İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMI'NIN BABA KAYBI YAŞAMIŞ ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİNE ETKİSİ

ZEYNEP TATARER

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU UYSAL

İSTANBUL, 2020

İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMI'NIN BABA KAYBI YAŞAMIŞ ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİNE ETKİSİ

ZEYNEP TATARER

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU UYSAL

İSTANBUL, 2020

TEZ ONAY SAYFASI

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri

Unvanı – Adı Soyadı	Kanaati	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal	_____	_____
Prof. Dr. Medaim Yanık	_____	_____
Dr. Öğr. Üyesi H. Turan Karatepe	_____	_____

Bu tezin İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Teslim Tarihi Mühür/İmza

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Zeynep Tatarer

İmza:

ÖZ

ÇOCUK VE ERGENLER İÇİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PROGRAMI'NIN BABA KAYBI YAŞAMIŞ ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİNE ETKİSİ

Yazar Tatarer, Zeynep
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal
Haziran 2020, 92 sayfa

Ebeveyn kaybı bir çocuğun hayat boyu deneyimleyebileceği en zorlu yaşam olaylarından biridir. Bu bağlamda baba kaybı yaşayan çocukların hayatına olumlu çıktılar üreterek devam etmesine yardımcı olacak psikolojik sağlamlık programlarının geliştirilmesi, uygulanması ve etkililiğinin test edilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma, Psikolojik Sağlamlık Programı'nın baba kaybı yaşamış 12-14 yaş aralığındaki çocuklar üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışma 16 müdahale, 16 kontrol grubu olmak üzere toplamda 32 kişiyle yürütülmüştür. Psikolojik Sağlamlık Programı psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilen belirli koruyucu faktörleri desteklemek üzere geliştirilmiş bir programdır. Bu program 5 hafta boyunca, haftada 1 gün olmak üzere müdahale grubuna uygulanmıştır. Her oturum yaklaşık olarak 120-150 dakika sürmüştür. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ve Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) katılımcıların psikolojik sağlamlık, güçler-güçlükler ve umut düzeyini ölçmek üzere kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre Psikolojik Sağlamlık Programı'nın baba kaybı yaşamış ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmada etkili bir müdahale yöntemi olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, program sonunda müdahale grubunun Toplam Güçlük Puanı'nda anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir. Son olarak, müdahale grubunun Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) sontest puanlarının kontrol grubunun sontest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu, Toplam Güçlük Puanı sontest puanlarının ise kontrol grubunun sontest puanlarından anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik Sağlamlık Programı, psikolojik sağlamlık, ergenlik, baba kaybı

ABSTRACT

THE IMPACT OF THE PSYCHOLOGICAL RESILIENCE PROGRAMME FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS ON THE PSYCHOLOGICAL LEVEL OF CHILDREN WHO HAVE EXPERIENCED FATHER LOSS

Tatarer, Zeynep
MA in Clinical Psychology
Thesis Supervisor: Assist. Prof. Burcu Uysal
June 2020, 92 Pages

Parental loss is one of the most challenging life events that a child can experience throughout his/her life. In this context, it is very important to develop, implement and test the effectiveness of psychological resilience programs that will help children who lost their fathers to continue their lives by producing positive outcomes.

This study aims to examine the impact of the Psychological Resilience Programme on children between the ages of 12-14 who have experienced father loss. The study was carried out with a total of 32 participants, 16 intervention and 16 control groups. The Resilience Programme was designed to promote some protective factors related to psychological resilience and it was applied to participants in the intervention group throughout five weeks, one session in every week. Each session took 120-150 minutes. Resiliency Attitude and Skills Profile (RASP), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Children Hope Scale (CHS) were used in measuring psychological reslience, strength-difficulties and hope levels of the participants. The results of the study indicated that the Resilience Programme is effective on improving the psychological resilience level of adolescents who have parental loss. In addition to this, at the end of the program, a significant decrease was detected in the total difficulties score of the intervention group. Finally, it was observed that the intervention group's posttest scores of Children Hope Scale (CHS) were significantly higher than the posttest scores of the control group, while posttest scores of the total difficulties score were significantly lower than the posttest scores of the control group.

Key words: Psychological Resilience Programme, resilience, father loss

TEŞEKKÜR

Birtakım sebeplerden dolayı benim için zorlayıcı bir serüvene dönüşen yüksek lisans sürecimde ilk günden itibaren beni her anlamda destekleyen, bir an olsun yalnız bırakmayan, yükümü sorgusuz paylaşan ve serüvenimin mutlu sonla bitmesine vesile olan çok kıymetli hayat arkadaşım Ahmet TATARER'e, kızlarının ufkunu açmak için tüm imkanlarını seferber eden, varlığıyla sonsuz güven veren canım babam Mustafa Gök'e, dört çocuğunu büyüttükten sonra dışarıdan ortaokulu ve liseyi bitirip hayatının ikinci baharında üniversite öğrencisi olmaya hak kazanarak azmiyle tüm çocuklarına örnek olan biricik anneciğim Nilgün Gök'e, elinden gelen her türlü desteği sunarak çalışmama katkıda bulunan kardeşim Fatih Gök'e, manevi desteğini her an beraberimde taşıdığım sevgili ablam Rabia Dağlı'ya ve evimizin neşesi, ailemizin biricik sporcusu kardeşim Şükrü Gök'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez öğrencisi olarak beni kabul etmesiyle büyük mutluluk duyduğum, araştırmamın her aşamasında tüm içtenliğiyle bana rehberlik eden değerli hocam Dr. Burcu Uysal'a şükranlarımı sunuyorum.

İbn Haldun Üniversitesi'nin bana kattığı en kıymetli hazinelerden, bilgisini ve tecrübesini cömertçe paylaşan, işine olan saygısını ve bağlılığını örnek aldığım Uzm. Psk. Dan. Pınar Koç Yıldırım'a, çalışmamda kullandığım programın geliştiricisi olan ve bu süreçte her daim desteğini yanımda hissettiğim saygıdeğer hocam Dr. Atanur Akar'a, araştırmamın istatistik bölümüyle alakalı sorduğum sorulara tamamen gönüllük esasıyla yanıtlayarak çalışmama büyük katkı sunan Rakia Erkoç'a şükranlarımı sunuyorum.

Son olarak, etik kuralların bilincinde, teknik bilgisiyle bir danışanın ihtiyaç duyduğu rehberliği sağlayacak kapasitede ve danışanla kurulacak olan terapötük ilişkinin en az teknik bilgi kadar önemli olduğunun farkındalığına sahip klinisyenler yetiştirmek üzere sistematize edilmiş, bir mensubu olmaktan gurur duyduğum değerli İbn Haldun Üniversitesi'ne ve bu üniversiteyle tanışmama vesile olan hayattaki en kıymetli dostlarım Büşra İpek Bilmen Avcı ve Sufana Yıldızoğlu'na şükranlarımı sunuyorum.

Zeynep Tatarer

İSTANBUL, 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZ ... iv
ABSTRACT ... vi
TEŞEKKÜR ... vii
İÇİNDEKİLER ... viii
TABLOLAR LİSTESİ ... xi
GİRİŞ ... 1
Araştırmanın Problemi ... 1
Araştırmanın Amacı ... 2
Araştırmanın Önemi ... 2
Sınırlılıklar ... 6
Tanımlar ... 6
BÖLÜM I KURAMSAL ÇERÇEVE ... 9
1.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı ... 9
1.2. Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Yapılan Araştırmalar ... 10
1.3. Risk Faktörleri ... 12
1.3.1. Kişi İle İlgili Risk Faktörleri ... 12
1.3.2. Sosyal Risk Faktörleri ... 12
1.3.3. Ailesel Risk Faktörleri ... 12
1.3.3.1. Ailesel Risk Faktörü Olarak Tek Ebeveyne Sahip Olmak ... 13
1.3.3.2. Ailesel Risk Faktörü Olarak Ebeveyn Psikopatolojisi ... 13
1.4. Koruyucu Faktörler ... 14
1.4.1. Bireysel Koruyucu Faktörler ... 15
1.4.2. Ailesel Koruyucu Faktörler ... 17
1.4.3. Çevresel Koruyucu Faktörler ... 17
1.5. Psikolojik Sağlamlık ve Olumlu Sonuçlar ... 18
1.6. Ergenlik ve Psikolojik Sağlamlık ... 18
1.7. Psikolojik Sağlamlık Geliştirmeye Yönelik Türkiye'de ve Dünya'da Yapılan Müdahale Çalışmaları ... 19
BÖLÜM II YÖNTEM ... **23**
2.1. Araştırmanın Deseni ... 23
2.2. Araştırmanın Örneklemi ... 23
2.3. Kullanılan Araçlar ... 24
2.3.1. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu ... 24

2.3.2. Sosyo-demografik Form 25
2.3.3. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ) 25
2.3.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) 26
2.3.5. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) 27
2.3.6. Beck Depresyon Envanteri 28
2.3.7. Beck Anksiyete Ölçeği 28
2.4. İzlenilen Yol (Prosedür) 29
2.5. Verilerin Analizi 29
2.6. Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı 30
2.6.1. Psikolojik Sağlamlık Programının Oturum Başlıkları 32
2.6.1.1. Grupla Tanışma, Psikolojik Sağlamlık Kavramını Tanıtma ve Umut 33
2.6.1.2 Empati, Stres Yönetimi ve Mizah 33
2.6.1.3. Bilişsel Çarpıtmalar, Olumsuz Düşüncelerle Baş Etme, Bilişsel Esneklik ve Problem Çözme 35
2.6.1.4. Otonomi ve İyimserlik 36
2.6.1.5. Sonlandırma 36
BÖLÜM III BULGULAR 37
3.1. Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar 37
3.2. Betimsel Test Sonuçları 39
3.3. Hipotezlerin Cevaplandırılması 40
3.4. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar 49
3.5. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyine Dair Betimsel Test Sonuçları 53
3.6. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile Sosyo-demografik Veriler Arasındaki İlişki 53
3.7. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile Müdahale Grubundaki Katılımcıların PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA Puanları Arasındaki İlişki 55
Tartışma ve Sonuç 58
REFERANSLAR 65
EKLER 79
EK 1 79
EK 2 81
EK 3 83
EK 4 85

EK 5 ..... **87**
EK 6 ..... **89**
EK 7 ..... **90**
EK 8 ..... **91**
ÖZGEÇMİŞ……..……**93**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları 24
Tablo 3.1. Kardeş Sayısına İlişkin Dağılımlar 37
Tablo 3.2. Eğitim Seviyesine İlişkin Dağılımlar 37
Tablo 3.3. Sınıf Tekrarı Durumuna İlişkin Dağılımlar 38
Tablo 3.4. Geçen Yılki Matematik Puanına İlişkin Dağılımlar 38
Tablo 3.5. Geçen Yılki Türkçe Puanına İlişkin Dağılımlar 38
Tablo 3.6. Geçen Yılki İngilizce Puanına İlişkin Dağılımlar 38
Tablo 3.7. Travmatik Anı Durumuna İlişkin Dağılımlar 40
Tablo 3.8. Müdahale Grubunun PSTBÖ, ÇUÖ, GGA Ölçeklerinden Elde Edilen Veri Değerlerinin İncelenmesi 39
Tablo 3.9. Kontrol Grubunun PSTBÖ, ÇUÖ, GGA Ölçeklerinden Elde Edilen Veri Değerlerinin İncelenmesi 40
Tablo 3.10. Müdahale Grubunun PSTBÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 41
Tablo 3.11. Müdahale Grubunun ÇUÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 41
Tablo 3.12. Müdahale Grubunun GGA'nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği'nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 42
Tablo 3.13. Müdahale Grubunun GGA'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 43
Tablo 3.14. Kontrol Grubunun PSTBÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 43
Tablo 3.15. Kontrol Grubunun ÇUÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 44
Tablo 3.16 Kontrol Grubunun GGA'nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği'nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 44
Tablo 3.17. Kontrol Grubunun GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin İncelenmesi 45
Tablo 3.18. Müdahale ve Kontrol Gruplarının PSTBÖ Öntestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 45
Tablo 3.19. Müdahale ve Kontrol Gruplarının ÇUÖ Öntestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 46

Tablo 3.20. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği Öntestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 46
Tablo 3.21. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği Öntestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 47
Tablo 3.22. Müdahale ve Kontrol Gruplarının PSTBÖ Sontestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 47
Tablo 3.23. Müdahale ve Kontrol Gruplarının ÇUÖ Sontestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 48
Tablo 3.24. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Toplam Güçlük Puanı Alt Öçleği Sontestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 48
Tablo 3.25. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Öçleği Sontestinden Elde Edilen Verilerinin İncelenmesi 49
Tablo 3.26. Annelerin Doğum Tarihlerine İlişkin Dağılımlar 49
Tablo 3.27. Annelerin İş Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 50
Tablo 3.28. Annelerin Eğitim Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 50
Tablo 3.29. Annelerin Eşlerini Kaç Yıl Önce Kaybettiği Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 50
Tablo 3.30. Annelerin Eşlerinin İş Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 51
Tablo 3.31. Annelerin Eşlerinin Eğitim Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 51
Tablo 3.32. Annelerin Eşle İlişki Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 51
Tablo 3.33. Annelerin Maddi Destek Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 52
Tablo 3.34. Annelerin Manevi Destek Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar 52
Tablo 3.35. Annelerin Beck Depresyon ve Beck Kaygı Ölçeklerinden Elde Edilen Veri Değerlerinin İncelenmesi 53
Tablo 3.36. Müdahale Grubundaki Annelerin Depresyon Düzeyi ile Sosyo-demografik Verileri Arasındaki İlişkiye Dair Analiz Sonuçları 54
Tablo 3.37. Müdahale Grubundaki Annelerin Kaygı Düzeyi ile Sosyo-demografik Verileri Arasındaki İlişkiye Dair Analiz Sonuçları 55

Tablo 3.38. Müdahale Grubundaki Annelerin Depresyon Düzeyi ile PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA Öntest, Sontest Puanlarına Dair Analiz Sonuçları……...….56
Tablo 3.39. Müdahale Grubundaki Annelerin Kaygı Düzeyi ile PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA Öntest Sontest Puanlarına Dair Analiz Sonuçları…….....57

GİRİŞ

Araştırmanın Problemi

Ölüm, yaşam döngüsünün kaçınılmaz bir parçasıdır. Her insan hayatının belirli bir döneminde ölümle yüz yüze gelebilir (Attepe, 2010). Bununla birlikte sevilen bir kişinin kaybını yaşamak her birey için acı bir yaşam olayı olarak kabul edilmektedir (Bildik, 2013). Özellikle de bu kayıp ebeveyn kaybı ise bir çocuk için ruhsal travma olarak değerlendirilir. Çocukluk döneminde meydana gelebilecek en olumsuz deneyimlerden biri olarak kabul edilen ebeveyn kaybının çocuğu psikolojik, duygusal ve davranışsal olarak savunmasız hale getireceği öne sürülür. Ebeveynlerden birinin kaybı ise geride kalan ebeveynin evin tüm sorumluluğunu üstlenmesine bağlı olarak meşguliyetinin artmasına ya da kendi yas süreciyle meşgul olmasına neden olabilir. Bu bağlamda bir ebeveynini kaybetmiş çocuk her iki ebeveynini de kaybetmiş gibi düşünülebilir (Uluğ, 2008). Ebeveyn kaybı yaşayan ergenlerle ilgili yürütülen çalışmalara bakıldığında kayıp yaşayan ergenlerin depresyon, ölüm düşünceleri, kaygı, somatik bozukluklar, yeme ve uyku bozuklukları gibi pek çok patolojik belirtiyi kayıp yaşamamış ergenlerden daha çok gösterdiği tespit edilmiştir (Dalahmetoğlu, 2018).

Türkiye'de tek ebeveynli ailelerle alakalı yürütülen istatistiksel çalışmalara bakıldığında 2012 verilerine göre tek ebeveyni anne olan aile oranı % 84.9 iken, tek ebeveyni baba olan aile sayısı % 15.1'dir. Bir başka deyişle Türkiye'de babanın olmadığı tek ebeveynli aile sayısı annenin olmadığı tek ebeveynli aile sayısından çok daha fazladır (TÜİK, 2012). Baba kaybı ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında ise erken çocukluk evresinde baba kaybı deneyimlemenin, bireyin kişilerarası ilişkileri üzerinde derin yaralar bırakabileceği ortaya konmaktadır (Güloğlu ve Karaırmak, 2017). Buna ek olarak yapılan çalışmalara göre eş kaybının, geride kalan ebeveyni lojistik, ekonomik ve sosyal anlamda zorladığı ve buna bağlı olarak temel ebeveynlik sorumluluklarını bile yerine getirmekte güçlük yaşayabileceğini ortaya koymaktadır. Geride kalan ebeveyn partnerini kaybetmeye bağlı öfke duyabilir, aynı zamanda ailenin ihtiyaçlarını tek başına karşılamak zorunda kalmaya bağlı çaresiz hissedebilir. Bu duruma bağlı hayatta kalan ebeveynin ebeveynlik becerileri yetersiz hale gelebilir (Saldinger, Porterfield ve Cain, 2004). Tüm bu sebeplerden dolayı ebeveyn kaybı

önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Gizir, 2007). Öte yandan Kagan (1984) geleneksel risk modeline getirdiği yeni yorumla; babanın uzun süreli yokluğu, acı verici bir boşanma, kayıp ve daha pek çok olumsuz yaşam olayının travmaya dönüşüp dönüşmemesinin çocuğun algılama ve yorumlama biçimine bağlı olduğunu ortaya koymuştur. Bu yorumuyla Kagan, Wolin ve Wolin'in (1993) Meydan Okuma/Zarar Modeli'nin de temelini oluşturmuştur. Bu modele göre çocuk ailesiyle ilgili yaşadığı olumsuzlukları ya meydan okuma olarak kabul eder ve sağlamlık geliştirir ya da bunu zarar görme olarak kabul eder ve yenik düşüp patoloji geliştirir. Wolin ve Wolin (1993) kurduğu bu model çerçevesinde içgörü (insight), bağımsızlık (independence), ilişkiler (relationships), yaratıcılık (creativity), mizah (humour), ahlak (morality) ve girişkenlik (initiative) olmak üzere sağlamlığı güçlendiren yedi koruyucu faktör olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, belirtilen özelliklerin geliştirilmesi adına kamu politikasının sağlamlıkla alakalı farkındalık geliştirmesi konusunda bilgilendirilmesi ve bu faktörler üzerinden gençlere yönelik destekleyici programlar oluşturulması gereğinin altı çizilmiştir (Wolin ve Wolin, 1993).

Bu çalışma ise Wolin ve Wolin'in (1993) Hasar ve Meydan Okuma Modeli (Damage and Chalenge Model) temel alınarak hazırlanmış olan Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın 12-14 yaş aralığındaki baba kaybı yaşamış çocukların psikolojik sağlamlık düzeyini ne ölçüde etkilediği sorusunu yanıtlamak üzere yürütülmüştür.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın 12-14 yaş aralığındaki baba kaybı yaşamış çocuklar üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, çalışma 12-14 yaş aralığındaki ebeveyn kaybı yaşamış çocukların psikolojik sağlamlık düzeyini Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nı kullanarak arttırmayı hedeflemektedir.

Araştırmanın Önemi

Yapılan araştırmalara göre pek çok insan yaşamının belirli bir noktasında ruhsal dengesinin zarar göreceği bir veya birden çok potansiyel travmatik olaya maruz kalır

(Karam vd., 2014). Kişilerin bu yaşam olaylarına verdiği birbirinden farklı tepkiler yaşanan olayın travmaya dönüşüp dönüşmemesi noktasında belirleyicidir. Bu nedenle buradaki "potansiyel" ifadesi önem taşımaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013). Bu bağlamda, kişinin riskli durumlara maruz kalmasına rağmen olumlu çıktılar üretmesine destek olacak, yaşadığı stresli olayın etkilerini azaltacak koruyucu faktörlerin belirlenmesi ve bunların dışarıdan desteklenmesi önem taşımaktadır (Alvord, Zucker ve Grados, 2011).

Tüm bu sebeplerden dolayı, bireylerin stresli yaşam olayları ile baş etme becerileri geliştirebilmesi, travmatik yaşantılardan sonra toparlanıp işlevselliğini tekrardan kazanabilmesi için her yaştan, cinsiyetten, her yaşam koşulundan insana hitap eden psikolojik sağlamlık geliştirmeye yönelik programlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bilhassa risk grubunda yer alan çocukların ilerleyen yaşamlarında karşılaşabilecekleri problemlerle baş etme becerileri geliştirmelerine destek olmak, olumsuz tutum ve davranışları azaltmak için koruyucu programlar üretmek büyük önem taşımaktadır (Gürgan, 2006).

