leben. Mit allen wichtigen ergänzenden Behandlungen. Sich wieder spüren - den eigenen Weg finden.* Schlütersche Verlag.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A.** (1995). *Mind over Mood: a cognitive therapy treatment manual for clients.* Guilford press. (D. Dağyaran, Çeviri Ed.). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi Matbaası.
- Groen, G., & Petermann, F.** (2011). *Depressive kinder und jugendliche.* Hogrefe Verlag.
- Gross, J. J.** (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Hautzinger, M.** (2010). *Akute Depression.* Hogrefe Verlag.
- Hell, D.** (2007). *Was stimmt depression.* Freiburg: Herder Verlag.

- Hillenbrand, C.** (2014). Verhalten und Sprache: Risiken–Resilienz–Entwicklungsförderung. *Praxis Sprache*, 4, 243-248.
- Hisli, N.** (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C.** (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 174-180.
- Holden, L., Harris, M., Hockey, R., Ferrari, A., Lee, Y. Y., Dobson, A. J., & Lee, C.** (2019). Predictors of change in depressive symptoms over time: results from the Australian longitudinal study on women's health. *Journal of affective disorders*, 245, 771-778.
- Hood, C. O., Jones, A. C., Flores, J., Badour, C. L., & Feldner, M. T.** (2020). Distress tolerance interacts with peritraumatic emotions to predict posttraumatic stress symptoms following sexual victimization. *Traumatology*.
- Hovardaoğlu, S.** (2017). Öğrenilmiş çaresizlik ve depresyon: yükleme biçimi ölçeği ve Beck depresyon ölçeğiyle yapılan bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 33(1-2).
- Howell, K. H., Thurston, I. B., Schwartz, L. E., Jamison, L. E., & Hasselle, A. J.** (2018). Protective factors associated with resilience in women exposed to intimate partner violence. *Psychology of violence*, 8(4), 438.
- Kabakçı, E.** (2001). Üniversite öğrencilerinde sosyotropik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olaylar ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 273-282.
- Kaiser, T., Janssen, B., Schrader, S., & Geerling, G.** (2019). Depressive symptoms, resilience, and personality traits in dry eye disease. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 257(3), 591-599.
- Karamustafaloğlu, O., & Yumrukçal, H.** (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Katz, D., Rector, N. A., & Lapsa, J. M.** (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 46(6), 459-477.

- Kavi, E. ve Karakale, B.** (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *Emek ve Toplum Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17): 55-77.
- Kaya, İ., & Eroğul, A. R. Ç.** (2013). Ergenlerde çocukluk dönemi istismar yaşantılarının yordayıcısı olarak aile işlevlerinin rolü. *Eğitim ve Bilim*, 38(168).
- Kaya, B., & Kaya, M.** (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(Supp: 6), 3-10.
- Kesebir, S., Gündoğar, D., Küçüksubaşı, Y., & Yaylacı, E. T.** (2013). The relation between affective temperament and resilience in depression: a controlled study. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 352-356.
- Klimes-Dougan, B., Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Usher, B., Hastings, P. D., Kendziora, K., & Garside, R. B.** (2007). Parental emotion socialization in adolescence: Differences in sex, age and problem status. *Social Development*, 16(2), 326-342.
- Köroğlu, E.** (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Kratovic, L., Smith, L. J., & Vujanovic, A. A.** (2021). PTSD symptoms, suicidal ideation, and suicide risk in university students: The role of distress tolerance. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(1), 82-100.
- Lackova, L., Gimenez, A. R., & Duenas, C. P.** (2019). Positive psychology and increasing resilience in the educational process. In *6th SWS International Scientific Conferences on social sciences 2019* (pp. 245-252).
- Lakioti, A., Stalikas, A., & Pezirkianidis, C.** (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Lass, A. N., & Winer, E. S.** (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), e12336.
- Le, T. P., Iwamoto, D. K., & Burke, L. A.** (2021). A longitudinal investigation of racial discrimination, distress intolerance, and psychological well-being in African American college students. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 745-754.
- Lenz, A.** (2014). *Kinder psychisch kranker eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Lewis, G., Collishaw, S., Thapar, A., & Harold, G. T.** (2014). Parent–child hostility and child and adolescent depression symptoms: The direction of effects, role of genetic factors and gender. *European child & adolescent psychiatry*, *23*(5), 317-327.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A.** (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, *136*(4), 576.
- Lindert, J., Schick, A., Reif, A., Kalisch, R., & Tüscher, O.** (2018). Verläufe von Resilienz–Beispiele aus Längsschnittstudien. *Der Nervenarzt*, *89*(7), 759-765.
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S.** (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, *71*, 34-42.
- Macatee, R. J., Albanese, B. J., Okey, S. A., Afshar, K., Carr, M., Rosenthal, M. Z., Schmidt N. B., & Coughle, J. R.** (2021). Impact of a computerized intervention for high distress intolerance on cannabis use outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *121*, 108194.
- MacPherson, L., Stipelman, B. A., Duplinsky, M., Brown, R. A., & Lejuez, C. W.** (2008). Distress tolerance and pre-smoking treatment attrition: Examination of moderating relationships. *Addictive behaviors*, *33*(11), 1385-1393.
- Malka, T., Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., & Roe, D.** (2020). Coping style is associated with parental distress beyond having a mental illness: A study among mothers with and without mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, *43*(2), 170.
- Mangır, M., & Baran, G.** (1990). Çocukta rol özdeşimi ve cinsel kimliğin kazanılması. *Eğitim ve Bilim*, *14*(76).
- Masten, A. S.** (2016). Resilience in developing systems: The promise of integrated approaches. *European Journal of Developmental Psychology*, *13*(3), 297-312.
- Mattejat, F., Wüthrich, C., & Remschmidt, H.** (2000). Kinder psychisch kranker Eltern Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Der Nervenarzt*, *71*(3), 164-172.
- Mavric, B., Alp, Z. E., & Kunt, A. S.** (2017). Depression and Life Satisfaction among Employed and Unemployed Married Woman in Turkey: A