Özellikle de ergenlik dönemi pek çok fiziksel ve psikolojik değişimin görüldüğü kritik bir dönemdir (Koç, 2004). Bu anlamda ergenlik çağındaki bireylerin bu değişimlere adapte olması, karşılaştığı problemlere çözüm getirebilmesi, sağlıklı bir birey olarak toplumda yer alabilmesi ergenlerin ruh sağlığı açısından oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Ünüvar, 2012). Yapılan araştırmalarda ergenlik dönemi kendi doğası itibariyle karmaşık bir geçiş dönemi iken ebeveyn kaybı ile birlikte bu dönemde pek çok psikolojik sorun yaşanabileceği belirtilmektedir (Stroebe, Schut ve Stroebe, 2005). Bu nedenlerden dolayı risk grubunda yer alan ergenlere yönelik yürütülen müdahale çalışmalarıyla psikolojik sağlamlık becerilerinin geliştirilmesinin hedeflenmesi kişisel ve toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir.

Çalışmanın baba kaybı yaşamış çocuklara yönelik olması çalışmanın diğer önemli bir özelliğidir. Pek çok çocuk için ebeveyni hayatındaki en önemli koruyucusu, gelişimsel hedeflerini gerçekleştirmede en büyük destekçisidir. Bu bağlamda ebeveyn kaybı birçok çocuk için travmatik bir deneyimdir (Li, Chi, Sherr, Cluver ve Stanton, 2015). Kayba bağlı olarak çocuktaki güven duygusu büyük zarar görür. Bakım veren kişinin kaybı sonrasında çocuklarda umutsuzluk, güvensizlik ve korku gibi duygusal travmalar gözlemlenebilir (Fox, 2001). Ayrıca ebeveyn kaybının ergenlerin kişilik

gelişimi üzerinde travmatik bir etki yarattığı belirtilir (Freudenberger ve Gallagher, 1995). Bunlara ek olarak bu alanda yürütülmüş çalışmalarda ebeveyn kaybı yaşamış ergenlerin gelişimi ile ilişkili fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal uyumu yakalamada zorluk yaşayabilecekleri ifade edilmektedir (Reed, 2008). Benzer şekilde, Servaty ve Hayslip'in (2001) ergenlerde kayıp konusunu ele aldığı çalışmasında ebeveyn kaybı yaşamış ergenlerin kişilerarası etkileşimlerde ebeveyni boşanmış ergenlere göre daha yüksek seviyede aşağılık, huzursuzluk ve yetersizlik hissine dair belirtiler gösterdiğini tespit etmiştir. Cerniglia, Cimino, Ballarotto ve Monniello (2014) ise ebeveyn kaybı yaşamış ergenlerin kaybın yarattığı duygusal yükle uyumsuz baş etme yöntemi olarak yemeğe yönelebileceklerini ve buna bağlı olarak yeme bozuklukları geliştirebileceklerini belirtmiştir. Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan pek çok araştırmada da ebeveyn kaybının ve tek ebeveynle yaşamanın önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya konmuştur (Gizir, 2007; Sipahioğlu, 2008; Lin, Sandler, Ayers, Wolchik ve Luecken, 2004).

Baba ile çocuk arasındaki ilişki kişinin hayatında kurduğu en anlamlı ilişkilerden biridir (Rohner ve Veneziano, 2001). Çocuğun babasıyla kurduğu bağ en az anne ile çocuk arasındaki bağlanma kadar önem taşımaktadır (Mackey, 2001). Thompson, Kaslow, Price, Williams ve Kingree'nin (1998) araştırmasına katılan ailelerden elde edilen bulgulara göre baba kaybı yaşayan gençlerin dışa yansıyan problem ortaya koyma düzeyinin anne kaybı yaşayan gençlere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda baba kaybı yaşayan çocukları destekleyen çalışmalar önem taşımaktadır.

Son olarak, psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilen risk faktörleri incelendiğinde ebeveyn patolojisinin de önemli bir risk faktörü olarak alanyazında yer tuttuğu görülmektedir (Masten, 2001; Radke ve Brown, 1993). Bu açıdan baba kaybının aynı zamanda anneler için eş kaybı olduğu düşünüldüğünde, annelerin kayba bağlı maddi ve manevi olarak zorlanma olasılığı yüksektir. Cerniglia, Cimino, Ballarotto ve Monniello (2014) da geride kalan ebeveynin kendi kaybının acısıyla mücadele ederken ebeveynlik rolünü doldurmada zorluk yaşayabileceğinden bahsetmiştir. Pölkki, Ervast ve Huuponen (2005) psikolojik rahatsız ebeveyni olanlarda baş etme becerisi ve sağlamlık konusunda yürüttüğü araştırmada psikolojik rahatsızlığı olan ebeveyne sahip çocuklara ve çocukların ebeveynlerine yönelik profesyonel destek sağlanmasının çocukların gelişimlerini korumak üzerinde oldukça önemli bir yer

tuttuğunu vurgulamıştır. Buna ek olarak yapılan pek çok çalışma ebeveyn kaybı yaşamış çocukların ruhsal problemlerinin geride kalan ebeveynin yeterli kabul, sıcaklık ve destek sağlayamaması ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Raveis, Siegel, Karus, 1999; Sandler et al., 1992). Bu nedenle yürütülen çalışmada annelerin depresyon ve kaygı seviyeleri ölçülmüştür ve anneleri desteklemek adına birtakım çalışmalar yapılmıştır.

Türkiye'de ebeveyn kaybı yaşamış çocuklara yönelik yapılan müdahale çalışmalarına bakıldığında dışavurumcu tekniklerin kullanıldığı müdahale programları ile karşılaşılmaktadır. Kayıpları ile ilgili duygularını güvenli ortamda dışa vurmalarını hedefleyen, Alıcı'nın (2010) çalışmasında ebeveynlerinden birini kaybetmiş 9-11 yaş aralığında sekizi müdahale sekizi kontrol olmak üzere toplamda 16 çocuk yer almıştır. Bu araştırmada resim, kil, kukla ve drama gibi dışavurumcu tekniklerden yararlanılmıştır. Program 8 oturum sürmüştür. Çalışma kapsamında müdahale grubunun ailelerine de ebeveyn yaklaşımı ile alakalı psikoeğitim programı düzenlenmiştir. Çalışma sonunda müdahale grubunun panik, sosyal kaygı ve ayrılma kaygısı bozukluğu ile ilişkili belirtilerinin ölçüldüğü ön test ve son test arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Benzer tekniklerin yer aldığı başka bir program Kılıçoğlu (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir. Sosyal-duygusal öğrenme becerilerini geliştirmenin hedeflendiği bu çalışmada resim, şiir, hikaye gibi dışavurumcu terapi tekniklerinin kullanıldığı 9 oturum uygulanmıştır. Çalışmaya sekizi müdahale sekizi kontrol olmak üzere 16 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılar 11-14 yaş aralığındaki tek ebeveynini kaybetmiş çocuklar arasından seçilmiştir. Çalışmanın neticesinde müdahale grubunun sosyal-duygusal öğrenme becerilerine dair puanların ön test ve son test arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ortaya konmuştur. Bunlara ek olarak tek ebeveynli çocuklarda öfke ile başa çıkma ve olumlu duyguları desteklemeye yönelik başka bir müdahale çalışması alanyazında yer almaktadır (Cartıllı, 2016). Yirmi biri müdahale yirmi biri kontrol olmak üzere toplamda 42 çocuğun katıldığı bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 13'tür. 8 hafta boyunca süren bu programda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Akılcı Duygusal Terapi Teknikleri kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda müdahale grubunun öfkeyi kontrol etme ve olumlu duygular geliştirme becerisinin ön test ve son test arasında anlamlı bir biçimde farklılık gösterdiği ortaya konmuştur (Cartıllı, 2016).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalar incelendiğinde bu alanda müdahale programları içeren araştırmaların uluslararası literatürde birçok farklı örneklem grubu ile ortaya konduğu görülürken (Sankaranarayanan ve Cycil, 2014; Whitehead, Allan, Allen, Duchak, King, Mason, Mooney ve Tully, 2018; Wood, Theron ve Mayaba, 2012) Türkiye'deki araştırmaların sınırlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle de ulusal araştırmalar arasında ebeveyn kaybı yaşamış ergenlere yönelik psikolojik sağlamlığı güçlendirme amacıyla yürütülen bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu bağlamda, ebeveyn kaybı yaşayan ergenlerde psikolojik sağlamlık geliştirmeye yönelik planlanan bu çalışmanın alanyazına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Yapılan çalışmada izleme ölçümlerinin olmaması programın uzun süreli etkililiğiyle alakalı değerlendirme yapılamamasına neden olmuştur.

Kullanılan çalışmanın didaktik ögeler taşıması öğretilerin birden fazla örnek ve etkinlikle daha uzun bir zaman dilimi içerisinde pekiştirilmesini gerektireceğinden program süresinin yalnızca beş hafta olması çalışmanın sınırlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir.

Bunlara ek olarak, araştırma yetimlere destek veren bir dernek üzerinden ulaşılabilen ve Psikolojik Sağlamlık Programı'na katılmayı kabul eden gönüllü ailelerin çocukları ile sınırlıdır.

Tanımlar

Psikolojik Sağlamlık: Olağan dışı durumlara uyum sağlayabilme, zorluklara rağmen pozitif sonuçlar elde edebilmeyi başarma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Fraser, Galinsky ve Richman, 1999).

Risk: İstenmeyen bir sonucun oluşması ile alakalı yüksek olasılık olarak tanımlanmaktadır (Masten ve Reed, 2002).

Risk Faktörü: Bir grup kişiye ya da duruma ait ileride negatif sonuçlar doğuracağı tahmin edilen ölçülebilir özellikler olarak tanımlanmaktadır (Masten ve Reed, 2002).

Koruyucu Faktör: Risk durumları ve zorluklar karşısında bir grup kişiye ya da duruma ait, ileride pozitif sonuçlar doğuracağı tahmin edilen ölçülebilir özellikler olarak tanımlanmaktadır (Masten ve Reed, 2002).

Psikolojik Sağlamlık Programı: Çocuk ve ergenlerin psikolojik sağlamlık, olumlu baş etme ve sosyal beceri düzeylerini geliştirmek üzere tasarlanmış interaktif ve deneysel özellikte bir psiko-eğitim programıdır.

Dikkat Eksikliği: Ayrıntılara dikkat etmekte güçlük yaşama, dikkatini sürdürmede, yönergeleri takip etmekte ve görev ve sorumluluklarını organize etmede zorlanma halidir (Öner ve As, 2007).

Aşırı Hareketlilik: Olağandan çok konuşma, dinleme eyleminde zorluk yaşama ve devamlı hareket halinde olma halidir (Öncü ve Şenol, 2002).

Davranış Sorunları: Kişinin içinde bulunduğu toplumun normlarına uymayan, kendine ya da çevresine karşı zarar veren tutum ve davranışlardır (Kanlıkılıçer, 2005).

Duygusal Sorunlar: Bu alt ölçek kişinin duygu düzenleme ile alakalı güçlük yaşayıp yaşamadığını değerlendirmektedir (Yalın, 2008).

Akran Sorunları: Bu alt ölçek kişinin dış çevresiyle, arkadaşlarıyla geçinmesinde sorun yaşayıp yaşamadığını ortaya koymaktadır (Yalın, 2008).

Sosyal Davranışlar: Yardım etmek, işbirliğinde bulunmak, paylaşmak gibi bir veya birden fazla kişiye yarar sağlamak üzere yapılan davranışların tümüne verilen isimdir (Batson ve Powell, 2003).

Umut: Kişinin arzuladığı hedeflere giden yolları elde etme ve bu yolları kullanmak için amaca güdülenme yolu ile kendini motive etme kapasitesidir (Snyder, 2002).

İyimserlik: Hayattaki güçlüklere ve problemlere rağmen yaşamın iyi gideceğine dair pozitif beklenti taşıyor olma halidir (Scheier ve Carver, 1992).

Empati: Kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak onun hislerini ve düşüncelerini anlamaya çalışıp, hissettiklerini karşısındakine geri yansıtma sürecidir (Dökmen, 1995).

Stres Yönetimi: Stresle mücadele etmek ve hayat kalitesini yükseltmek adına içerisinde bulunulan durumları ya da durumlara verilen reaksiyonları değiştirmektir (Güçlü, 2001).

Otonomi: Kişinin bağımsız düşünerek karar verme, aldığı kararları uygulayabilme ve özgür davranışlar sergileyebilme yetisidir (Babadağ, 2001).

Bilişsel Esneklik: Akıcı zekanın farklı durumlar karşısında alternatif çözüm önerileri üretebilme becerisidir (Silver, Hughes, Bornstein ve Beversdorf, 2004).

Bilişsel Çarpıtmalar: Kişinin içerisinde bulunduğu durumları ya da olayları sistematik bir şekilde yanlış yorumlamasına neden olan düşünce hatalarıdır (Beck, 2001).

Mizah: Komik olarak algılanan ve diğer insanların gülmesini sağlayan her türlü söz ya da davranıştır (Martin, 2018).

BÖLÜM I

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı

Psikolojik sağlamlık kavramının kökü Latince'ye dayanmaktadır. "Resiliere" kelimesinden türeyen bu kavram zorluklar karşısında pozitif adaptasyon sağlama becerisi anlamına gelmektedir (Masten ve Gewirtz, 2006). Alanyazında psikolojik sağlamlık kavramının pek çok farklı tanımı bulunmaktadır. Murphy (1987) bu kavramı stresli yaşam olaylarıyla hangi yollarla baş edildiğini ve yeniden toparlanmanın nasıl sağlandığını konu alan bir kavram olarak tanımlamaktadır. Ramirez'e (2007) göre ise psikolojik sağlamlık rahatsızlıklardan, olumsuz koşullardan, değişimlerden sonra kısa sürede toparlanma, eski formuna geri dönme becerisidir. Masten ve Coatsworth'e (1998) göre ise psikolojik sağlamlık önemli zorluklar karşısında adaptasyon ve gelişim sağlayabilme yetisidir. Yapılan tüm bu tanımlamaların ortak paydasına bakacak olursak ilk olarak psikolojik sağlamlığın dinamik bir yapısı olduğu karşımıza çıkar. Zamanla değişim gösterebilen bu yapı zorluklara maruz kalma ve bunlarla başarılı bir biçimde baş edip pozitif adaptasyon gösterme becerileriyle eşleşmektedir. Bu bağlamda psikolojik sağlamlık kavramının kendini gösterebilmesi için risk faktörleri anahtar rol oynamaktadır. Zorlu yaşam olaylarına maruz kalmadan hayatta başarı gösteren kişiler için psikolojik sağlamlık kavramından bahsetmek doğru olmaz. Bu bireyler yalnızca başarılı ya da yeterli olarak nitelendirilebilirler. Özetle, psikolojik sağlamlık kavramından bahsedebilmek için kişinin risk grubunda yer almasına ya da örseleyici yaşam olaylarına maruz kalmasına karşılık sağlıklı adaptasyon göstermesi ve hayatın çeşitli alanlarında başarı yakalayabilmesi gerekmektedir (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Psikolojik sağlamlığın Türkçe kaynaklarındaki kullanımını inceleyecek olursak; Öğülmüş (2001), Kaner ve Bayraklı (2011) kavramı yılmazlık olarak, Akça (2012), Terzi (2008) ve Işık (2016) kendini toparlama gücü olarak, Sarıkaya (2015), Sürücü ve Bacanlı (2010), Çetin, Yeloğlu ve Basım (2015) psikolojik dayanıklılık olarak ele

almıştır. Bu çalışmada kavram; Gizir'in (2007) ve Karaırmak'ın (2006) çalışmalarında kullandıkları hali olan psikolojik sağlamlık olarak ele alınacaktır.

1.2. Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Wright, Masten ve Narayan (2013) psikolojik sağlamlıkla alakalı ortaya konan araştırmaların dört ayrı kümede toplandığını ifade etmiştir. Birinci dalga araştırmalarında psikolojik sağlamlık kavramının tanımlanmasına odaklanılmıştır. Psikolojik sağlamlık kavramıyla ilişkilendirilen risk faktörleri ve koruyucu faktörler incelenmiştir. İkinci dalga araştırmalarında ise risk faktörü ve örseleyici yaşam olayları ile pozitif adaptasyon arasındaki sürecin nasıl işlediği, bu süreçte hangi faktörlerin rol aldığı odak noktası olmuştur. Bu araştırmalarda kişinin zorlu yaşam olaylarının üstesinden gelmesi konusunda etkin rol oynayan biyolojik, sosyal ve kültürel süreçler ele alınmıştır. Üçüncü dalga araştırmalarında psikolojik sağlamlığın zamanla değişen ve gelişen bir beceri olduğu üzerinde durulmuştur ve bu bağlamda kişinin psikolojik sağlamlığını arttırmaya yönelik müdahale programları üzerine çalışmalar yapılmıştır. Son olarak dördüncü dalga araştırmalarında ise odak nörobiyoloji üzerine yoğunlaşmıştır. Bu dönemde, psikolojik sağlamlık kavramının genler, beyin yapısı ve genetik geçişlilik gibi olgularla olan ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar ağırlıktadır. Dünyada psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan pek çok araştırma bulunmaktadır. Bunlardan biri, Edmond, Auslander, Elze ve Bowland'ın (2006) kurum bakımı altındaki ergenlerle yaptığı çalışmadır. Bu çalışma cinsel istismara maruz kalmış 99 kız çocuğuyla yürütülmüştür. Aile desteği, geleceğe bakış, eğitim, akran ilşkisi ve dinin psikolojik sağlamlık üzerinde koruyucu rolünün araştırıldığı bu çalışmada, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kızların geleceğe dair istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyimser olduğu ve eğitim planlarıyla alakalı daha net oldukları ortaya konmuştur. Psikolojik sağlamlığın ele alındığı bir başka çalışma Yi-Fraizer ve arkadaşlarının (2015) tip 1 diyabet hastalığına sahip ergenlerde psikolojik sağlamlık ve stresle baş etme becerisi üzerinedir. 13-18 yaşlarındaki 50 ergenle yürütülen çalışmanın sonuçları, stresle uyumsuz baş etme stratejilerine sahip olmak, düşük sağlamlık düzeyi ile ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Çalışmanın sonunda tip 1 diyabetli ergenlerde sağlamlık geliştirmek için stres seviyesini düşürmeye yönelik müdahale programlarının oluşturulması gerektiğinden

bahsedilmiştir. Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan uluslararası araştırmalardan biri de esneklik konusu üzerinedir. Pozitif ruh sağlığı ve sağlamlık kavramlarının en temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilen psikolojik esneklik, farklı durumlar karşısında adaptasyonu kolaylaştırmak için birden fazla bilişsel ve davranışsal yöntemler kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır (Kashdan ve Rottenberg, 2010). Soltani, Shareh, Bahrainian ve Farmani (2013) tarafından 277 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmada sağlamlık, bilişsel esneklik, depresyon ve baş etme mekanizmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda bilişsel esneklik ve sağlamlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde psikolojik sağlamlığın bilişsel modelini ortaya koymak üzere Parsons, Kruijt ve Fox (2016) tarafından yapılan araştırmada da bilişsel esneklik ve psikolojik sağlamlık arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bunlara ek olarak psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan çalışmalarda konu edinilen başka bir kavram ise umuttur. Psikolojik sağlamlık ve umut arasındaki ilişkiyi ortaya koyan pek çok çalışma bulunmaktadır (Collins, 2009; Horton ve Wallender, 2001; Mandleco ve Peery, 2000). Bu araştırmalardan biri olan Kumpfer'in (2002) sağlamlığa katkıda bulunan faktörleri araştırdığı çalışmasında sağlamlık düzeyi yüksek olan çocukların iyi sonuçlar elde etme becerileriyle alakalı sağlamlık düzeyi düşük olan çocuklardan daha umutlu olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de yapılmış araştırmalara bakıldığında ise Arslan ve Balkıs'ın (2016) psikolojik sağlamlık ile davranış problemleri, duygusal istismar ve öz-yeterlik arasındaki ilişkiyi araştırdıkları görülür. 331 ergenle yürütülen bu çalışmanın sonuçlarına göre psikolojik sağlamlığın ve öz-yeterliğin; duygusal istismar ve problemli davranışların arasındaki ilişkide koruyucu faktör rolünde olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik sağlamlıkla ilgili bir başka çalışma ise Çelikkaleli ve Kaya (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir. 346 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bu çalışmada psikolojik dayanıklılık, bilişsel çarpıtma ve duygusal yetkinlik inancı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Ergenlerde Yetkinlik Beklentisi Ölçeği ve Bem Cinsiyet Rolü Değerlendirme Envanteri olmak üzere toplam dört ölçek kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre bilişsel çarpıtma ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Son olarak, Akduman, Karahan ve Solmaz'ın (2018) iletişim becerileri ile empati ve psikolojik sağlamlık

arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere 220 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü çalışmada psikolojik sağlamlık ile empati ve iletişim becerilerinin pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur.

1.3. Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlık kavramından bahsedebilmek için öncelikle bireyin risk grubu içerisinde yer alması ya da örseleyici bir yaşam olayına maruz kalması gerekmektedir (Gizir, 2007). Masten ve Reed (2002) risk kavramını kişinin ileriki yaşantısında negatif sonuçlara sebep olabilecek ve aynı zamanda ölçülebilen durumlar olarak tanımlamaktadır. Risk durumlarının ölçülebilir özellikte olması önem taşımaktadır. Psikolojik olarak sağlam diye nitelendirilen kişilerin, yaşadığı risk durumlarını farklı zorluk seviyesinde tanımlamaları risk faktörlerinin ölçülebilir olması gerektiğini ortaya koymaktadır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Werner ve Smith (1992) risk faktörlerini kişi ile ilgili, sosyal ve ailesel risk faktörleri olmak üzere üç bölüme ayırmaktadır.

1.3.1. Kişi İle İlgili Risk Faktörleri

Bireysel risk faktörleri kişinin problem çözme becerisinin yetersiz olması, özgüveninin düşük olması, kendini kontrol etme kapasitesinin düşük olması, agresyon düzeyinin yüksek olması ve uyumlu olmayan tutum ve davranışlar göstermesi olarak belirtilmektedir (Sipahioğlu, 2008).

1.3.2. Sosyal Risk Faktörleri

Sosyal risk faktörleri; sosyo-ekonomik seviyenin düşük olması (Masten, 2001), akran zorbalığı, akranları tarafından reddedilme (Durlak, 1998), çocuk ihmali ve istismarı, evsizlik, toplumsal şiddet ve toplumsal travmalar (Gizir, 2007) olarak belirtilmektedir.

1.3.3. Ailesel Risk Faktörleri

Ailesel risk faktörleri; ebeveyn kaybı (Lin, Sandler, Ayers, Wolchik ve Luecken, 2004), psikiyatrik rahatsızlığı olan bir ebeveynle yaşama (Masten, 2001), ailedeki patoloji düzeyinin yüksek olması (Radke ve Brown, 1993), tek ebeveynle yaşama, aile

içi şiddet, anne, baba ve çocuk arasında sağlıklı ilişki kurulamaması (Sipahioğlu. 2000), aile içi çatışma (Durlak, 1998) olarak ifade edilmektedir.

1.3.3.1. Ailesel Risk Faktörü Olarak Tek Ebeveyne Sahip Olmak

Ebeveyn kaybı yalnızca maddi ve manevi gündelik ihtiyaçları gideren bir kişinin kaybı değildir. Bunun yanı sıra kişinin yaşamının dengesini tümden bozabilecek bir olaydır (Alıcı, 2010). Özellikle de bir çocuk için ebeveynini kaybetmek hayatı boyunca başına gelebilecek en önemli stres kaynaklarından biridir (Lin, Sandler, Ayers, Wolchik ve Luecken, 2004). Kayıpla birlikte sıklıkla çocuğun yaşamında okul, aile, arkadaşlar ve bakım veren kişiler olmak üzere pek çok alanda değişim meydana gelir (Thompson, Kaslow, Price, Williams ve Kingree, 1998). Tüm bu değişimler ebeveyn kaybı ile birlikte çocukta pek çok ruhsal soruna neden olabilir (Worden ve Silverman, 1996). Birçok araştırma tarafından da ebeveyn kaybı yaşayan çocukların depresif belirtiler, sosyal içe çekilme ve davranış problemleri yaşadığını gösteren bulguları ortaya koymuştur (Dowdney, 2000; Lutzke, Ayers, Sandler ve Barr, 1997). Uluğ'un (2008) yürüttüğü araştırmada da ebeveyn kaybı yaşamış çocuğun psikolojik, duygusal ve davranışsal açıdan daha hassas hale geleceği ileri sürülmektedir. Bu deneyimin bir travmaya ya da krize dönüşmesi üzerinde pek çok etken bulunmaktadır. Akrabalar tarafından kayıp yaşamış aileye destek sağlanması, sosyal çevre ve arkadaşların kaybı yaşayan ailenin yanında olması adaptasyonu kolaylaştırıp psikolojik sağlamlığı güçlendirirken bunların yoksunluğu ebeveyn kaybını psikolojik sağlamlık için büyük bir risk faktörü haline getirir (Greeff ve Human, 2004). Bu bağlamda Gizir'in (2007) psikolojik sağlamlık ve risk faktörleri üzerine yaptığı derleme çalışmasında da ebeveyn kaybının ailesel risk faktörler arasında önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.

1.3.3.2. Ailesel Risk Faktörü Olarak Ebeveyn Psikopatolojisi

Ebeveynin bir psikopatoloji geliştirmesi hem çocuklar için hem yetişkinler için strese neden olabilecek dramatik bir yaşam olayıdır. Kişilerin günlük rutininde birçok farklı açıdan çeşitli değişimlere yol açabilen bir durumdur. Nicholson, Sweeney ve Geller'in (1998) psikolojik rahatsızlığa sahip annelerle yürüttüğü çalışmaya göre önemli psikolojik rahatsızlıklara sahip ebeveynler hastalığın belirli yönlerine bağlı olarak

yetersiz ebeveynlik becerisi sergileyebilirler. Buna ek olarak, ebeveyndeki psikolojik rahatsızlık çocuğun aile içerisinde stres ve çatışmaya maruz kalma ihtimalini arttırabilir (Minde, 1991). Lin, Sandler, Ayers, Wolchik ve Luecken'in (2004) ebeveynini kaybetmiş çocuk ve ergenlerde sağlamlık konusunda yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına göre ise çocukların sağlamlık düzeyi ile geride kalan ebeveynin sıcaklık ve disiplin içeren bir tutum içerisinde olması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilirken, çocukların sağlamlık düzeyi ile bakım verenin ruhsal problemleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bu bağlamda ebeveyn patolojisi riskine maruz kalmış hassas çocuklara yönelik sosyal destek sağlanması, profesyonel yardımda bulunulması önem taşımaktadır (Pölkki, Ervast ve Huuponen, 2004). Buna karşılık, ebeveyn patolojisine bağlı olarak çocuklardaki depresyon ya da şizofreni riskini ele alan pek çok çalışma bulunurken, ruhsal rahatsızlığı olan bir ebeveynle yaşayan çocukların yaşam koşulları, deneyimleri ya da ihtiyaçlarına yönelik araştırmalar çok az sayıda yapılmaktadır (Pölkki, Ervast ve Huuponen, 2004). Pölkki, Ervast ve Huuponen (2004) ebeveyn psikopatolojisi nedeniyle psikolojik ve duygusal stres yaşayan çocuklardaki sağlamlık ve baş etme becerileri üzerine analizler yapılması gerektiğinin altını çizmiştir.

1.4. Koruyucu Faktörler

Kişinin yaşadığı travmatik olaylara ve risk durumlarına karşı olumlu reaksiyon vermesini sağlayan faktörlere koruyucu faktörler denir. Koruyucu faktörler, risk faktörlerinin ortaya koyduğu negatif etkileri azaltır ve adaptasyonu kolaylaştırır (Karaırmak, 2006). Benzer şekilde Masten (1994) koruyucu faktörleri, risk durumunun etkisini hafifleten ya da yok eden kişinin adaptasyon becerisini arttıran faktörler olarak tanımlamaktadır. Risk durumları karşısında bazı kişilerin aynı duruma maruz kalmış diğer insanlara göre neden daha iyi baş ettiğini anlayabilmek için kişilerin ve kişilerin bulunduğu çevrenin özelliklerinin analiz edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda koruyucu faktörlerin incelenmesi psikolojik sağlamlık kavramının anlaşılması için önem taşımaktadır (Masten ve Reed, 2002).

Koruyucu faktörlerle alakalı yapılan çalışmalar incelendiğinde Durlak (1998), Masten ve Reed (2002) ve Mandleco (2000) gibi pek çok farklı araştırmacının koruyucu faktörleri; bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörler olarak ele aldığı görülür.

1.4.1. Bireysel Koruyucu Faktörler

Bu araştırmada kullanılan Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın temelini oluşturan Hasar ve Meydan Okuma Modeli'nde (Wolin ve Wolin, 1993) sağlamlık geliştirmeyle ilgili 7 bireysel koruyucu faktörden bahsedilir. Bunlardan ilki içgörüdür. Kişinin kendini ve çevresini anlaması (Wolin ve Wolin, 1993) ve bir problemin nasıl çözüleceğini net bir biçimde anlama (Bowden, Jung-Beeman, Fleck ve Kounios, 2005) olarak tanımlanan içgörü çocuğun ailevi problemleri inkar etmesi, içselleştirmesi ve kendini suçlu hissetmesinin önüne geçerek psikolojik sağlamlık geliştirmede koruyucu bir rol oynadığı belirtilir. Gelişimsel olarak bakıldığında içgörü çocukluk evresinde hissetmek (sensing), ergenlikte bilmek (knowing) ve yetişkinlikte anlamak (understanding) olarak ifade edilir. İkinci koruyucu faktör bağımsızlık-otonomi olarak ortaya konur. Ailevi problemlere ve buna bağlı strese seçici mesafe koyma olarak anlatılan bu faktör aile bireyleriyle ve ailevi meselelerle temasa geçmenin özgür irade kapsamında olması gerektiğinin altını çizer. Başkalarının baskısından ziyade özgür seçimlerle hareket etmenin kişiyi koruyacağını ifade eder (Wolin ve Wolin, 1993). Otonomi, Murray'ın (2003) psikolojik sağlamlık, risk ve koruyucu faktörler üzerine yaptığı çalışmasında da koruyucu faktör olarak belirtilmektedir. Üçüncü faktör ise ilişki kurmaktır. Çalışmada ilişki kurmak için çevrende bulunan kişilere hatta duygusal olarak erişilebilir olduğunda problemli de olsa ebeveynine adım atmak gerektiği anlatılır. Ebeveyni ya da arkadaş çevresiyle kendi özgür seçimiyle kurduğu bu kişisel bağların kişinin iyi oluşuna katkı sağlayacağı ifade edilir. Dördüncü faktör olarak da girişkenlikten bahsedilir. Girişkenlik, problemli ailelerin çocukta yaratabileceği çaresizlik hissiyle mücadele etmek için yeterlik çabası olarak tanımlanır. İlk olarak deneme yanılma yoluyla başlayan bu mücadele zamanla amaca yönelik davranışa döner ve sonunda problemlerle baş etmede pek çok fikir ve çalışma üretmeyle zirveye çıkar. Beşinci faktör olarak ise yaratıcılık yer alır. İç çatışmaların estetik bir formda sunumu ve çözümü olarak tanımlanan bu kavram rol oynama ve kendini sanatla ifade etme gibi pek çok girişimi ve üretimi kapsar. Altıncı faktör ise trajik olanın içinde komik olanı bulmak olarak tanımlanan mizahtır. Sorunları minimize etme özelliği olan mizahın zamanla kişinin kendi acısına bile gülümseyerek yaklaşmasına neden olduğu belirtilir. Mizahın stresli durumlar içerisinde kişinin duygu düzenlemesi üzerinde etkili olarak psikolojik sağlamlığı desteklediği Richardson'ın (2002) araştırmasında da

belirtilmektedir. Benzer şekilde Masten ve Reed (2002) ve Gizir (2007) de mizahı psikolojik sağlamlık geliştirmede koruyucu faktör olarak ele almıştır. Sonuncu faktör olarak ise ahlaktan bahsedilir. Kişinin iyiyi kötü olandan ayırt edebilme becerisi olarak tanımlanan ahlakın çocuğu kötülükten koruyup güçlendirdiği öne sürülür (Wolin ve Wolin, 1993).

Bunlara ek olarak umudun da psikolojik sağlamlık geliştirmede önemli koruyucu bir faktör olduğu pek çok araştırmada belirtilmiştir. Bu araştırmalardan biri olan Benard'ın (1991) çocuklarda sağlamlık geliştirme konulu çalışmasında sağlamlık düzeyi yüksek çocuklar üzerindeki en önemli koruyucu faktörlerden birinin umut olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, Valle, Huebner ve Suldo'nun (2006) 10 ile 18 yaş aralığındaki 699 öğrenci ile yürüttüğü çalışmada umudun riskli durumlar karşısında koruyucu özellikte olduğu ortaya konmuştur. Yapılan çalışmada umut düzeyi yüksek çocukların umut düzeyi düşük çocuklara göre duygusal olarak daha hızlı toparlanma gösterdiği ortaya konmuştur. Umut düzeyi yüksek kişiler umudun kendilerini şu anda ve ilerleyen zamanlarda koruyacağı ile ilgili inanç geliştirirler. Bu anlamda umut kişi için gelecekte yaşayabileceği problemlere ve riskli durumlara karşı tampon görevindedir (Oktan, 2012). Gizir'in (2007) psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörlerle ilgili yaptığı derleme çalışmasında da umut ve hayatta hedeflere sahip olma koruyucu faktör olarak listelenir.

Bunlara ek olarak iyimserlik, hayata karşı pozitif bakma, geleceğe dair olumlu beklentilere sahip olmak psikolojik sağlamlık üzerinde bireysel koruyucu faktörler olarak ifade edilmektedir (Gizir, 2007; Masten ve Reed, 2002; Murray, 2003). Yukarıda belirtildiği üzere bireysel koruyucu faktörlerle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde bu araştırmada kullanılacak olan Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın içeriğinde yer alan umut (Gizir, 2007; Collins, 2009; Mandleco ve Peery, 2000; Maholmes ve King, 2012), empati (Masten ve Reed, 2002), stres yönetimi (Alvord, Zucker ve Grados, 2011), mizah (Gizir, 2007; Murray, 2003), olumsuz düşüncelerle baş etme ve gerçekçi düşünme (Alvord, Zucker ve Grados, 2011), iyimserlik (Garmezy, 1987; Masten ve Reed 2002; Murray, 2003), esneklik (Alvord, Zucker ve Grados, 2011), problem çözme becerisi ve otonomi (Murray, 2003) ögelerinin psikolojik sağlamlık geliştirmede koruyucu faktörler olarak ele alındığı görülmüştür.

1.4.2. Ailesel Koruyucu Faktörler

Ailesel koruyucu faktörler; etkili ebeveynlik, destekleyici bir ebeveyn ya da aile ferdiyle pozitif ilişki geliştirme, çocuğa dair gerçekçi beklentiler (Gizir, 2007), ebeveynlerle yakın bir ilişkiye sahip olma, çekirdek aile haricinde destekleyici ve samimi aile ilişkileri, olumlu ebeveyn nitelikleri, sosyo-ekonomik seviyenin avantajlı olması (Karaırmak, 2006), organize bir ev ortamı, çocuğun eğitimiyle ilgili ebeveyn, ebeveynler arası uyuşmazlığın az olduğu pozitif bir aile ortamı, ebeveynlerin lise sonrası eğitime sahip olması (Masten ve Reed, 2002), suçlayıcı olmayan, sıcak ebeveyn modeli, aile içerisinde ilgi ve bağlılığın olması, bakım veren kişiyle yakın bir ilişki içerisinde olma (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick ve Sawyer, 2003) olarak belirlenmiştir. Bu araştırmalara bakıldığında etkili ve olumlu ebeveynliğin ortak olarak önemli bir koruyucu faktör şeklinde altı çizildiği görülür. Bu bağlamda araştırmanın yan kolu olarak yürütülen, müdahale grubunun annelerine yönelik yapılan etkinliklerde etkili ve olumlu ebeveynlik konusunda anneleri desteklemek amaçlanmıştır.

1.4.3. Çevresel Koruyucu Faktörler

Pozitif akran ilişkileri **(**Criss, Pettit, Bates, Dodge ve Lapp, 2002), okul, kilise, gündüz bakım-okul öncesi eğitimleri, gençlik organizasyonları sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet kurumları gibi toplumsal kaynaklar (Mandleco, 2000), gelişimini ve öğrenme becerisini destekleyen okul ortamı (Wang ve Gordon, 2012), pozitif öğretmen tutumu (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick ve Sawyer, 2003), toplumda güvenliğin yüksek seviyede olması, acil durum hizmetlerinin iyi düzeyde olması (Masten ve Reed, 2002), sosyal çevresinde bulunan destekleyici tutum içerisinde olan bir yetişkinle pozitif ilişki kurma ve arkadaş desteği (Gizir, 2007) çevresel koruyucu faktörler olarak ifade edilmektedir. Bu faktörler göz önünde bulundurularak, araştırmada kullanılan Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı kapsamında müdahale grubunun katılımcılarının süreç boyunca birbirleriyle pozitif akran ilişkileri kurabilecekleri ortam sağlanmasına dikkat edilmiş ve gerçekleştirilen etkinlikler bu konuya dikkat edilerek planlanmıştır. Buna ek olarak grup lideri de program boyunca katılımcılara destekleyici bir tutumla yaklaşarak olumlu ilişki kurmaya özen göstermiştir.

1.5. Psikolojik Sağlamlık ve Olumlu Sonuçlar

Bazı araştırmalar psikolojik sağlamlık konusunun yalnızca risk ve koruyucu faktörleri değil aynı zamanda olumlu ve kişinin fonksiyonelliğine katkıda bulunan sonuçları da içermesi gerektiğini belirtir (Masten, 2001). Yaşanan travmatik olay ya da risk durumuna rağmen herhangi bir psikopatolojinin olmayışı bu olumlu sonuçlardan biri olarak değerlendirilir (Radke-Yarrow ve Brown, 1993). Araştırmalara göre olumlu sonuç olarak kabul edilen başka bir faktör ise yeterliktir. Psikolojide pek çok farklı tanımı bulunmakla beraber, yeterlik kavramı çevresel koşullar içerisinde etkili bir uyum yakalama örüntüsü anlamına gelir (Masten ve Coatsworth, 1998). Yapılan araştırmalara göre yeterlik ve sağlıklı uyumu niteleyen birden çok gösterge bulunmaktadır. Gizir (2007) psikolojik sağlamlıkla ilişkili olarak olumlu sonuç göstergelerini akademik başarı, sosyal hayatta pozitif ilişkilerin varlığı, duygusal ve davranışsal problemlerin az olması ve psikopatolojinin yok oluşu olarak sıralamaktadır.

1.6.Ergenlik ve Psikolojik Sağlamlık

İnsanın gelişim sürecine bakıldığında her dönem yeni yeterlik alanları gerektirir. Her periyot, bireyin kişisel gelişimine yeni meydan okumalar ve yeni fırsatlar getirir. Yaşamın en önemli geçiş dönemlerinden biri olan ergenlik dönemi ise pek çok zorluğa ev sahipliği yapar. Ergenler bu dönemde büyük ölçekli sosyal, eğitimsel ve biyolojik değişimle aynı anda mücadele etmek zorunda kalır (Bandura, 2006). Bu bağlamda, ergenlik dönemindeki bir çocuğun birçok risk durumuyla karşılaşma ihtimali vardır. Kişinin bu risk durumlarına rağmen gelişim serüvenini normal sürece uygun şekilde sürdürebilmesi önem taşımaktadır (Arslan, 2015). Özellikle hangi mekanizmaların çocuklarda ve ergenlerdeki sağlamlık düzeyini arttırdığı konusu önemli bir araştırma gündemi haline gelmiştir (Smokowski, Reynolds ve Bezruczko, 1999). Alanyazın incelendiğinde ergenlikte psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan birtakım çalışmalar aşağıda belirtilen şekildedir.

Karataş'ın (2011) psikolojik sağlamlık- umutsuzluk ve öz saygı arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasına 15-18 yaş aralığındaki 133'ü erkek 90'ı kız olmak üzere toplamda 223 ergen dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sağlamlık ve

umutsuzluk arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilirken, öz saygı ve sağlamlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Karataş çalışmanın sonunda ergenlerde sağlamlık geliştirmeye destek olmak için umut ve öz saygıyı destekleyen programların oluşturulması gerektiğinin altını çizmiştir. Ergenlik ve psikolojik sağlamlık konularında bir başka çalışma da Vinayak ve Judge'ye (2018) aittir. Ergenlerde sağlamlık, empati ve iyi oluşla ilgili yaptığı bu çalışmaya 13-15 yaş aralığında 150 ergen katılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre empati ve sağlamlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Lin, Sandler, Ayers, Wolchik ve Luecken'in (2004) 8-16 yaş aralığındaki 179 katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmada ise ebeveyn kaybı risk faktörü olarak ele alınmıştır. Pozitif komşuluk ilişkileri, bakım veren kişinin sıcaklığı ve ruh sağlığı koruyucu faktör olarak belirlenmiştir. Yapılan ölçümlere göre araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin % 44'ü psikolojik olarak sağlam şeklinde belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre psikolojik olarak sağlam çocuk ve ergenleri diğerlerinden ayıran en büyük faktörlerden biri bakım verenin sıcak ilgi düzeyinin yüksek olup ruhsal problemlerinin az oluşudur. Diğer fark oluşturan durum ise ebeveyn kaybı yaşamış çocuğun olumsuz yaşam olaylarına karşı tehdit algısının az olup stresle baş etmeye dair öz-yeterlik düzeyinin yüksek oluşu olarak belirlenmiştir.