Gender Based Research Conducted in a Traditional Society. *Inquiry*, 2(2).

- McHugh, R. K., & Otto, M. W.** (2012). Refining the measurement of distress intolerance. *Behavior therapy*, 43(3), 641-651.
- Mellick, W., Sharp, C., & Wilkinson, A.** (2017). The moderating role of maternal depression in the relation between adolescent behavioral inhibition and maternal critical expressed emotion. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(4), 546-553.
- Mete, H. E.** (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Milan, S., & Carlone, C.** (2018). A two-way street: Mothers' and adolescent daughters' depression and PTSD symptoms jointly predict dyadic behaviors. *Journal of Family Psychology*, 32(8), 1097.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M., & Halfon, O.** (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use & Misuse*, 40(5), 605-623.
- Müters, S., Hoebel, J., & Lange, C.** (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern.
- Oktan, V., Odacı, H., & Çelik, Ç.** (2014). Psikolojik doğum sırasının psikolojik sağlamlığın yordanmasındaki rolünün incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 140-152.
- Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H.** (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522.
- Ozcan, A. N., Cekici, F., & Arslan, R.** (2019). The relationship between resilience and distress tolerance in college students: The mediator role of cognitive flexibility and difficulties in emotion regulation. *International Journal of Educational Methodology*, 5(4), 525-533.
- Ozcan, N. A.** (2019). The mediator role of cognitive flexibility and mindfulness in relationship between perceived stress and distress tolerance among university students. *Online Submission*, 6(9), 316-332.
- Ölsböck, N.** (2013). Resilienz-die innere widerstandskraft. *Psychologie in Österreich*, 2, 103-107.
- Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoglu, N. K.** (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.

- Özkul, B., & Günüşen, N. P.** (2020). Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 203-210.
- Özmen, D. M.** (1999). Depresyonun Psikoterapisi. *İçinde: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller*. Ed: Eker E, İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Komisyonu Yayını, İstanbul, (17), 121-131.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A.** (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 14. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Perkins, K. A., Karelitz, J. L., Giedgowd, G. E., Conklin, C. A., & Sayette, M. A.** (2010). Differences in negative mood-induced smoking reinforcement due to distress tolerance, anxiety sensitivity, and depression history. *Psychopharmacology*, 210(1), 25-34.
- Perrez, M. & Baumann, P.** (2005). *Lehrbuch klinische psychologie-psychotherapie*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Petermann, F., & Braehler, E.** (2019). Ressourcen und ressourcenaktivierung. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 67(3), 141-143.
- Petermann, F., & Schmidt, M. H.** (2006). Ressourcen-ein grundbegriff der entwicklungspsychologie und entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung*, 15(2), 118-127.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G.** (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Qi, J., Rappaport, L. M., Cecilione, J., Hettema, J. M., & Roberson-Nay, R.** (2019). Differential associations of distress tolerance and anxiety sensitivity with adolescent internalizing psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L.** (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261.
- Rette, D. N., Arnold, M. S., McDonald, E. M., Hoptman, M. J., Collins, K. A., & Iosifescu, D. V.** (2021). Influences on childhood depressive symptoms: The effects of trauma and distress tolerance across age and sex groups. *Journal of Affective Disorders*, 283, 373-376.

- Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C.** (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respiratory medicine*, 176, 106219.
- Rothenbusch, N.** (2018). Förderung von Resilienz bei Kindern und Jugendlichen in Bildungseinrichtungen. *Theo-Web. Zeitschrift fuer Religionspaedagogik* 17, 52-65.
- Russell, B. S., & Lincoln, C. R.** (2016). Distress tolerance and emotion regulation: Promoting maternal well-being across the transition to parenthood. *Parenting*, 16(1), 22-35.
- Sağ, B., & Bilican, F. I.** (2020). Bilişsel faktörler ile depresif semptomlar ve iyi oluş arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12.
- Schuch, B.** (2000). Kognitive Triade. *Wörterbuch Der Psychotherapie*, 351–352.
- Schwartz, A.** (2018). Mindfulness in applied psychology: Building resilience in coaching. *The Coaching Psychologist*, 4(2).
- Sezer, Ö.** (2010). Ergenlerin kendilik algılarının anne baba tutumları ve bazı faktörlerle ilişkisi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 1-19.
- Sezgin, M., Şimşek, İ.** (2019). Bireyin sıkıntıya dayanması üzerine sosyal medyanın rolü. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11 (18) , 1259-1281.
- Shakya, A., Mahapatra, P., Behera, B. K., & Pathak, M.** (2021). Life satisfaction and depression among women living in slum areas of Bhubaneswar. *IAIM*, 8(2), 69–76.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M.** (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102.
- Simonds, S. L.** (2006). *Depression and women: An integrative treatment approach*. Springer Publishing Company.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Daversa, M. T., Stout, R. L., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G.** (2007). Positive childhood experiences: Resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(07), 1102-1108.

- Smit, F., Shields, L. and Petrea, I.** (2016). *Preventing depression in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.
- Soygüt, G., Çakır, Z., & Karaosmanoğlu, A.** (2008). Ebeveynlik biçimlerinin değerlendirilmesi: Young ebeveynlik ölçeğinin psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11(22), 17-30.
- Tepeli Temiz, Z., & Tarı Cömert, I.** (2018). The Relationship Between Life Satisfaction, Attachment Styles and Psychological Resilience in University Students.
- Tüzün, O., & Sayar, K.** (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24-39.
- Ülker-Tümlü, G., & Receptoğlu, E.** (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (3), 205-213.
- Veilleux, J. C., Hill, M. A., Skinner, K. D., Pollert, G. A., Baker, D. E., & Spero, K. D.** (2018). The dynamics of persisting through distress: Development of a Momentary Distress Intolerance Scale using ecological momentary assessment. *Psychological assessment*, 30(11), 1468.
- Wahesh, E., Moreton, A., & McKechnie, M.** (2020). The Indirect Effect of Distress Tolerance on Young Adult Alcohol Use Behaviors via Coping Motives. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 41(2), 111-127.
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R.** (2018). Depressive symptoms in adolescents: prevalence and associated psychosocial features in a representative sample. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(33-34), 549.
- Watson, K. H., Potts, J., Hardcastle, E., Forehand, R., & Compas, B. E.** (2012). Internalizing and externalizing symptoms in sons and daughters of mothers with a history of depression. *Journal of Child and Family Studies*, 21(4), 657-666.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G.** (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 469-475.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J.** (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Vol. 1131). Heidelberg: Springer.

- Wolfersdorf, M., & Schüler, M.** (2004). *Depressionen im alter: Diagnostik, therapie, angehörigenarbeit, fürsorge, gerontopsychiatrische depressionsstationen*. Kohlhammer Verlag.
- Wustmann, C.** (2005). Die blickrichtung der neueren resilienzforschung. Wie kinder lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 192-206.
- Yörük, S., & Güler, D.** (2020). The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 390–398.
- Zimmerman, F. J., & Katon, W.** (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship?. *Health economics*, 14(12), 1197-1215.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T.** (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.