1.7. Psikolojik Sağlamlık Geliştirmeye Yönelik Türkiye'de ve Dünya'da Yapılan Müdahale Çalışmaları

Sankaranarayanan ve Cycil (2014) tarafından Hindistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada batıda uygulanan örneklemlerde etkinliği kanıtlanmış olan Penn Psikolojik Sağlamlık Programı'nın (Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman ve Silver, 1990) Hindistan'da etkililiği araştırılmıştır. Deneysel desende bu çalışmaya 14-15 yaş aralığında, 29 müdahale 29 kontrol grubu olmak üzere toplamda 58 çocuk dahil edilmiştir. Müdahale grubuna 3 hafta boyunca haftada iki defa olmak üzere toplam 22 saat program uygulanmıştır. Program sonunda ortaya konan sonuçlara göre deney grubunun kötümser açıklama tarzında (pessimistic explanatory style) anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir. Bu araştırmanın risk faktörlerinden biri olan ebeveyn kaybının yer aldığı başka bir müdahale çalışması da Whitehead, Allan, Allen, Duchak, King, Mason, Mooney ve Tully (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. 8-17 yaş aralığında 81 katılımcıyla müdahale programı uygulanmıştır. Araştırmanın amacı, "Düş

yakamızdan" (Give us a break- GUAB) isimli müdahale çalışmasının ergenlerin psikolojik sağlamlığı ve iyimser düşünme becerisi üzerinde etkililiğini ölçmektir. Bunun için ergenlerde psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilen özelliklere bakılmıştır. Katılımcılar ebeveyn kaybı, boşanma, ebeveynin hasta olması ve aile üyelerinden birinin hapiste olması gibi risk faktörlerine maruz kalmış kişilerden seçilmiştir. Katılımcılara 8 hafta boyunca kısa süreli çözüm odaklı terapi uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre kısa süreli çözüm odaklı terapinin çocukların kişilerarası ilişkilerini geliştirmede, sosyal ve duygusal becerilerini arttırmada ve iyimser düşünme kapasitesini geliştirmede pozitif yönde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte çalışmada bir kontrol grubunun olmayışı araştırmanın sınırlılıklar kısmında yer almıştır. Güney Afrika'daki yetim çocuklarla yürütülen "Sağlamlık için bana oku" (Read me to resilience) isimli bir müdahale çalışması da Wood, Theron ve Mayaba (2012) tarafından yürütülmüştür. Katılımcılar AIDS nedeniyle ebeveyn kaybı yaşamış çocuklar arasından seçilmiştir. Çalışmanın başında 9-14 yaş aralığındaki 32 çocuğa bazı projektif testler uygulanmıştır. Daha sonra bibliyoterapi tekniği kullanılarak müdahale çalışması yapılmıştır. Müdahale kapsamında çocukların karakterleriyle özdeşim kurabileceği, geniş düşünme becerisi kazanabilecekleri, problem çözme kapasitelerinin artmasına destek olacak, yaşadığı olumsuzluklara sağlıklı adapte olmasına ve umut duygusunu korumasını destekleyecek 22 tane etnik hikaye kullanılmıştır. Haftada bir hikaye şeklinde uygulanan bu program okul tatili araya girmesiyle birlikte 26 hafta sürmüştür. 15 dakika uygulanan bu programı tamamlayan ve son teste katılan çocuk sayısı 20 olmuştur. Program sonunda yapılan son-test ölçümlerine göre çocukların özgüven düzeyinin yükseldiği ve kişilerarası ilişkilerinin geliştiği sonucuna varılmıştır. Benzer bir çalışma Uganda'da AIDS nedeniyle yetim kalmış çocuklarla Kumakech, Cantor-Graae, Maling ve Bajunirwe (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. 10-15 yaş aralığındaki 326 çocuğun yer aldığı bu çalışmada rol oynama, grup aktiviteleri ve öyküleme gibi pek çok tekniğin yer aldığı bir grup müdahale programı uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda müdahale grubunun son test ölçümlerinde çocukların depresyon, kaygı ve öfke düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de yürütülen çalışmalarla ilgili alanyazın incelendiğinde, bu çalışmada kullanılan programın geliştiricisi olan Akar'ın (2018) Mersin'deki yoksulluk oranının yüksek olduğu bölgede yer alan bir lisede öğrenim gören 52 ergenle yürüttüğü çalışma

görülmektedir. Katılımcılar 15-18 yaş aralığında ergenlerden oluşmaktadır. Deneysel desendeki bu çalışmada müdahale grubuna 10 haftalık Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın yoksulluk riski altındaki ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini artırmada etkili bir program olduğu ortaya konmuştur. 1 ay sonra yapılan izleme testi sonuçlarına göre de çıkan sonucun uzun süreli olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer çalışma Ünüvar (2012) tarafından yürütülen "Gerçeklik Kuramı'na Dayalı Psiko-Eğitim Programı'nın Lise Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine ve Denetim Odağına Etkisi" isimli araştırmadır. Deneysel desendeki bu çalışmada 35 erkek, 25 kız öğrenci olmak üzere toplamda 60 katılımcı yer almıştır. Rol oynama, film gösterimi, açık uçlu sorular sorma gibi pek çok farklı unsurun yer aldığı program neticesinde müdahale grubunun yılmazlık ve içsel denetim odağı puanlarının anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir. Yılmazlıkla alakalı bir başka çalışma Gürgan (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir. Üniversite 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden 36 katılımcıyla gerçekleştirilen bu çalışmada yılmazlık eğitimi grup danışma programının üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi araştırılmıştır. Müdahale grubuyla her oturumun yaklaşık iki saat sürdüğü toplamda 11 oturum gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın plasebo kontrol grubuna da yılmazlık konusuyla ilişkili olmayan 5 oturumluk çalışma uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda yapılan ölçümlere göre müdahale grubunun yılmazlık düzeyine anlamlı bir artış tespit edilmiştir. Uygulanan izleme testi sonucun uzun süre etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Bu araştırmada ise 12-14 yaş aralığındaki ebeveyn kaybı yaşamış çocukların psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmak, bunu yaparken de Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın 12-14 yaş aralığındaki baba kaybı yaşamış çocuklar üzerindeki etkisinin bilimsel yollarla incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın amacına dayalı olarak kurulan hipotezler aşağıda sıralanmıştır:

1. Psikolojik Sağlamlık Programı'na katılan müdahale grubundaki katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'nden (PSTBÖ) aldığı sontest puanları, öntest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir.

2. Psikolojik Sağlamlık Programı'na katılan müdahale grubundaki katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği'nden (ÇUÖ) aldığı sontest puanları, öntest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir.

3. Psikolojik Sağlamlık Programı'na katılan müdahale grubundaki katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi'nden (GGA) aldığı sontest puanlarından olumlu davranışı ölçenler, öntest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksekken olumsuz davranışı ölçenler anlamlı bir şekilde düşüktür.

4. Kontrol grubundaki katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'nden (PSTBÖ) aldığı sontest puanları ile öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

5. Kontrol grubundaki katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği'nden (ÇUÖ) aldığı sontest puanları ile öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

6. Kontrol grubundaki katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) olumlu ve olumsuz davranışları ölçen alt ölçeklerinden aldığı sontest puanları ile öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

7. Müdahale ve kontrol gruplarının Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği (PSTBÖ) öntest puanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

8. Müdahale ve kontrol gruplarının Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) öntest puanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

9. Müdahale ve kontrol gruplarının Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) olumlu ve olumsuz davranışları ölçen öntest puanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

10. Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubunun Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği (PSTBÖ) sontest puanı kontrol grubunun sontest puanından anlamlı bir şekilde yüksektir.

11. Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubunun Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) sontest puanı kontrol grubunun sontest puanından anlamlı bir şekilde yüksektir.

12. Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubunun Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) olumlu davranışları ölçen sontest puanları kontrol grubunun olumlu davranışları ölçen sontest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksekken, olumsuz davranışları ölçen sontest puanları kontrol grubunun olumsuz davranışlarını ölçen sontest puanlarından anlamlı bir şekilde düşüktür.

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın deseni, örneklemi, araştırmada kullanılacak ölçekler ve formlar ve verilerin analizine dair bilgiler yer alacaktır. Son olarak araştırmada uygulanan müdahale programının nasıl geliştirildiği, programın amaçlarının neler olduğu ve oturumların içerikleri konu edilecektir.

2.1. Araştırmanın Deseni

Bu çalışma, Psikolojik Sağlamlık Programı baba kaybı yaşamış çocukların psikolojik sağlamlık düzeyi üzerindeki etkililiğini ölçmeyi hedefleyen yarı deneysel desenli bir araştırmadır. Psikolojik Sağlamlık Programı çalışmanın bağımsız değişkenini oluştururken çocukların psikolojik sağlamlık, umut, güçler ve güçlükler düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Deney ve kontrol gruplu; ön-test ve son-test ölçümlü bu çalışmada müdahale grubuna beş hafta boyunca Dr. Atanur Akar (2018) tarafından geliştirilen Psikolojik Sağlamlık Programı'nın temel alındığı bir program uygulanmıştır. Program orjinalinde beş hafta boyunca haftada iki görüşme ile toplamda 10 oturum şeklinde uygulanmıştır. Ancak bu araştırmada beş hafta boyunca haftada bir görüşme ve her görüşmede 2 oturum birlikte uygulama yapılmıştır. Görüşmeler yaklaşık 120-150 dk. sürmüştür. Program başlamadan önce ve program sonunda PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise ön-test ve son-test şeklinde ölçek uygulamasının dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

2.2. Araştırmanın Örneklemi

Deney grubu İstanbul'un Zeytinburnu İlçesi'nde yer alan bir dernekten sosyoekonomik yardım alan baba kaybı yaşamış çocuklar arasından kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Kontrol grubu ise İstanbul Küçükçekmece'de yaşayan ve Küçükçekmece Belediyesi'nden yardım alan baba kaybı yaşamış çocuklar arasından kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışma için gerekli katılımcı

sayısını belirleme için G-Power programıyla yapılan hesaplamalara göre .80 gücü ile 15 müdahale, 15 kontrol olmak üzere 30 kişinin yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak süreç içerisinde katılımcı kaybı ihtimali göz önünde bulundurularak müdahale grubuna 18 kişi katılımcı olarak belirlenmiştir. Araştırmanın ikinci haftasında müdahale grubundan 2 kişinin çalışmadan ayrılması sonucunda çalışma 16 müdahale, 16 kontrol grubu olmak üzere toplamda 32 kişiyle yürütülmüştür. Katılımcılar 12-14 yaş aralığındaki yaş ortalamaları 13 olan çocuklardır (M = 12.91, SD = .82). Katılımcıların 15'i kız 17'si erkektir. Müdahale grubunda 8 tane kız, 8 tane erkek katılımcı vardır. Katılımcıların yaş ve cinsiyet dağılımına dair detaylar Tablo 2.1'de görülebilir.

Tablo 2.1. Katılımcıların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

Değişken	Sıklık(f)	Yüzde (%)
Yaş		
12	12	34.3
13	11	31.4
14	9	27.5
Toplam	32	100
Cinsiyet		
Kız	15	42.9
Erkek	17	48.6
Toplam	32	100

2.3. Kullanılan Araçlar

2.3.1. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ailelere çalışmanın hedefleri, içeriği, önemi ve çalışmadan beklenen olası faydalar bu form aracılığıyla anlatılmıştır. Müdahale grubu için hazırlanan formda çalışma kapsamında hem annelerden hem çocuklardan birtakım ölçekler doldurmaları bekleneceği ve çocuklara ayrıca beş hafta sürecek bir müdahale programının uygulanacağı ifade edilmiştir. Kontrol grubu için

hazırlanan formda ise yalnızca anneler ve çocukları tarafından doldurulacak ölçeklerin uygulanacağı bilgisi verilmiştir. Araştırmanın gizlilik ilkesine göre yürütüleceği, çalışmanın kaç hafta süreceği ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri belirtilmiştir. Bu şartları ve bilgilendirmeleri kabul edip çalışmaya katılmaya gönüllü olan anneler katılımcıların reşit olmaması nedeniyle çocukları adına onay verdiklerini belirtmeleri için bir onam formu oluşturulmuştur. Formların birer örneği ekler kısmında yer almaktadır.

2.3.2. Sosyo-demografik Form

Bu form araştırmaya katılacak olan anne ve çocuklarına dair bir takım kişisel bilgilere erişmek için oluşturulmuştur. Formun içerisinde annenin doğum tarihi, iş ve eğitim durumu, eşini kaç yıl evvel kaybettiği, eşinin iş ve eğitim durumu, eşiyle ilişkisinin yakınlık derecesi, eşinin vefatının ardından ailesinden ya da eşinin ailesinden maddi ya da manevi destek alıp almadığı; çocuğunun doğum tarihi, cinsiyeti, kardeş durumu, kaçıncı sınıfa gittiği, eğitim hayatında hiç sınıf tekrarı yapıp yapmadığı, geçen seneye ait karnesindeki Matematik, Türkçe ve İngilizce notları ve travmatik bir deneyimi olup olmadığını araştıran sorular yer almaktadır. Katılımcılar birbirine yakın özellikte aileler arasından seçildiği için sosyo-demografik formun uygulanmasının ardından çalışma dışında tutulan herhangi bir aile olmamıştır. Formun bir örneği ekler kısmında yer almaktadır.

2.3.3. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)

PSTBÖ bireylerin psikolojik sağlamlığı ile ilişkisi olan birtakım faktörleri ölçebilmek amacıyla 1999 yılında Hurtes tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. 40 maddenin yer aldığı bu ölçek 6'lı likert tipindedir (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 6= Kesinlikle Katılıyorum). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 240, en düşük puan ise 40'tır. Kişinin kendisi tarafından doldurması gereken şekilde tasarlanmıştır. Soruların içerisinde tersten kodlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır. Buna bağlı olarak ölçek sonucunda elde edilen skorun yüksekliği psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek kapsamında psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilen yedi farklı özellik ölçülmektedir. İçgörü, bağımsızlık, sosyal ilişkiler, girişkenlik, yaratıcılık, mizah ve değerler bu yedi özelliği oluşturmaktadır (Hurtes ve Allen, 2001).

2013 yılında ölçeğin yeniden incelenmesiyle birlikte PSTBÖ'nün yedi değil dört faktörlü bir yapı gösterdiği ortaya konmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre bu faktörler; ilişkileri sürdürebilme, dayanıklılık, olumlu başa çıkma, bağımsızlık-içgörü şeklinde belirlenmiştir (Williams, Hill, Gomez, Milliken, Goff ve Gregory, 2013). Ölçek Akar (2018) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Faktör analizi sonrasında altı madde analizden çıkarılmıştır. Böylelikle ölçek, 4'lü likert tipinde, 34 madde olarak yeniden boyutlandırılmıştır (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 4= Kesinlikle Katılıyorum). Ölçek sonucunda elde edilebilecek en yüksek skor 136, en düşük skor ise 34'tür. Ölçeğin faktör yapısını incelemek için yapılan Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) sonucunda Williams ve arkadaşlarının (2013) bulduğu sonuçlara paralel şekilde ölçeğin dört alt faktörlü yapı sergilediği ortaya konmuştur. Ölçeğin güvenirliğini test etmek için yapılan incelemede Cronbach α değeri .79 ile .86 arasında değişim gösterdiği tespit edilmiştir. Buna ek olarak ölçeğin yapı geçerliğini test etmek üzere Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış ve uyum indekslerinin kabul edilebilir oranda olduğu bulunmuştur (*RMSEA* = .048, *CFI* = .908, *TLI* = .90). Bu analizler sonucunda Akar'ın (2018) geçerlik ve güvenirlik çalışmasından elde edilen bulgulara göre, PSTBÖ'nün psikolojik sağlamlık düzeyini ölçmek için yeterli düzeyde geçerliğe ve güvenirliğe sahip olduğu ortaya konmuştur.

2.3.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Bu ölçek Goodman (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek pozitif ve negatif davranış biçimleriyle ilişkilendirilen 25 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar olmak üzere 5 alt kategori içermektedir. İlk dört başlıkla alakalı sorulardan elde edilen puan Toplam Güçlük Skoru'nu verirken aynı zamanda her kategoriden elde edilen puan ayrı ayrı da değerlendirilmektedir. Her alt ölçek 0-10 arasında puanlanmaktadır. Bu bağlamda ilk dört alt ölçeğin toplamından elde edilen Toplam Güçlük Puanı alt ölçeğinden elde edilebilecek en yüksek puan 40, en düşük puan 0'dır. 3'lü likert tipindeki ölçek ters kodlanan maddelerin dışında "0=Doğru değil", "1=Kısmen Doğru" ve "2=Kesinlikle Doğru" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ters kodlanan maddelerde ise puanlama "2=Doğru değil", "1=Kısmen Doğru" ve "0=Kesinlikle Doğru" şeklindedir. 40'dan fazla dile çevrilmiş bu ölçeğin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından

araştırılmıştır. Ölçeğin 4-16 yaş aralığındaki çocuklara yönelik formu anne-baba ve öğretmenler tarafından doldurulurken 11-16 yaş aralığındaki çocuklara yönelik formu ergenin kendisi tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık beş dakika sürmektedir. Anketin bir de genişletilmiş versiyonunda etkilenme puanı bulunmaktadır. Bu kısımda yaşanan problemin sosyal ve akademik fonksiyonelliğe etkisi, beraber yaşam sürdüğü kişilere yüklediği yük ve genel stres oranı incelenmektedir. Bu araştırmada 11-16 yaş aralığındaki ergenlerin dolduracağı genişletilmiş form kullanılmıştır. GGA'nın anne-baba formunun güvenirlik ölçümlerinin sonuçlarına göre Toplam Güçlük Puanı için Cronbach alfa katsayısı .84 bulunurken alt ölçeklerin katsayıları .37 ile .80 arasında değişmektedir. GGA'nın ergen formunun güvenirlik ölçümlerinin sonuçlarına göre Toplam Güçlük Puanı için Cronbach alfa katsayısı .73 bulunurken alt ölçeklerin katsayıları .22 ile .70 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliğine ilişkin yapılan ölçümlerin sonuçlarına göre de GGA Türkçe uyarlamasının tutarlı ve güvenilir olduğu ortaya konmuştur.

2.3.5. Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ)

Bu ölçek Snyder ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. 8-16 yaş aralığındaki çocuklara yönelik bu ölçek altı maddeden oluşmaktadır ve 6'lı likert tiptedir (1=Hiçbir Zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5=Çoğu Zaman, 6=Her Zaman). Ölçekten alınabilecek minimum skor 6, maksimum skor 36'dır. Ölçek çocukların kendisinin dolduracağı şekilde tasarlanmıştır. Ölçekteki umut kavramı "amaca ulaşma yolları" (pathways) ve "amaca güdülenme" (agency) kavramlarının kombinasyonunu yansıtmaktadır. Tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı birbirinden farklı örneklem grupları için .72 ile .86 arasında değişim göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Atik ve Kemer (2009) tarafından yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin orjinal formuna paralel şekilde "amaca ulaşma yolları" (pathways) ve "amaca güdülenme" (agency) olarak 2 faktör bulunmuştur. 1., 3. ve 5. maddeler "amaca güdülenme" alt boyutuna kümelenirken; 2., 4. ve 6. maddeler "amaca ulaşma yolları" alt boyutuna kümelendiği görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlık güvenirliğini araştırmak için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır. "Amaca ulaşma yolları" alt faktörünün Cronbach alfa katsayısı, .65; "amaca güdülenme" alt faktörünün katsayısı, .57 olarak ortaya konmuştur. Tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı ise .74 olarak tespit edilmiştir.

2.3.6. Beck Depresyon Envanteri

Bu ölçek Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1961) tarafından ergenlerin ve yetişkinlerin depresyon bulgularını ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (1989). 21 maddeden oluşan bu ölçekte her madde için dört seçenek bulunmaktadır. Depresyonla ilişkili tutum ve davranışları belirleyen bu seçenekler azdan çoğa doğru 0, 1, 2 ve 3 olarak değerlendirilmektedir. Depresif ruh hali, suçluluk hissi, uykuda bozulma, iştahta azalma ve içe çekilme depresyonla ilişkilendirilen duygu, düşünce ve davranışlardan bazılarıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfırken en yüksek puan altmış üçtür. Ölçekten alınan puanlar değerlendirilirken 0-9 puan normal, 10-16 puan hafif düzeyde, 17-29 puan orta düzeyde, 30-63 puan şiddetli düzeyde depresyon belirtilerinin olduğunu göstermektedir. Üniversite öğrencileriyle yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlık güvenirliğini araştırmak için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır ve .80 olarak tespit edilmiştir.

2.3.7. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından (1988) geliştirilen bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik araştırması ülkemizde Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşan bu ölçek daha çok "kalp çarpıntısı", "ateş basması" gibi anksiyetenin fizyolojik boyutuyla alakalı belirtileri ortaya koymaktadır. Kişinin son bir haftasını göz önünde bulundurarak kendisi tarafından doldurulması beklenen bu ölçekte her madde için dört seçenek bulunmaktadır. Her seçenek için 0'dan 3'e kadar puanlanmaktadır (0=Hiç, 3=Ciddi Derecede). Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmektedir. Değerlendirmede 0-7 puan normal, 8-15 puan hafif düzeyde, 16-25 puan orta düzeyde, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerinin olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlık güvenirliğini araştırmak için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır ve .93 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda Beck Anksiyete Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun Türk örneklemlerdeki anksiyete düzeyini değerlendirmek için tutarlı ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmuştur.

2.4. İzlenilen Yol (Prosedür)

İlk olarak araştırmanın yürütücüsü Psikolog Zeynep Tatarer bu çalışmada kullanmak amacıyla Dr. Atanur Akar tarafından geliştirilen Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı Eğitimi'ni Davranış Bilimleri Enstitüsü'nden (DBE) alarak Çocuk ve Ergenler için Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın uygulayıcısı olmaya hak kazanmıştır. Çalışmanın müdahale grubu İstanbul Zeytinburnu'nda yer alan bir dernekten yardım alan baba kaybı yaşamış aileler arasından seçilmiştir. Program çalışmanın müdahale grubuna 5 oturum olacak şekilde uygulanmıştır. Katılımcılar Zeytinburnu Belediyesi'nin desteğiyle sağlanan servis aracılığıyla toplanmıştır. 5 hafta boyunca her cumartesi dernek bünyesinde katılımcılarla bir araya gelinmiştir. Her bir oturum yaklaşık 120-150 dakika sürmüştür. Derneğin talebi üzerine çocukların annelerine yönelik daha önce planlanmamış birtakım etkinlikler yapılmıştır. Bu kapsamda ilk hafta annelerin talep ve ihtiyaçlarını belirlemek adına istişare yapılmış olup daha sonra "Çocuklarda Olumlu Tutum ve Davranış Geliştirme" ile alakalı alanında uzman bir klinisyen tarafından seminer verilmiştir. Ardından İbn Haldun Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğrencilerinin katılımıyla "Umudunu Kaybetme" adlı film gösterimi yapılıp annelerle film hakkında konuşma gerçekleştirilmiştir. Son iki hafta ise İbn Haldun Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden (İPAM) uzman bir psikolog eşliğinde annelerle soru-cevap etkinliği düzenlenmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın analiz işlemleri SPSS 22.0 paket programı aracılığıyla yürütülmüştür. Katılımcıların her ölçekten aldığı puanın ortalaması ve standart sapması betimsel test sonuçları ile ortaya konmuştur. Örneklem sayısının sınırlı olması nedeniyle araştırmanın amacı doğrultusunda kurulan hipotezleri test etmek için parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda her bir ölçek için ön test ve son testten aldığı puanları karşılaştırmak amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Ayrıca, müdahale grubu ve kontrol grubunun her ölçek için ön test ve son testten aldığı puanlar Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Bunlara ek olarak, müdahale grubundaki katılımcıların annelerinin depresyon ve kaygı düzeyi ile

sosyo-demografik verileri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Son olarak, müdahale grubundaki katılımcıların annelerinin depresyon ve kaygı düzeyi ile çocuklarının PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA puanları arasında bir ilişki olup olmadığına bakmak için Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Yapılan tüm analizlerde $p < .05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

2.6. Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı

Program geliştiricisi Akar (2018) ilk olarak psikolojik sağlamlık geliştirmeye yönelik bu konuda yapılmış çalışmaları incelemiştir. Araştırmalar neticesinde programın kuramsal alt yapısı için Wolin ve Wolin'in (1993) Hasar ve Meydan Okuma Modeli (Damage and Chalenge Model) kullanılmıştır. Kuramda psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilen içgörü (insight), bağımsızlık (independence), ilişkiler (relationships), yaratıcılık (creativity), mizah (humour), ahlak (morality) ve girişkenlik (initiative) olmak üzere 7 faktör bulunmaktadır. Bu faktörler ile programda yer alan oturumlar birlikte değerlendirildiğinde, empati ve esneklik oturumlarıyla çocukların bir ilişki kurma ve kurduğu ilişkileri sürdürebilme becerilerini geliştirmek hedeflenmektedir. Ersoy ve Köşger'in (2016) empatinin tanımı ve önemi üzerine yaptığı çalışmada zekanın bilişsel gelişim için ne denli önemi varsa empatinin de ilişkiler üzerinde o kadar önem taşıdığı belirtilir. Benzer şekilde, empatik becerilerin yeterince gelişmemiş olmasının ilişki kurma ve sürdürmeyi zorlaştırdığı da ortaya konmuştur (Ersoy ve Köşger, 2016). Bu bağlamda Wolin ve Wolin'in (1993) 7 psikolojik sağlamlık özelliğinden biri olan ilişkilerin geliştirilebilmesi için empati becerileri ile alakalı çalışma yapmak önem taşımaktadır. Programın diğer parçalarından olan gerçekçi olan-olmayan düşünce ve problem çözme oturumları ile çocukların içgörü ve olumlu baş etme kapasitesinin desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bir problemin nasıl çözümleneceğini net bir biçimde anlama olarak tanımlanan içgörünün (Bowden, Jung-Beeman, Fleck ve Kounios, 2005) gelişebilmesi için çocukların problem çözme becerilerinin desteklenmesi, gerçekçi olan ve olmayan düşünceleri fark edip ayırt edebilmesine yardımcı olunması gerekmektedir. Bunlara ek olarak, programda yer alan aile ya da yakınlarından birine teşekkür etme gibi ev ödevleriyle ve grup içi paylaşımların grup dışına çıkmaması, paylaşım yapan kişiyi eleştirmeden ve yargılamadan dinleyip kabul etme gibi kurallar üzerine yapılan çalışmalarla Wolin ve Wolin'in (1993) sağlamlığa dair soyut değişkenlerinden biri olan ahlak kavramına

aracılık eden davranışların desteklenmesi hedeflenmiştir. Programda yer alan bölümlerden otonomi oturumuyla ise katılımcıların girişkenlik, yaratıcılık ve bağımsızlık özelliklerinin desteklenmesi amaçlanmıştır. Bir aktiviteyi seçme, ona başlama, onu uygulama veya sonlandırmaya dair güç ve beceri olarak tanımlanan girişkenlik, çevrenin etki ve kontrolünden bağımsız olarak kişinin kendi takdirine dayanmaktadır (Bradshaw, Feltovich, Jung, Kulkarni, Taysom ve Uszok, 2003). Bu nedenle, girişkenliğin desteklenmesi için otonomi kavramı üzerine çalışmanın önemli olduğu söylenebilir. Ayrıca, yapılan çalışmalara göre yaratıcılığı destekleyen en önemli bireysel faktörlerden biri otonomidir (Deci ve Ryan, 2008). Bu bağlamda, otonomi oturumu ile çocukların yaratıcılık özelliğinin desteklenmesi de programın amaçları arasında yer almaktadır. Son olarak mizah oturumu ile Wolin ve Wolin'in (1993) tanımıyla trajik olanın içinde komik olanı bulma becerisi geliştirip çocukların duygu düzenleme ve problem çözmede mizahı kullanabilmeleri hedeflenmektedir.

Wolin ve Wolin'in (1993) modelinin yanı sıra program oluşturulurken psikolojik sağlamlıkla ilgili pek çok araştırma tarafından ortak olarak koruyucu faktör şeklinde kabul edilen faktörler Akar (2018) tarafından programa dahil edilmiştir. Stres yönetimi (Alvord, Zucker ve Grados, 2011; Yi Frazier ve ark., 2015), esneklik (Kashdan ve Rottenberg, 2010; Soltani, Shareh, Bahrainian ve Farmani, 2013; Parsons, Kruijt ve Fox, 2016), olumsuz düşüncelerle baş etme ve gerçekçi düşünme (Alvord, Zucker ve Grados, 2011; Padesky ve Mooney, 2012), problem çözme becerisi, empati (Alvord, Zucker ve Grados, 2011; Masten ve Reed, 2002) ve iyimserlik (Garmezy, 1987; Masten ve Reed, 2002) bu faktörlerdendir. Aynı zamanda, bu faktörler sistemik bir teoriden ziyade klinik gözlemlerle oluşturulan Wolin ve Woilin'in (1993) modelinde yer alıp soyut değişkenler olduğu için ölçümü güç olan ahlak, ilişkiler ve içgörü gibi çıktı değişkenlere aracılık eden kavramlar olması yönüyle önem taşımaktadır.

Programın yapısına bakıldığında ise interaktif-didaktik öge, davranış provası, rahatlama, öz düzenleme teknikleri-derin gevşeme egzersizleri ve genelleme olmak üzere toplam dört öge öne çıkmaktadır.

İnteraktif-didaktik öge: Bu faktör amaçlanan çıktıların sunum yapma, soru cevap, grup içi tartışma ve konuyla ilgili birtakım gösterimler yapmayı kapsamaktadır. Her oturum için belirlenen koruyucu faktör katılımcılarla paylaşılır ve katılımcıların oturumlarına aktif olarak dahil olması hedeflenilir.

Davranış provası: Bu faktörün hedefi katılımcıların oturum esnasında kazandığı bilgi ve becerileri önceden hazırlanmış etkinlikler aracılığıyla oturum sırasında deneyimlemesini sağlamaktır.

Rahatlama, öz düzenleme teknikler ve derin gevşeme egzersizleri: Bu öge zihinde canlandırma, gevşeme ve öz-düzenleme egzersizlerini kapsamaktadır.

Genelleme: Bu faktörün hedefi katılımcıların oturum esnasında kazandığı bilgi ve becerileri önceden ev ödevleri aracılığıyla kendi hayatında deneyimlemesini sağlamaktır. Böylelikle grup içerisinde öğrendiklerini genel yaşantısına aktarması amaçlanmaktadır (Akar, 2018).

2.6.1. Psikolojik Sağlamlık Programının Oturum Başlıkları

Bu çalışmada Akar (2018) tarafından geliştirilen Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı mümkün olduğunca orjinal haliyle uygulanmıştır. Ancak örneklemin tek ebeveynli çocuklardan oluşması sebebiyle örneklemin ihtiyaçlarına daha çok hitap edebilmek için, psikolojik sağlamlık geliştirmede çok önemli bir faktör olarak ele alınan umut kavramının da programa dahil edilmesine karar verilmiştir. Umut pozitif psikoloji ailesinde önemli bir yer tutmaktadır (Snyder, Rand ve Sigmon, 2002). Yapılan çalışmalara göre umut ve psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Waters, 2014). Özellikle de ebeveyn kaybı yaşamış çocuklar için umut çok önemli bir faktördür. Aile, bir çocuk için en temel destek mekanizmasıdır (Suda, 1997). Bu nedenle ebeveynini kaybetmek çoğunlukla umutsuzluk hissine yol açar (Atwine, Cantor-Graae ve Bajunirwe, 2005; Stein, 2006). Karataş'ın (2011) psikolojik sağlamlık, umutsuzluk ve özsaygı arasındaki ilişkiyi tespit etmek için ergenlerle yürüttüğü çalışmada umutsuzluk ve sağlamlık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaya ek olarak, Lothe ve Heggen'in (2003) ebeveynini kaybetmiş Etiyopya'lı gençlerlerle yaptığı çalışmaya göre de umudun sağlamlık üzerinde en etkili faktörlerden biri olduğu ortaya konmuştur. Son olarak Pienaar'ın (2007) AIDS nedeniyle ebeveynini kaybetmiş çocuklarla yürüttüğü çalışmasında da umudun psikolojik sağlamlık geliştirmede etkin bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeplerden dolayı bu çalışmada kullanılan müdahale programına umut kavramının da dahil edilmesinin bilhassa tek ebeveynli çocuklarda psikolojik sağlamlık açısından gerekli olduğu düşünülmüştür. Buna ek

olarak müdahale grubuyla iletişimi sağlayan derneğin talebi üzerine müdahale grubunun annelerine yönelik de (seminer, film gösterimi ve soru cevap gibi etkinliklerin yer aldığı) bir program çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuklar için planlanan program sırasıyla aşağıda açıklanan şekilde uygulanmıştır.

2.6.1.1. Grupla Tanışma, Psikolojik Sağlamlık Kavramını Tanıtma ve Umut

Programa başlamadan evvel katılımcılara PSTBÖ, GGA ve ÇUÖ ön-test olarak uygulanmıştır. Daha sonra tüm katılımcılara isimlerini yazmaları için birer yaka kartı ve programda tutacakları notlar için çalışma kapsamında hazırlanan not defterleri dağıtılmıştır. Ardından grup içerisinde yapılan paylaşımların grup içerisinde kalacağını, paylaşım sırasında eleştiri ve yargılayıcı tutumdan uzak kalınacağını ve benzeri ibareleri içeren katılımcıların haklarını korumaya yönelik Grup Hakları Bildirgesi gruba sunulup, katılımcılardan onay alınmıştır. Grup lideri kendini tanıttıktan sonra grupla tanışma amacıyla resim çizme tekniğinin yer aldığı bir etkinlik yapılmıştır. Sonrasında psikolojik sağlamlık kavramı tanıtılmıştır. Kavramın somutlaşarak daha açık hale gelmesi için hacıyatmaz metaforu uygulamalı olarak kullanılmıştır. Daha sonra sağlamlıkla alakalı iki ayrı öykü okunmuştur. Aynı olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmış iki çocuğun farklı biten hikayeleri üzerine grup içerisinde beyin fırtınası yapılmıştır. Katılımcılara hangi karakterle daha çok özdeşim kurdukları sorulmuştur. Ardından, psikolojik sağlamlık programının hedeflerinden bahsedilmiştir. Program kapsamında desteklenecek koruyucu faktörler anlatılmıştır. İlk faktör olarak umut kavramı ele alınmıştır. Umut, Akar'ın (2018) geliştirdiği Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'na ek olarak dahil edilmiş bir faktördür. Bu bağlamda, katılımcılara serbest çağrışım tekniğiyle umut denilince ilk aklına gelenler sorulmuştur. Sonrasında King (2001) tarafından ortaya konan "Gelecekte Olası En İyi Ben" (Best Possible Future Self) etkinliği yapılmıştır. Etkinlik sonunda gönüllü olanlar etkinliğe dair paylaşımlarda bulunmuştur. Oturumun sonunda 2 adet ev ödevi dağıtılmıştır. Son olarak, derin gevşeme egzersizi ile oturum kapatılmıştır.

2.6.1.2 Empati, Stres Yönetimi ve Mizah

İlk olarak katılımcılara bir önceki oturumda neler yapıldığı sorulmuştur. Daha sonra ilk oturumun ödevleri kontrol edilmiştir ve ödevini paylaşmak isteyenler hazırladıkları

ödevlerini grupla paylaşmıştır. Sonrasında empati kavramının ne olduğu katılımcılara sorulmuştur. Alınan yanıtlar tahtaya yazılmıştır. Daha sonra kavramın tanımı yapılmıştır. Ardından psikodrama ve rol oynama teknikleri kullanılarak grup içi etkinlik yapılmıştır. Sonrasında önyargılı tutumun beyin yapısını nasıl etkilediği ve empati kurmaya nasıl engel olduğunu ortaya koyacak bir aktivite planlanmıştır. Ardından empati kurabilmek için dikkat edilmesi gereken noktalar tahtaya yazılmıştır. Daha sonra tekrardan grup içi bir senaryo oluşturulmuştur. Gönüllü 2 grup üyesi seçilmiştir. Birinin anlatıcı ve diğerinin de paylaşılan kurallar doğrultusunda empatik bir dinleyici olması istenmiştir.

Empati kavramının akabinde stres kavramı çalışılmıştır. Stres kavramının ne olduğu üzerine katılımcılarla beyin fırtınası yapılmıştır. Alınan yanıtlar tahtaya yazılmıştır. Sonrasında kavramın tanımı yapılmıştır. Ardından Stres Yükü isimli etkinlik ile stresin neden olduğu fizyolojik etkiler gruba gösterilmiştir. Sonrasında stresin ve strese neden olan faktörlerin kişiden kişiye değişebildiğini göstermek amacıyla Akar (2018) tarafından hazırlanan ve deney şişesi adı verilen etkinlik yaptırılmıştır. Etkinlik sonunda aynı olayların nasıl hepimizi farklı düzeyde etkileyebildiği konuşulmuştur. Faaliyetin ardından stresin yaşamdaki işlevinden ve öneminden bahsedilmiştir. Gruba streslerini yönetmek için neler yaptıkları sorulmuştur. Ardından stres yönetimi için yapılabilecekler listesi oluşturulmuştur. Stres kavramının ardından mizah kavramının ne olduğu katılımcılara sorulmuştur. Alınan yanıtlar tahtaya yazılmıştır. Sonrasında kavramın tanımı yapılmıştır. Olumlu (Katılımcı, kendini geliştirici) ve olumsuz (saldırgan) mizahın ayrımı anlatılmıştır. Olumsuz mizahla alakalı "Hababam Sınıfı Uyanıyor" filmindeki Ahmet'in arkadaşları tarafından alaya alındığı sahne izletilmiştir. Olumlu mizahla alakalı ise Charlie Chaplin'in "The İmmigrant" filminden bir sahne izletilmiştir. Daha sonra videolar üzerine tartışma yapılmıştır. Program sonunda programda öğrenilenleri pekiştirmeleri amacıyla katılımcılara ödev verilmiştir. İmajinasyon tekniğinin kullanılarak derin gevşeme egzersizi ile ikinci oturumun kapanışı yapılmıştır.

2.6.1.3. Bilişsel Çarpıtmalar, Olumsuz Düşüncelerle Baş Etme, Bilişsel Esneklik ve Problem Çözme

Öncelikle bir önceki oturumda neler yapıldığı gruba sorulmuş ve ödevler kontrol edilmiştir. Daha sonra "Negatif otomatik düşünce" kavramı bir grup aktivitesiyle gruba tanıtılmıştır. Aktivitede katılımcılar ikişerli gruplara bölünmüştür. Her gruba program geliştiricisi Akar (2018) tarafından hazırlanan olumsuz düşünce avcısı kartlarından birer tane çiftlere verilip çektikleri kartlarla ilgili ilk olarak ne düşündükleri sorulmuştur. Olumsuz çağrışımlar tahtaya not edilmiştir. Daha sonra olumsuz düşünceler normalize edilmiştir ve bu düşüncelerle mücadele etmenin asıl zorlayıcı kısım olduğu paylaşılmıştır. Bu konuyu daha anlaşılır hale getirmek için istenmeyen misafir ve su topu metaforu kullanılmıştır. Daha sonra 3 tane bilişsel çarpıtma biçiminden bahsedilmiştir: Zihin okuma, Ya hep ya hiç, Felaketleştirme. Üçünün de tanımları yapılmış ve örnekler verilmiştir. Zihin okuma ile alakalı bir öykü okunmuş ve öykünün nerelerinde zihin okuma yapıldığı gruba sorulmuştur. Ya hep ya hiç düşüncesini daha açık hale getirmek için Dart Aktivitesi yapılmıştır ve aktivite sonunda beyin fırtınası yapılarak ortak bir sonuç çıkarılmıştır. Ardından, felaketleştirme ile ilgili bir grup aktivitesi yapılmıştır. Gruba 3 ayrı durum okunmuştur. Gruptan her durum için bir felaketleştiren bir de sağlıklı yorum getirmesi istenmiştir. Etkinliklerin ardından negatif otomatik düşüncelerin nasıl sağlıklı hale getirileceği çalışılmıştır. Bunun için Kanıt İnceleme, Alternatif Düşünce Geliştirme ve Sistematik Duyarsızlaştırma teknikleri kullanılmıştır. Olumsuz düşüncelerle baş etme konusundan sonra Bilişsel Esneklik konusuna geçilmiştir. Bilişsel ve fiziksel esneklik kavramı tanıtılmış ve kavramlar grupla tartışılmıştır. Fiziksel esnekliği somutlaştırmak için grup içi etkinlik yapılmıştır. Esnek olmanın hayatımızdaki önemi örnekler verilerek açıklanmıştır. Problem çözme becerileri ve esneklik arasındaki ilişkiden bahsedilmiştir. Bu bilgiler pipet ve ahşap çubuklarla yapılan bir grup aktivitesi ile pekiştirilmiştir. Sonrasında bilişsel esneklik becerisi geliştirmek için dikkat edilmesi gereken faktörler grupla tartışılarak tahtaya yazılmıştır. Daha sonra Akar (2018) tarafından hazırlanan bilişsel esneklik kartları katılımcılara dağıtılmış ve belirtilen durumlarda esnek bir şekilde nasıl tepkiler verebilecekleri gruba sorulmuştur. Oturum sonunda olumsuz düşüncelerle baş etme ve bilişsel esneklik konularına ilişkin ev ödevleri dağıtılmıştır ve derin gevşeme egzersizi ile kapanış yapılmıştır.

2.6.1.4. Otonomi ve İyimserlik

İlk olarak otonomi kavramı gruba sorulmuştur ve grupla tartışarak kavramın tanımı yapılmıştır. Öyküleme tekniği kullanılarak kavram pekiştirilmiştir. Otonom, saldırgan ve pasif tepkinin ne olduğu çizelge oluşturularak ve örnekler verilerek açıklanmıştır. Ardından katılımcılara da benzer örnekler verilmiştir ve 3 tepki çeşidine göre belirtilen durumlarda neler yapabileceklerini yazmaları istenmiştir. Etkinlik sonunda otonom tepkiler vermek için dikkat edilmesi gereken faktörler tartışılarak bir liste oluşturulmuştur. Daha sonra rol oynama tekniği kullanılarak kavram pekiştirilmiştir. Aktivite sonunda grupla oynanan roller üzerinden tartışma yapılmıştır. Otonomi kavramının ardından iyimserlik kavramı çalışılmıştır. Kavramı somutlaştırmak adına boş/dolu bardak etkinliği yapılmıştır. Sonrasında öyküleme tekniği kullanılarak kavram pekiştirilmiştir. Daha sonra, iyimser düşünmeye katkı sağlayacak faktörler konuşulup liste çıkarılmıştır. Oturum sonunda otonomi ile ilgili ev ödevleri dağıtılmıştır. İyimserlik için ise katılımcılara pozitif psikolojide yer alan şükran defteri tanıtılmıştır ve katılımcılardan birer şükran defteri tutmaya başlamaları istenmiştir. Derin gevşeme egzersizi ile kapanış yapılmıştır.

2.6.1.5. Sonlandırma

Program sonunda çalışma boyunca ele alınan konuların özeti katılımcılarla birlikte yapılmıştır. Daha sonra Snyder'in (2000) Umut Teorisi'nin temel alındığı "Amaç Haritası" etkinliği yapılmıştır. Ardından katılımcılardan programa dair geri bildirim alınmıştır. Program süresince kendilerinde değişim gördükleri özellikler sorulmuştur ve çalışmada yer alma ile alakalı duygu ve düşünceleri alınmıştır. Sonrasında her katılımcı için özel olarak hazırlanmış olan programa katılım sertifikaları katılımcıların anneleri eşliğinde dağıtılmıştır. Son olarak çalışmanın başında uygulanan PSTBÖ, GGA ve ÇUÖ son-test olarak tekrardan uygulanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu kısımda çalışmaya katılan kişilere uygulanan ölçeklerden elde edilen verilerin sonuçlarına yer verilecektir.

3.1. Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Bu kısımda müdahale grubundaki katılımcıların sosyo-demografik verilerinin dağılımları Tablo 3.1, Tablo 3.2, Tablo 3.3, Tablo 3.4, Tablo 3.5 ve Tablo 3.6, Tablo 3.7'de gösterilecektir.

Tablo 3.1. Kardeş Sayısına İlişkin Dağılımlar

Kardeş Sayısı	Sıklık(f)	Yüzde(%)
1-3	7	43.8
4-6	6	37.5
7-10	3	18.8
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde %43.8 oranı ile katılımcıların çoğunluklu olarak bir ile üç arasında kardeş sahibi olduğu görülmektedir.

Tablo 1.2. Eğitim Seviyesine İlişkin Dağılımlar

Sınıf Seviyesi	Sıklık(f)	Yüzde(%)
6. Sınıf	2	12.5
7. Sınıf	6	37.5
8. Sınıf	8	50.0
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde %50.0 oranı ile katılımcıların çoğunluklu olarak 8. sınıfta olduğu görülmektedir.

Tablo 3.3. Sınıf Tekrarı Durumuna İlişkin Dağılımlar

Sınıf Tekrarı	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hayır	15	93.8
Evet	1	6.3
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde %93.8 oranı ile katılımcıların çoğunluklu olarak sınıf tekrarı yapmadığı görülmektedir.

Tablo 3.4. Geçen Yılki Matematik Puanına İlişkin Dağılımlar

Geçen Yılki Matematik Notu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
0-44	3	18.8
45-69	5	31.3
70-100	8	50.0
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde % 50.0 oranı ile katılımcıların çoğunluklu olarak geçen yıl matematik dersinden 70-100 puan arasında puan aldığı görülmektedir.

Tablo 3.5. Geçen Yılki Türkçe Puanına İlişkin Dağılımlar

Geçen Yılki Türkçe Notu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
0-44	3	18.8
45-69	3	18.8
70-100	10	62.5
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde % 62.5 oranı ile katılımcıların çoğunluklu olarak geçen yıl Türkçe dersinden 70-100 puan arasında puan aldığı görülmektedir.

Tablo 3.6. Geçen Yılki İngilizce Puanına İlişkin Dağılımlar

Geçen Yılki İngilizce Notu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
0-44	3	18.8
45-69	4	25.0
70-100	9	56.3
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde % 56.3 oranı ile katılımcıların çoğunluklu olarak geçen yıl Türkçe dersinden 70-100 puan arasında puan aldığı görülmektedir.

Tablo 3.7. Travmatik Anı Durumuna İlişkin Dağılımlar

Çocuğun Travmatik Bir Anı Yaşama Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hayır	14	87.5
Evet	2	12.5
Toplam	16	100

Verilen yanıtlar incelendiğinde % 87.5 oranı ile katılımcıların annelerinin çocuklarının çoğunluklu olarak travmatik bir anı yaşamadığına dair bilgi vermişlerdir.

3.2. Betimsel Test Sonuçları

Bu kısımda müdahale grubu ve kontrol grubundaki katılımcıların her bir ölçekten aldığı puanların ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerleri Tablo 3.8 ve Tablo 3.9'da sunulacaktır.

Tablo 3.8. Müdahale Grubunun PSTBÖ, ÇUÖ, GGA Ölçeklerinden Elde Edilen Veri Değerlerinin İncelenmesi

	N	Ortalama	SS	En Düşük	En Yüksek
PSTBÖ Öntest	16	104.0	9.6	83	123
PSTBÖ Öntest	16	107.8	10.5	88	123
ÇUÖ Öntest	16	25.3	5.6	14	36
ÇUÖ Sontest	16	26.1	5.4	16	33
GGA Toplam Güçlük Puanı Öntest	16	12.2	5.3	4	25
GGA Toplam Güçlük Puanı Sontest	16	10.9	4.8	4	21
GGA Sosyal Davranışlar Öntest	16	8.5	2.1	4	12
GGA Sosyal Davranışlar Sontest	16	8.1	1.9	5	10

Betimsel analiz sonuçlarına göre müdahale grubundaki katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 104.0 (S = 9.6), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 107.8 (S = 10.5), Çocuklarda Umut Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 25.3 (S = 5.6), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 26.1 (S = 5.4), Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 12.2 (S = 5.3), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 10.9 (S = 4.8), Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme

Programı'ndan önce 8.5 (*S* = 2.1), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 8.1 (*S* = 1.9) olduğu görülmektedir.

Tablo 3.9. Kontrol Grubunun PSTBÖ, ÇUÖ, GGA Ölçeklerinden Elde Edilen Veri Değerlerinin İncelenmesi

	N	Ortalama	SS	En Düşük	En Yüksek
PSTBÖ Öntest	16	101.8	10.4	88	120
PSTBÖ Sontest	16	100.7	10.9	86	120
ÇUÖ Öntest	16	22.3	4.5	14	30
ÇUÖ Sontest	16	22.1	4.7	14	31
GGA Toplam Güçlük Puanı Öntest	16	14.9	6.1	6	25
GGA Toplam Güçlük Puanı Sontest	16	15.9	6.4	5	26
GGA Sosyal Davranışlar Öntest	16	8.1	2.1	5	12
GGA Sosyal Davranışlar Sontest	16	7.3	2.0	4	10

Kontrol grubundaki katılımcıların ise Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 101.8 (*S* = 10.4), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 100.7 (*S* = 10.9), Çocuklarda Umut Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 22.3 (*S* = 4.5), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 22.1 (*S* = 4.7), Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 14.9 (*S* = 6.1), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 15.9 (*S* = 6.4), Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'ne ait ortalamaları Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan önce 8.1 (*S* = 2.1), Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'ndan sonra 7.1 (*S* = 2.0) olduğu görülmektedir.

3.3. Hipotezlerin Cevaplandırılması

Aşağıda yer alan tablolarda çalışma kapsamında oluşturulan hipotezleri test etmek üzere uygulanan analiz sonuçları Tablo 3.10, Tablo 3.11, Tablo 3.12, Tablo 3.13, Tablo 3.14, Tablo 3.15, Tablo 3.16, Tablo 3.17, Tablo 3.18, Tablo 3.19, Tablo 3.20, Tablo 3.21, Tablo 3.22, Tablo 3.23, Tablo 3.24, Tablo 3.25'te sunulmuştur.

Araştırmanın birinci hipotezi, "Psikolojik Sağlamlık Programı'na katılan müdahale grubundaki katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'nden aldığı sontest puanları, öntest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir." şeklinde

belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 3.10'da sunulmuştur.

Tablo 3.10. Müdahale Grubunun PSTBÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	0	.00	.00		
Sontest	1	Pozitif Sıralar	13	7.00	91.0	-3.188	0.001**
		Eşit	3				

α hata düzeyleri; "*" için 0.05, "**" için 0.01, "***" için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre, müdahale grubuna ait katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği'nden (PSTBÖ) aldığı müdahale öncesi ve müdahale sonrası puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (z = -3.188, p < .05). Fark puanlarının sıra puanları dikkate aldındığında, bu farkın pozitif sıralar yani sontest puanı lehinde olduğu gözlemlenmektedir. Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği'nden (PSTBÖ) yüksek puan almanın psikolojik sağlamlık düzeyinin arttığı anlamına geldiği göz önünde bulundurulduğunda, uygulanan Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmada önemli bir etkisi olduğu ifade edilebilir. Bu bağlamda birinci hipotezin doğrulandığı sonucu çıkarılabilir.

Araştırmanın ikinci hipotezi, "Psikolojik Sağlamlık Programı'na katılan müdahale grubundaki katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği'nden aldığı son-test puanları, ön-test puanlarından anlamlı bir şekilde yüksektir." şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 3.11'de sunulmuştur.

Tablo 3.11. Müdahale Grubunun ÇUÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	5	5.9	29.5		
Sontest	2	Pozitif Sıralar	7	6.9	48.6	-.750	.453
		Eşit	4				

α hata düzeyleri; “*” için 0.05, “**” için 0.01, “***” için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre müdahale grubuna ait katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği’nden aldığı müdahale öncesi ve müdahale sonrası puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir (z = -.750, p > .05). Bu sebeple araştırmanın ikinci hipotezi doğrulanamamıştır.

Araştırmanın üçüncü hipotezi, “Psikolojik Sağlamlık Programı’na katılan müdahale grubundaki katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi’nden aldığı son test puanlarından olumlu davranışı ölçenler, ön-test puanlarından anlamlı bir şekilde yüksekken olumsuz davranışı ölçenler anlamlı bir şekilde düşüktür.” şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 3.12 ve Tablo 3.13’te sunulmuştur.

Tablo 3.12. Müdahale Grubunun GGA’nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği’nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	11	6.0	66.0		
Sontest	3	Pozitif Sıralar	0	.00	.00	-3.020	.003
		Eşit	5				

α hata düzeyleri; “*” için 0.05, “**” için 0.01, “***” için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre müdahale grubuna ait katılımcıların GGA’nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği’nden aldığı müdahale öncesi ve müdahale sonrası puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir (z = -3.020, p < .05). Fark puanlarının sıra puanları dikkate aldındığında ise sontestte alınan puanların öntestten düşük olduğu gözlemlenmektedir. Sonuç olarak, Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı’nın katılımcıların Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar ve Akran Sorunları’nı bir bütün halinde ortaya koyan Toplam Güçlük Puanı’nı düşürmede önemli bir etkisi olduğu ifade edilebilir. Bu bağlamda üçüncü hipotezin olumsuz davranışlarla ilgili olan kısmının doğrulandığı sonucu çıkarılabilir.

Tablo 3.13. Müdahale Grubunun GGA'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	5	6.5	32.5		
Sontest	3	Pozitif Sıralar	5	4.5	22.5	-.522	.602
		Eşit	6				

α hata düzeyleri; "*" için 0.05, "**" için 0.01, "***" için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre müdahale grubuna ait katılımcıların GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'nden aldığı müdahale öncesi ve müdahale sonrası puanları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir (z = -.522, p > .05). Bu bağlamda üçüncü hipotezin olumlu davranışlarla ilgili kısmının doğrulanmadığı sonucu çıkarılabilir.

Araştırmanın dördüncü hipotezi, "Kontrol grubundaki katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği'nden aldığı son-test puanları ile ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur." şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 3.14'te sunulmuştur.

Tablo 3.14. Kontrol Grubunun PSTBÖ'den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	8	7.6	60.5		
Sontest	4	Pozitif Sıralar	4	4.4	17.5	-1.707	.088
		Eşit	4				

α hata düzeyleri; "*" için 0.05, "**" için 0.01, "***" için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre kontrol grubuna ait katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği'nden (PSTBÖ) aldığı öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -1.707, p > .05). Bu bağlamda, araştırmanın dördüncü hipotezinin doğrulandığı sonucu çıkarılabilir.

Araştırmanın beşinci hipotezi, "Kontrol grubundaki katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği'nden aldığı son-test puanları ile ön-test puanları arasında anlamlı bir farklılık

yoktur.”şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 3.15’te sunulmuştur.

Tablo 3.15. Kontrol Grubunun ÇUÖ’den Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*p*
Öntest		Negatif Sıralar	7	6.6	46.0		
Sontest	5	Pozitif Sıralar	5	6.4	32.0	-.566	.571
		Eşit	4				

α hata düzeyleri; “*” için 0.05, “**” için 0.01, “***” için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre kontrol grubuna ait katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği’nden (ÇUÖ) aldığı öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -.566, p > .05). Bu bağlamda, beşinci hipotezin doğrulandığı sonucu çıkarılabilir.

Araştırmanın altıncı hipotezi, “Kontrol grubundaki katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi’nin olumlu ve olumsuz davranışları ölçen alt ölçeklerinden elde edilen ön test puanları ile son test puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.” şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçları Tablo 3.16 ve Tablo 3.17’de sunulmuştur.

Tablo 3.16. Kontrol Grubunun GGA’nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği’nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	4	4.0	16.0		
Sontest	6	Pozitif Sıralar	8	7.8	62.0	-1.866	.062
		Eşit	4				

α hata düzeyleri; “*” için 0.05, “**” için 0.01, “***” için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre kontrol grubuna ait katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi’nin (GGA) Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği’’nden aldığı öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -1.866, p > .05). Bu durumda altıncı hipotezinin olumsuz davranışlarla ilgili olan kısmı doğrulanmıştır.

Tablo 3.17. Kontrol Grubunun GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği'nden Elde Edilen Öntest ve Sontest Verilerinin Wilcoxon İşaretlenmiş Sıralar Testi ile İncelenmesi

Test	Hipotez No	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	*P*
Öntest		Negatif Sıralar	8	5.7	45.5		
Sontest	6	Pozitif Sıralar	2	4.8	9.5	-1.862	.063
		Eşit	6				

α hata düzeyleri; "*" için 0.05, "**" için 0.01, "***" için 0.001 temsil etmektedir.

Analiz sonuçlarına göre kontrol grubuna ait katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği''nden aldığı öntest ve sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -1.862, p > .05). Bu bağlamda, araştırmanın altıncı hipotezinin olumlu davranışlarla ilgili olan kısmı da doğrulanmıştır.

Araştırmanın yedinci hipotezi, "Müdahale ve kontrol gruplarının Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği öntest puanları arasında anlamlı bir fark yoktur." şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları Tablo 3.18'de sunulmuştur.

Tablo 3.18. Müdahale ve Kontrol Gruplarının PSTBÖ Öntestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	17.6	281.5	110.5	-.660	.509
Kontrol	16	15.4	246.5			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği (PSTBÖ) öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -.660, p > .05). Bu sonuçlara göre PSTBÖ öntest puanları açısından müdahale ve kontrol gruplarının istatiksel olarak denk gruplar oldukları belirtilebilir. Bu bağlamda araştırmanın yedinci hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Araştırmanın sekizinci hipotezi, "Müdahale ve kontrol gruplarının Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) öntest puanları arasında anlamlı bir fark yoktur." şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları Tablo 3.19'da sunulmuştur.

Tablo 3.19. Müdahale ve Kontrol Gruplarının ÇUÖ Öntestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	19.1	305.5	86.5	-1.574	.115
Kontrol	16	13.9	222.5			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği (PSTBÖ) öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -1.574, p > .05). Bu sonuçlara göre ÇUÖ öntest puanları açısından müdahale ve kontrol gruplarının istatiksel olarak denk gruplar oldukları belirtilebilir. Bu bağlamda araştırmanın sekizinci hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Araştırmanın dokuzuncu hipotezi, "Müdahale ve kontrol gruplarının Güçler ve Güçlükler Anketi'nin olumlu ve olumsuz davranışları ölçen öntest puanları arasında anlamlı bir fark yoktur." şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları sırasıyla Tablo 3.20 ve Tablo 3.21'de sunulmuştur.

Tablo 3.20. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği Öntestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	14.5	232.0	96.5	-1.211	.226
Kontrol	16	18.5	296.0			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -1.211, p > .05). Bu sonuçlara göre GGA'nın Toplam Güçlük Puanı Alt Ölçeği öntest puanları açısından müdahale ve

kotrol gruplarının istatiksel olarak denk gruplar oldukları belirtilebilir. Bu bağlamda araştırmanın dokuzuncu hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Tablo 3.21. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği Öntestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	17.4	278.0	114.0	-.541	.588
Kontrol	16	15.6	250.0			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği öntest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -.541, p > .05). Bu sonuçlara göre GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği öntest puanları açısından müdahale ve kontrol gruplarının istatiksel olarak denk gruplar oldukları belirtilebilir. Bu bağlamda araştırmanın dokuzuncu hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Araştırmanın onuncu hipotezi, "Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubunun Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği sontest puanı kontrol grubunun sontest puanından anlamlı bir şekilde yüksektir." şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları Tablo 3.22'te sunulmuştur.

Tablo 3.22. Müdahale ve Kontrol Gruplarının PSTBÖ Sontestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	19.5	312.0	80.0	-1.812	.070
Kontrol	16	13.5	216.0			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceriler Ölçeği (PSTBÖ) sontest puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (z = -1.812, p = .07). Bu sebeple araştırmanın onuncu hipotezinin doğrulanamamıştır.

Araştırmanın on birinci hipotezi, "Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubunun Çocuklarda Umut Ölçeği sontest puanı kontrol

grubunun sontest puanından anlamlı bir şekilde yüksektir.” şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları Tablo 3.23’te sunulmuştur.

Tablo 3.23. Müdahale ve Kontrol Gruplarının ÇUÖ Sontestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	20.2	323.5	68.5	-2.250	.024
Kontrol	16	12.8	204.5			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Çocuklarda Umut Ölçeği (PSTBÖ) sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($z = -2.250$, $p < .05$). Bu sonuçlara göre müdahale grubunun Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ) sontest puanlarının kontrol grubunun sontest puanlarından yüksek olduğu belirtilebilir. Bu bağlamda araştırmanın on birinci hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Araştırmanın on ikinci hipotezi, “Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubunun Güçler ve Güçlükler Anketi’nin olumlu davranışları ölçen sontest puanları kontrol grubunun olumlu davranışları ölçen sontest puanlarından anlamlı bir şekilde yüksekken, olumsuz davranışları ölçen sontest puanları kontrol grubunun olumsuz davranışlarını ölçen sontest puanlarından anlamlı bir şekilde düşüktür.” şeklinde belirtilmiştir. Bu hipotezin test edilmesi amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları sırasıyla Tablo 3.24 ve Tablo 3.25’te sunulmuştur.

Tablo 3.24. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA’nın Toplam Güçlük Puanı Alt Öçleği Sontestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	12.7	203.5	67.5	-2.287	.021
Kontrol	16	20.3	324.5			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi’nin Toplam Güçlük Puanı sontest puanları arasında anlamlı bir

farklılık olduğu görülmektedir (z = -2.287, p < .05). Bu sonuçlara göre müdahale grubunun Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Toplam Güçlük Puanı sontest puanlarının kontrol grubunun sontest puanlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın on ikinci hipotezinin olumsuz davranışlarla ilgili olan kısmının doğrulandığı söylenebilir.

Tablo 3.25. Müdahale ve Kontrol Gruplarının GGA'nın Sosyal Davranışlar Alt Öçleği Sontestinden Elde Edilen Verilerinin Mann-Whitney U Testi ile İncelenmesi

	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	U	z	*p*
Müdahale	16	18.4	294.0	98.0	-1.149	.251
Kontrol	16	14.6	234.0			

Analiz sonuçlarına göre müdahale ve kontrol grubuna ait katılımcıların Güçler ve Güçlükler Anketi'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği sontest puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (z = -1.149, p > .05). Bu sebeple araştırmanın on ikinci hipotezinin olumlu davranışlarla ilgili kısmı doğrulanamamıştır.

3.4. Annelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Bu kısımda müdahale grubundaki katılımcıların annelerinin sosyo-demografik verilerinin dağılımları Tablo 3.26, Tablo 3.27, Tablo 3.28, Tablo 3.29, Tablo 3.30, Tablo 3.31, Tablo 3.32, Tablo 3.33, Tablo 3.34'te gösterilecektir.

Tablo 3.26. Annelerin Doğum Tarihlerine İlişkin Dağılımlar

Doğum Tarihleri	Sıklık(f)	Yüzde(%)
1964-1975	7	53.9
1976-1985	6	46.1
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde annelerin yaş ortalamasının 44.8 olduğu görülmektedir (M = 44.8, SD = 5.6).

Tablo 3.27. Annelerin İş Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

İş Durumları	Sıklık(f)	Yüzde(%)
"Düzenli geliri olan bir işte çalışıyorum."	1	7.7
"Düzenli geliri olmayan bir işte çalışıyorum."	2	15.4
"Kendi işimde çalışıyorum."	0	0
"İşsizim / İş arıyorum."	0	0
"Gönüllü bir işte çalışıyorum."	0	0
"Öğrenciyim."	0	0
"Ev hanımıyım"	10	76.9
"Yaşlılık veya rahatsızlık sebebiyle emekliyim."	0	0
"Bilmiyorum."	0	0
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 76.9 oranı ile annelerin çoğunluklu olarak ev hanımı olduğu görülmektedir.

Tablo 3.28. Annelerin Eğitim Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eğitim Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hiç okula gitmemiş	5	38.5
İlkokul	7	53.8
Ortaokul	0	0
Lise	0	0
Üniversite	1	7.7
Diğer	0	0
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 53.8 oranı ile annelerin çoğunluklu olarak ilkokul düzeyinde eğitimi olduğu görülmektedir. "Ortaokul" ve "Lise" yanıtlarının ise hiç işaretlenmediği için dağılım tablosunda yer almadığı dikkat çekmektedir.

Tablo 3.29. Annelerin Eşlerini Kaç Yıl Önce Kaybettiği Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eşini Kaç yıl Önce Kaybettiği	Sıklık(f)	Yüzde(%)
1-5 yıl önce	8	61.5
6-10 yıl önce	4	30.8
11-15 yıl önce	1	7.7
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 61.5 oranı ile annelerin eşlerini çoğunluklu olarak yakın zamanda kaybettiği görülmektedir.

Tablo 3.30. Annelerin Eşlerinin İş Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eşinin İş Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
"Düzenli geliri olan bir işte çalışıyordu."	3	23.1
"Düzenli geliri olmayan bir işte çalışıyordu."	5	38.5
"Kendi işinde çalışıyordu."	1	7.7
"İşsizdi/İş arıyordu."	3	23.1
"Gönüllü bir işte çalışıyordu."	0	0
"Öğrenciydi."	0	0
"Yaşlılık veya rahatsızlık sebebiyle emekliydi."	1	7.7
"Bilmiyorum."	0	0
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 38.5 oranı ile annelerin eşlerinin çoğunluklu olarak düzenli geliri olmayan bir işte çalıştığı görülmektedir.

Tablo 3.31. Annelerin Eşlerinin Eğitim Durumu Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eşinin Eğitim Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hiç okula gitmemiş	1	7.7
İlkokul	9	69.2
Ortaokul	1	7.7
Lise	0	0
Üniversite	2	15.4
Diğer	0	0
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 69.2 oranı ile eşlerinin çoğunluklu olarak ilkokul düzeyinde eğitimi olduğu görülmektedir. "Lise" yanıtının ise hiç işaretlenmediği için dağılım tablosunda yer almadığı dikkat çekmektedir.

Tablo 3.32. Annelerin Eşle İlişki Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eşiyle İlişkisinin Yakınlığı	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hiç geçerli değil	1	7.7
Az derece geçerli	1	7.7
Biraz geçerli	2	15.4
Oldukça geçerli	5	38.5
Tamamen geçerli	4	30.8
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 38.5 oranı ile vefat eden eşle ilişkinin yakınlığına dair "Oldukça geçerli" yanıtının işaretlendiği görülmektedir. En az verilen yanıtların ise "Hiç geçerli değil" ve "Az derece geçerli" olduğu dikkat çekmektedir.

Özetle, annelerin çoğunluklu olarak eşiyle olan ilişkisini pozitif olarak tanımladığı söylenebilir.

Tablo 3.33. Annelerin Maddi Destek Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eşini Kaybettikten Sonra Kendi Ailesinden/Eşinin Ailesinden Maddi Destek Alma	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hiç geçerli değil	11	84.6
Az derece geçerli	1	7.7
Biraz geçerli	1	7.7
Oldukça geçerli	0	0
Tamamen geçerli	0	0
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 84.6 oranı ile vefatın ardından ailelerden maddi destek hiç alınmadığı en çok verilen yanıt olduğu görülmektedir. 7.7 oranı ile "Az derece geçerli" ve "Biraz geçerli" yanıtlarının işaretlendiği, "Oldukça geçerli" ve "Tamamen geçerli" yanıtlarının ise hiç işaretlenmediği için dağılım tablosunda yer almadığı dikkat çekmektedir. Bir başka deyişle bu tablo neredeyse her kadının kayıp sonrası ailesinden veya akrabalarından ihtiyaç duyduğu maddi desteği göremediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 3.34. Annelerin Manevi Destek Sorusuna Verdiği Yanıtlara İlişkin Dağılımlar

Eşini Kaybettikten Sonra Kendi Ailesinden/Eşinin Ailesinden Manevi Destek Alma	Sıklık(f)	Yüzde(%)
Hiç geçerli değil	12	92.3
Az derece geçerli	0	0
Biraz geçerli	0	0
Oldukça geçerli	1	7.7
Tamamen geçerli	0	0
Toplam	13	100

Katılımcıların verdiği yanıtlar incelendiğinde % 92.3 oranı ile vefatın ardından ailelerden manevi destek hiç alınmadığı en çok verilen yanıt olduğu görülmektedir. 7.7 oranı ile "Oldukça geçerli" yanıtının işaretlendiği, "Biraz geçerli" ve "Tamamen geçerli" yanıtlarının ise hiç işaretlenmediği için dağılım tablosunda yer almadığı dikkat çekmektedir. Özetle, bu tablo neredeyse her kadının kayıp sonrası ailesinden veya akrabalarından ihtiyaç duyduğu manevi desteği göremediğini ortaya koymaktadır.

3.5. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyine Dair Betimsel Test Sonuçları

Bu kısımda müdahale grubundaki katılımcıların annelerinin depresyon ve kaygı puanlarının ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerleri Tablo 3.35'de sunulacaktır.

Tablo 3.35. Annelerin Beck Depresyon ve Beck Kaygı Ölçeklerinden Elde Edilen Veri Değerlerinin İncelenmesi

	N	Ortalama	SS	En Düşük	En Yüksek
Annelerin Depresyon Düzeyi	13	19.4	9.1	10	40
Annelerin Kaygı Düzeyi	13	21.3	11.9	10	51

Analiz sonuçlarına göre annelerin depresyon düzeyi ortalamasının 19.4 (S = 9.1), kaygı düzeyi ortalamasının 21.3 (S = 11.9) olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki katılımcıların annelerinin depresyon ortalamalarına bakıldığında, çoğunluğun 17-29 puan aralığına karşılık gelen orta düzeyde depresif belirti gösterdiği sonucu çıkarılabilir. Kaygı ortalamalarına bakıldığında ise, çoğunluğun 16-25 puan aralığına karşılık gelen orta düzeyde kaygı belirtisi gösterdiği sonucu çıkarılabilir.

3.6. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile Sosyo-demografik Veriler Arasındaki İlişki

Bu kısımda müdahale grubundaki katılımcıların annelerinden elde edilen depresyon ve kaygı düzeyleri ile sosyo-demografik verileri arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak Tablo 3.36 ve Tablo 3.37'de sunulacaktır.

Tablo 3.36. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon Düzeyi ile Sosyo-demografik Verileri Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

Analiz sonuçlarına göre annelerin depresyon düzeyi ile annelerin yaşı arasında

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Anne Depresyon Düzeyi										
2	Annenin Yaşı	-.75*									
3	Anne EğitimDurumu	.58*	-.54								
4	Anne İş Durumu	-.34	.27	-.53							
5	Eşini Kaç Yıl Önce Kaybettiği	-.09	.10	-.16	-.30						
6	Eşin İş Durumu	-.27	.33	.09	.34	.11					
7	Eşin Eğitim Durumu	-.10	.24	.10	-.18	-.18	.38				
8	Eşle İlişki Durumu	.25	-.20	.31	.23	-.58*	.05	-.07			
9	Eş Kaybından Sonra Maddi Destek Durumu	.58*	-.35	.49	-.69*	.10	-.37	.28	-.07		
10	Eş Kaybından Sonra Manevi Destek Durumu	.46	-.31	.17	-.47	.31	-.40	-.09	-.40	.74*	

istatiksel olarak anlamlı negatif (r = -.75, p < .05), annelerin eğitim durumu arasında pozitif (r = .58, p < .05) ve annelerin eşinin vefatı ardından ailesinden veya eşinin ailesinden maddi destek alıp almama durumu arasında pozitif yönde (r =.58, p < .05) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 3.37. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Kaygı Düzeyi ile Sosyo-demografik Verileri Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Anne Kaygı Düzeyi										
2	Annenin Yaşı	-.28									
3	Anne Eğitim Durumu	.56*	-.54								
4	Anne İş Durumu	-.46	.27	-.53							
5	Eşini Kaç Yıl Önce Kaybettiği	.09	.10	-.16	-.30						
6	Eşin İş Durumu	-.13	.33	.09	.34	.11					
7	Eşin Eğitim Durumu	-.15	.24	.10	-.18	-.18	.38				
8	Eşle İlişki Durumu	-.21	-.20	.31	.23	-.58*	.05	-.07			
9	Eş Kaybından Sonra Maddi Destek Durumu	.53	-.35	.49	-.69*	.10	-.37	.28	-.07		
10	Eş Kaybından Sonra Manevi Destek Durumu	.46	-.31	.17	-.47	.31	-.40	-.09	-.40	.74*	

Analiz sonuçlarına göre annelerin kaygı düzeyi ile annelerin eğitim durumu arasında (r = .56, p < .05) istatiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur.

3.7. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyi ile Müdahale Grubundaki Katılımcıların PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA Puanları Arasındaki İlişki

Bu kısımda müdahale grubundaki katılımcıların annelerinden elde edilen depresyon ve kaygı düzeyleri ile çocuklarının psikolojik sağlamlık, güçler-güçükler ve umut düzeyi arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak Tablo 3.38 ve Tablo 3.39'da sunulacaktır.

Tablo 3.38. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Depresyon Düzeyi ile PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA Öntest, Sontest Puanlarına Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Anne Depresyon Düzeyi									
2	PSTBÖ Öntest	.37								
3	PSTBÖ Sontest	.35	.91*							
4	ÇUÖ Öntest	-.03	.61*	.51*						
5	ÇUO Sontest	-.07	.68*	.74*	.62*					
6	Toplam Güç. Öntest	.04	-.46	-.56*	.44	-.36				
7	Toplam Güç. Sontest	-.05	-.43	-.58*	-.44	-.38	.95*			
8	Sosyal Dav. Öntest	.20	.15	.16	-.16	.16	-.18	-.20		
9	Sosyal Dav. Sontest	.30	.77*	.67*	.30	.30	-.38	-.33	.40	

Analiz sonuçlarına göre annelerin depresyon düzeyi ile PSTBÖ öntest puanı arasında (r = .37, p > .05), PSTBÖ sontest puanı arasında (r =.35, p > .05), ÇUÖ öntest puanı arasında (r = .-03, p > .05), ÇUÖ sontest puanı arasında (r = .-07, p > .05), GGA'nin Toplam Güçlükler Alt Ölçeği öntest puanı arasında (r = .04, p > .05), GGA'nin Toplam Güçlükler Alt Ölçeği sontest puanı arasında (r = -.05, p > .05), GGA'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği öntest puanı arasında (r = .20, p > .05), GGA'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği sontest puanı arasında (r = .30, p > .05) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 3.39. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Annelerinin Kaygı Düzeyi ile PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA Öntest, Sontest Puanlarına Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Anne Kaygı Düzeyi									
2	PSTBÖ Öntest	.11								
3	PSTBÖ Sontest	-.03	.91*							
4	ÇUÖ Öntest	-.07	.61*	.51*						
5	ÇUO Sontest	-.55	.68*	.74*	.62*					
6	Toplam Güç. Öntest	.00	-.46	-.56*	.44	-.36				
7	Toplam Güç. Sontest	-.04	-.43	-.58	-.44	-.38	.95*			
8	Sosyal Dav. Öntest	.05	.15	.16	-.16	.16	-.18	-.20		
9	Sosyal Dav. Sontest	.32	.77*	.67*	.30	.30	-.38	-.33	.40	

Analiz sonuçlarına göre annelerin kaygı düzeyi ile ÇUÖ sontest puanı arasında (r = .-55, p < .05) istatiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Öte yandan, PSTBÖ öntest puanı arasında (r = .11, p > .05), PSTBÖ sontest puanı arasında (r = -.03, p > .05), ÇUÖ öntest puanı arasında (r = .-07, p > .05), GGA'nin Toplam Güçlükler Alt Ölçeği öntest puanı arasında (r = .00, p > .05), GGA'nin Toplam Güçlükler Alt Ölçeği sontest puanı arasında (r = -.04, p > .05), GGA'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği öntest puanı arasında (r = -.05, p > .05), GGA'nin Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği sontest puanı arasında (r = .32, p > .05) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tartışma ve Sonuç

Bu araştırmanın amacı Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı'nın baba kaybı yaşamış ergenlerin psikolojik sağlamlık, güçler-güçlükler ve umut düzeyine etkisini araştırmaktır. Bu bölümde araştırmanın amacı kapsamında elde edilen verilerin sonuçları tartışılacaktır.

İlk olarak, çocukların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8'de gösterilmiştir. Daha sonra, müdahale grubu ve kontrol grubundaki katılımcıların PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA öntest ve sontest puanlarının ortalamaları betimsel analizle incelenmiş ve Tablo 9, Tablo 10'da sunulmuştur. Ardından müdahale ve kontrol grubunun her bir ölçek için ön test ve son testten aldığı puanları karşılaştırmak amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubundaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Tablo 11). Bu alanda ilgili literatür incelendiğinde, psikolojik sağlamlık geliştirmeye yönelik birçok farklı program olduğu ve çıkan sonuçların mevcut çalışmanın sonuçlarıyla örtüştüğü görülmektedir. Bunlardan ilki, mevcut çalışmada kullanılan Psikolojik Sağlamlık Programı'nın geliştiricisi Akar'ın (2018) sosyoekonomik düzeyi düşük ergenler üzerinde yaptığı çalışmadır. 15-18 yaş aralığındaki 26 kişilik müdahale 26 kişilik kontrol grubu olmak üzere toplamda 52 katılımcıyla yürütülen bu çalışmada haftada iki oturum olmak üzere 5 hafta boyunca toplamda 10 oturum gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonuçları mevcut araştırma sonuçlarıyla paralel olarak Psikolojik Sağlamlık Programı'nın sosyoekonomik düzeyi düşük olan ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmada etkili olduğu ortaya konmuştur. Elde edilen bu sonuç, mevcut araştırmada kullanılan programın ergenler üzerindeki etkililiğine dair ortaya koyduğu sonuçla benzerlik göstermektedir. Mevcut araştırmadan farklı olarak Akar'ın (2018) çalışmasında örneklem grubu 15-18 yaş aralığındaki sosyoekonomik düzeyi düşük ergenler arasından seçilmiştir ve ön ve sontest ölçümlerine ek olarak araştırmadan 1 ay sonra gerçekleştirilen izleme testiyle çalışmadan elde edilen sonucun süreklilik taşıdığı kanıtlanmıştır. Buna ek olarak, mevcut araştırmada Akar'ın (2018) çalışmasından farklı olarak müdahale programına umut faktörü dahil edilmiştir. Çocuklarda psikolojik sağlamlık konusunda gerçekleştirilen bir başka program ise Coholic'in

(2011) çocuk koruma merkezi ve çocuk ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla ulaşılan 8-14 yaş aralığındaki çocuklarla 12 hafta boyunca haftada iki saat olarak yürüttüğü programdır. 31 çocukla başlanılan programı 15 çocuk tamamlamıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi'den yararlanılan ve bilişsel farkındalık tekniklerinin kullanıldığı bu programda çocukların psikolojik sağlamlık ve öz farkındalıklarını geliştirmek hedeflenmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcılaın psikolojik sağlamlık, öz düzenleme ve olumlu başa çıkma becerilerinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Bu sonuç mevcut çalışmada kullanılan öz düzenleme tekniklerinin yer aldığı ve Bilişsel Davranışçı Terapi tekniklerinden faydalanan Psikolojik Sağlamlık Programı'nın, katılımcıların psikoloik sağlamlık düzeyini arttırmada etkili olduğu sonucuyla paralellik göstermektedir. Benzer şekilde, Firth, Frydenberg, Steeg ve Bond (2013) tarafından geliştirilen "Okul Temelli Psikolojik Sağlamlık Programı" isimli müdahale programıyla Disleksi rahatsızlığı olan çocuklarla çalışılmıştır. Olumlu baş etme ve problem çözme becerisi geliştirme ve özgüveni arttırmayı hedefleyen bu çalışmanın sonunda çocukların olumsuz başa çıkma biçiminde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş, iç kontrol odağında ise anlamlı bir artış tespit edilmiştir. Bu sonuç, problem çözme ve olumsuz düşüncelerle baş etme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen mevcut müdahale programından elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Son olarak, Froh ve arkadaşlarının (2008) şükran ve pozitif psikoloji arasındaki ilişkiyi temel alan müdahale programı göze çarpmaktadır. 11- 14 yaş aralığındaki 221 ergenle yürütülen bu çalışmada üç ayrı grup bulunmaktadır. Bir gruptan 2 hafta boyunca her gün şükran duydukları 5 şeyi not etmeleri, diğer gruptan her gün rahatsız oldukları 5 şeyi yazmaları istenmiştir. Son grup olan kontrol grubundan ise her gün gündelik şeyleri not etmeleri beklenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre şükran müdahalesinin artan iyimserlik, yaşam doyumu ve azalan negatif duygulanımla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada da şükran defteri tutma etkinliğinin uygulanması ile psikolojik sağlamlığın yordayıcılarından biri olan iyimser bakış açısının desteklendiği düşünülmektedir.

Bunlara ek olarak, Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programı sonrasında müdahale grubundaki katılımcıların toplam güçlük düzeyinde de anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (Tablo 13). Arslan'ın (2016) duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde sağlamlığın ve özsaygının aracı rolü üzerine yaptığı araştırmaya 14-19 yaş aralığındaki 937 ergen dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sağlamlık ve özsaygının

duygusal ve davranışsal problemler üzerinde koruyucu faktör olarak rol oynadığı ortaya konmuştur. Bu bağlamda, Psikolojik Sağlamlık Programı'nın Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dikkat Eksikliği-Aşırı Hareketlilik ve Akran Sorunları alt ölçeklerinin toplamından elde edilien Toplam Güçlük Puanı üzerinde etkili olması, psikolojik sağlamlığın duygusal ve davranışsal problemler üzerinde koruyucu faktör rolünde olması ile açıklanabilir.

Öte yandan, müdahale grubundaki katılımcıların program sonrasında umut (Tablo 12) ve sosyal davranışlar (Tablo 14) düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Umut faktörü ile ilgili çıkan bu sonuç, mevcut çalışmada kullanılan Psikolojik Sağlamlık Programı'na sonradan eklenen umut faktörü üzerinde fark oluşturacak derecede çalışma yapmak için yeterli zamanın olmamasına bağlanabilir. Mevcut çalışmada King (2001) tarafından ortaya konan "Gelecekte Olası En İyi Ben" (Best Possible Future Self) ve Snyder'in (2000) Umut Teorisi'nin temel alındığı "Amaç Haritası" etkinliklerine çalışmanın diğer oturumlarının yanında ek aktivite olarak yer verilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde doğrudan umut düzeyini arttırmaya yönelik müdahale programlarının kullanıldığı çalışmaların daha kapsamlı bir içeriğe sahip olduğu görülmüştür. Duggleby ve arkadaşları (2007) tarafından yürütülen çalışmada kullanılan Umutla Yaşama Programı "Living with Hope Program" ve Gelecek için Umut İnşa Etme "Building hope for the future" programı (Marques, Lopez ve Pais-Ribeiro, 2011) bunlardan bazılarıdır. Öte yandan umut düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık yakalanamamış olsa da umut ve psikolojik sağlamlık arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda hem öntestte (r = .61, p < .05) hem de sontestte (r = .74, p < .05) sağlamlık ve umut arasında yüksek pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Sonuç olarak umudun psikolojik sağlamlık ile yakından ilişkili olduğu ve müdahale programınının da umutla ilişkili olarak sağlamlığı olumlu etkilediği düşünülmektedir. Sosyal davranışlar puanı ile ilgili anlamlı bir sonuç elde edilememesi ise bu çalışmada kullanılan müdahale programının hedef çıktıları arasında sosyal davranışların doğrudan yer almaması ile ilişkilendirilebilir. Kontrol grubundakilere ait sonuçlara bakıldığında katılımcıların psikolojik sağlamlık, güçler-güçlükler ve umut düzeyinde öntest ve sontest arasında anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmıştır (Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18). Daha sonra müdahale ve kontrol grubunun PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA ön test ve son testten aldığı puanlar Mann Whitney U Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Müdahale ve

kontrol grubunun öntest puanlarının analiz sonuçlarına göre iki grup arasında psikolojik sağlamlık, güçler-güçlükler ve umut düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur (Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21 ve Tablo 22). Müdahale ve kontrol grubunun sontest puanlarının analiz sonuçlarına bakıldığında ise müdahale grubu ve kontrol grubu arasında psikolojik sağlamlık düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 23). Ancak müdahale ve kontrol grubunun ortalamaları detaylı incelendiğinde aralarında istatiksel olarak anlamlılık eğiliminde bir fark olduğu dikkat çekmektedir (p = .07). Bu açıdan bakıldığında müdahale programının müdahale grubunun sağlamlık düzeyi üzerinde kontrol grubuna göre anlamlılık eğiliminde bir fark oluşturduğu söylenebilir. Bu sonuç, program süresinin sınırlı olması ile ilişkilendirilebilir. Daha uzun soluklu bir program uygulamasında bu farkın anlamlı bir şekilde artabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, müdahale grubunun sontestten elde edinilen umut düzeyinin kontrol grubunun sontestten elde edinilen umut düzeyinden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu (Tablo 24) görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda müdahale grubunun umut düzeyinin ön test ve son test ölçümlerinde anlamlı bir fark ortaya konmasa da korelasyonel analizde umut ve sağlamlığın yakından ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu bağlamda, psikolojik sağlamlık odaklı müdahale programının ardından müdahale grubunun son test ölçümlerindeki umut düzeyinin kontrol grubunun son test ölçümlerindeki umut düzeyinden anlamlı bir biçimde yüksek olması da bu sonucu destekler niteliktedir. Buna ek olarak, müdahale grubunun toplam güçlük düzeyinin de sontestte kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 25). Öte yandan müdahale ve kontrol grubu arasında sosyal davranışlar (Tablo 26) sontest puanları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde müdahale grubunun ön test ve son test ölçümleri arasında toplam güçlük düzeyinde anlamlı bir düşüş varken sosyal davranış seviyesinde anlamlı bir fark gözlemlenememiştir. Sonuç olarak, çalışmada kullanılan programın hem müdahale grubunun toplam güçlük düzeyinde fark oluşturması hem de bu düzeyin kontrol grubuna göre de anlamlı bir şekilde farklılaşması müdahale programının toplam güçlük düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Ancak bununla birlikte, programın hem müdahale grubunun sosyal davranış düzeyinde fark oluşturmaması hem de bu düzeyin kontrol grubuna göre de anlamlı bir şekilde farklılaşmaması müdahale programının sosyal davranış düzeyi üzerinde etkili olmadığı sonucunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç sosyal davranış düzeyini oratya koyan maddelerin beş

madde ile sınırlı olması ve çocukların bu maddeleri doldururken iyi katılımcı yanlılığı göstermiş olma olasılığı ile ilişkilendirilebilir.

Ayrıca, müdahale grubundaki katılımcıların annelerinin depresyon ve kaygı düzeyi puanlarının ortalamaları betimsel analizle incelenmiş ve Tablo 36'da sunulmuştur. Ortalamalara bakıldığında annelerin çoğunluklu olarak orta düzeyde depresyon ve kaygı belirtisi gösterdiği tespit edilmiştir. Annelerden elde edinilen bilgilere göre kayıp sonrası neredeyse hiç bir kadın ailesinden veya akrabalarından ihtiyaç duyduğu desteği görememiştir. Annelerin depresyon düzeyi ile sosyo-demografik verileri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre annelerin depresyon düzeyi ile kendi ailesinden veya eşinin ailesinden maddi destek alıp almama durumu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 37). Buna göre araştırmaya katılan müdahale grubundaki annelerden depresyon düzeyi daha yüksek olan annelerin daha çok maddi destek gördüğü sonucu çıkarılabilir. Buna ek olarak analiz sonuçlarına göre annelerin depresyon düzeyi ile yaşı arasında da negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 37). Bu sonuca göre annelerin yaşları arttıkça depresyon düzeyi düşmektedir ve kadınlarda depresyon ve yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalarla parallelik göstermektedir (Kasen, Cohen, Chen ve Castille, 2003). Son olarak annelerin depresyon düzeyi ile eğitim seviyeleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 37). Bu sonuç kadınlarda eğitim düzeyi ile depresyon düzeyi arasında negatif yönde ilişki olduğu ortaya koyan pek çok çalışmayla ters düşmektedir (Husain, Gater, Tomenson ve Creed, 2004). Çıkan bu sonucun mevcut çalışmada yer alan kadınlarda eğitim düzeyi düştükçe ölçeklerde yer alan soruları doğru şekilde anlama ve yansız bir şekilde yanıtlama konusunda zorluk yaşama olasılığı ile ilişkilendirilebilir. Buna ek olarak, Tablo 29'da gösterildiği üzere araştırmanın örneklemindeki annelerin eğitim düzeyi genel olarak düşüktür. Örneklemin sınırlı sayıda olması nedeniyle de tüm eğitim düzeylerini temsil edecek yeterli sayıda anneye erişilememiştir. Annelerin kaygı düzeyi ile sosyo-demografik verileri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz sonuçlarına göre ise annelerin kaygı düzeyi ile yaşı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 38). Annelerin yaşları arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Bu sonuç yaş artıkça kaygı düzeyinin azaldığını ortaya koyan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Krasucki, Howard ve Mann, 1998).

Son olarak, annelerinin depresyon ve kaygı düzeyi ile çocukların PSTBÖ, ÇUÖ ve GGA puanları arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak için Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre umut sontest puanıyla annelerin kaygı düzeyi arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 40). Buradan annelerin kaygı düzeylerinin çocukların umut düzeyini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılabilir. Konuyla alakalı ilgili literatür incelendiğinde ailenin çocuklardaki umut düzeyi üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Özellikle annenin yaşam olaylarına bakış açısının, kendi aktif baş etme mekanizmalarının çocuğun umut düzeyini pozitif yönde etkilediği ortaya konmuştur (Kliewer ve Lewis, 1995). Kaygı düzeyinin de olumlu baş etme mekanizmasını olumsuz yönde etkilediği göz önünde bulundurulduğunda (Wang, Lambert ve Lambert, 2007) mevcut çalışmada annelerin kaygı düzeyi ile çocukların umut düzeyinin negatif yönde ilişkili olması beklenir bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, annelerin kaygı ve depresyon düzeyleri psikolojik sağlamlık ve güçler ve güçlükler puanlarıyla ilişkili çıkmamıştır. Bu konudaki ilgili literatür incelendiğinde benzer sonuçların bulunduğu çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışmalardan biri Tiet, Bird, Hoven, Wu, Moore ve Davies'in (2001) anne psikopatolojisi ve kötü yaşam olaylarına maruz kalmış çocuklarda psikolojik sağlamlık konulu araştırmasıdır. Çalışma ebeveyn psikopatolojisinin çocuklarda sağlamlık üzerinde önemli bir risk faktörü olduğu belirtmekle birlikte, maruz kaldığı duruma rağmen psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek çocuklar olabiliceğini ifade etmektedir ve bu ifadesini 9-17 yaş aralığındaki 1285 gençle yaptığı çalışma ile desteklemektedir. Çalışmada yer alan annelerin psikopatolojisi incelendiğinde çoğunluğunun depresif belirtiler taşıdığı tespit edilmiştir. Annelerin kaygı ve depresyon düzeyleri ile çocuklardaki psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin bu çalışmada anlamlı çıkmaması, pek çok farklı değişkenin bu ilişkide rol oynamasıyla ilişkilendirilebilir. Bu bağlamda ilerleyen çalışmalarda annelerin depresyon ve kaygı düzeyi ile çocukların sağlamlık düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak için pek çok farklı değişkenin göz önünde bulundurulduğu kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Bunlara ek olarak, mevcut araştırmadaki örneklemin küçük olması bazı beklenen ilişkilerin anlamlı çıkmaması ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, bu konu üzerinde ileride yürütülecek çalışmalarda örneklem sayısının arttırılması halinde daha zengin sonuçlar elde edilmesi muhtemeldir. Son olarak, bu çalışmada annelerin ihtiyacı göz önünde bulundurularak annelerden gelen program talebi etik ilkeler çerçevesinde dikkate alınmıştır. Ancak zamanın ve imkanların sınırlı olması nedeniyle anneler ve çocuklar

için hazırlanan programlar eş zamanlı olarak uygulanmıştır. Bu durumun çocukların psikolojik sağlamlık düzeyinin son test ölçümlerinde artması üzerinde dolaylı da olsa bir etkisinin olabileceği ihtimali çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Bu bağlamda, ileride yapılacak uygulamalarda bu sınırlılığın dikkate alınması önerilmektedir.

Araştırmanın genel sonucuna bakılacak olursa Psikolojik Sağlamlık Programı'nın ebeveyn kaybı yaşamış ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmada etkili bir müdahale yöntemi olduğu ifade edilebilir. Programın içeriğinde psikodrama aktiviteleri, ev ödevleri, bilişsel davranışçı terapi teknikleri, gevşeme ve öz düzenleme egzersizleri gibi birden fazla tekniğin yer alması programın çocuklar üzerinde etkili olmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Psikolojik sağlamlık, güçler-güçlükler ve umut düzeyinin yanı sıra programın sonlandırma oturumunda çocuklardan programın kendilerine kattığı değerlerle ilgili yapılan görüşmede çocukların çoğunluğun programa gelmeden önce öfkesini kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını ancak programdan sonra öfkelerinin azalıp daha kontrollü olduklarını belirtmesi çalışmaya dair dikkat çeken geribildirimlerden biridir. Programın içeriğinde öfke kontrolüne dair doğrudan bir çalışma bulunmamasına rağmen çocuklardan böyle bir değerlendirme gelmesi ilerleyen çalışmalarda ebeveyn kaybı, psikolojik sağlamlık ve öfke değişkenleri ile ilgili farklı çalışmalar yapılabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu aşamada ebeveyn kaybı yaşamış çocuklara erişmenin ve onlarla bu tür çalışmalar yapıyor olmanın araştırmacılar için çok kolay olmadığını belirtmek gerekir. Ebevyn kaybı yaşamış olmanın bir çocuk için pek çok açıdan ne kadar önemli bir risk faktörü olduğu pek çok araştırma tarafından ortaya konmuştur (Dowdney, 2000; Lin, Sandler, Ayers, Wolchik ve Luecken, 2004; Lutzke, Ayers, Sandler ve Barr, 1997; Thompson, Kaslow, Price, Williams ve Kingree, 1998; Worden ve Silverman, 1996). Ancak durumlarının hassasiyeti nedeniyle onlara ulaşmak oldukça güçtür. Bu nedenle araştırmacıların çocukların destek ihtiyacının yoğunluğuna rağmen, örneklem seçerken kaçındığı bir grup olarak nitelendirilebilir. Bu bağlamda, ebeveyn kaybı yaşamış çocuklara yönelik çalışmaların ve programların zenginleşebilmesi için araştırmacıların desteğe ve hatta teşviğe ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

REFERANSLAR

Akar, A. (2018). Psikolojik Sağlamlık Programının Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akça, Z. K. (2012). *Genç yetişkinlikte algılanan anne-baba tutumlarının, kendini toparlama gücü ve benlik saygısı arasındaki ilişki* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Akduman, G., Karahan, G., & Solmaz, M. S. (2018). İletişim becerileri üstünde empati ve psikolojik sağlamlığın etkisi. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (FESA), 3*(4), 765-775.

Alıcı, E. (2010). *Dışavurumcu etkinliklere dayalı grupla psikolojik danışma programının ebeveyn kaybı yaşayan 9-11 yaş çocuklarının travma sonrası stres düzeyine etkisi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Alvord, M. K., Zucker, B., & Grados, J. J. (2011). *Resilience Builder Program for children and adolescents: Enhancing social competence and self-regulation—A cognitive-behavioral group approach*. Research Press.

Arslan, G. (2015). Ergenlerde psikolojik sağlamlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *5*(44), 73-82.

Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, *52*, 200-209.

Arslan, G., & Balkıs, M. (2016). Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*, *6*(1), 8-22.

Attepe, A. G. S. (2010). Anne baba kaybının çocuklar üzerindeki etkileri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *23*(23), 23-28.

Atik, G., & Kemer, G. (2009). Çocuklarda Umut Ölçeği'nin psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İlköğretim Online*, *8*(2), 379-390.

Atwine, B., Cantor-Graae, E., & Bajunirwe, F. (2005). Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. *Social science & medicine*, *61*(3), 555-564.

Babadağ, K. (2001). *Meslekleşme ve kadın. I.Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, 29 Ekim-2 Kasım, Kongre Kitabı, 35-39.

Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, *5*, 1-43.

Batson, C. D., & Powell, A. A. (2003). Altruism and prosocial behavior. *Handbook of psychology*, 463-484.

Beck, J. S. (2001). Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve ötesi. *Çev. Hisli Şahin, N. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara*.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, *4*(6), 561-571.

Benard, B. (1991). Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.

Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, *52*(4), 223-229.

Bowden, E. M., Jung-Beeman, M., Fleck, J., & Kounios, J. (2005). New approaches to demystifying insight. *Trends in cognitive sciences*, *9*(7), 322-328.

Bradshaw, J. M., Feltovich, P. J., Jung, H., Kulkarni, S., Taysom, W., & Uszok, A. (2003, July). Dimensions of adjustable autonomy and mixed-initiative interaction. In *International Workshop on Computational Autonomy* (pp. 17-39). Springer, Berlin, Heidelberg.

Cartıllı, K. (2016). *Öfke ile başa çıkma eğitiminin tek ebeveynli öğrencilerin öfke ve olumlu duygularına etkisi* (Master's thesis, Mevlana Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Cerniglia, L., Cimino, S., Ballarotto, G., & Monniello, G. (2014). Parental loss during childhood and outcomes on adolescents' psychological profiles: a longitudinal study. *Current Psychology*, *33*(4), 545-556.

Coholic, D. A. (2011, August). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 40, No. 4, pp. 303-317). Springer US.

Collins, A. B. (2009). *Life experiences and resilience in college students: A relationship influenced by hope and mindfulness*. Texas A&M University.

Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child development*, *73*(4), 1220-1237.

Çelikkaleli, Ö., & Kaya, S. (2016). University students' interpersonal cognitive distortions, psychological resilience, and emotional self-efficacy according to sex and gender roles. *Pegem Egitim ve Ogretim Dergisi= Pegem Journal of Education and Instruction*, *6*(2), 187.

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.

Dalahmetoğlu, B. (2018). *Ebeveyn kaybı yaşamış ergenlerin yaşamamış ergenlere göre öz saygı ve ruh sağlığı değişkenlerinin incelenmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian psychology/Psychologie canadienne*, *49*(1), 14.

Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood bereavement following parental death. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(7), 819-830.

Dökmen, Ü. (1995). Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati, 2. baskı. *İstanbul: Sistem Yayıncılık.*

Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., & Holtslander, L. (2007). Living with hope: initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *33*(3), 247-257.

Durlak, J. A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American journal of orthopsychiatry*, *68*(4), 512-520.

Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of child sexual abuse*, *15*(1), 1-28.

Ersoy, E., & Köşger, F. (2016). Empati: Tanimi ve Önemi/empathy: Definition and its importance. *Osmangazi tıp dergisi*, *38*(2), 9-17.

Firth, N., Frydenberg, E., Steeg, C., & Bond, L. (2013). Coping successfully with dyslexia: An initial study of an inclusive school-based resilience programme. *Dyslexia*, *19*(2), 113-130.

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*, *18*(1), 12.

Fox, S. (2001). *Investing in Our Future: Psychosocial Support for Children Affected by HIV/AIDS: A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania*. UNAIDS Office.

Fraser, M. W., Galinsky, M. J., & Richman, J. M. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social work research*, *23*(3), 131-143.

Freudenberger, H. J., & Gallagher, K. M. (1995). Emotional consequences of loss for our adolescents. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, *32*(1), 150.

Froh, J. J., Sefick, W. J., & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of school psychology*, *46*(2), 213-233.

Garmezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American journal of Orthopsychiatry*, *57*(2), 159-174.

Gillham, J. E., Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & Silver, T. (1990). The Penn Resiliency Program: Unpublished Manual. *Philadelphia, PA: University of Pennsylvania*.

Gizir, C. A. (2004). Academic resilience: An investigation of protective factors contributing to the academic achievement of eight grade students in poverty. *Unpublished doctoral dissertation. Middle East Technical University, Ankara*.

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.

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. J Child Psychol Psychiatry 38:581-586.

Greeff, A. P., & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *The American Journal of Family Therapy, 32*(1), 27-42.

Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21*(1), 101.

Güloğlu, B., & Karaırmak, Ö. (2017). Erken çocuklukta baba kaybında bağlanma biçimleri ve yakın ilişkilerdeki psikolojik eğilimler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 7*(47).

Gürgan, U. (2006). Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi. *Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara*.

Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasinin psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 15*, 65-74.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji dergisi, 7*(23), 3-13.

Horton, T. V., & Wallander, J. L. (2001). Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology, 46*(4), 382.

Hurtes, K. P. (1999). The development of a measure of resiliency in youth for recreation and other social services.

Hurtes, K. P., & Allen, L. R. (2001). Measuring resiliency in youth: The resiliency attitudes and skills profile. *Therapeutic recreation journal*, *35*(4), 333-347.

Husain, N., Gater, R., Tomenson, B., & Creed, F. (2004). Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *39*(8), 618-624.

Işık, Ş. (2016). Türkiye'de kendini toparlama gücü konusunda yapılmış araştırmaların incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *6*(45), 65-76.

Kagan, J. (1984). *The nature of the child*. New York: Basic Books.

Kaner, S., Bayraklı, H., & Güzeller, C. O. (2011). Anne-babaların yılmazlık algılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, *12*(02), 64.

Kanlıkılıçer, P. (2005). *Okul öncesi davranış sorunları tarama ölçeği: geçerlilik/güvenilirlik çalışması.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Karaırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *3*(26), 129-142.

Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... & De Girolamo, G. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and anxiety*, *31*(2), 130-142.

Karatas, Z., & Cakar, F. S. (2011). Self-Esteem and Hopelessness, and Resiliency: An Exploratory Study of Adolescents in Turkey. *International Education Studies*, *4*(4), 84-91.

Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., & Castille, D. (2003). Depression in adult women: age changes and cohort effects. *American Journal of Public Health*, *93*(12), 2061-2066.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, *30*(7), 865-878.

Kılıçoğlu, N. A. (2016). *Tek ebeveynli ergenlerin sosyal-duygusal öğrenme becerilerini geliştirmeye yönelik dışavurumcu temelli grup çalışmasının etkililiğinin*

sınanması. (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(7), 798-807.

Kliewer, W., & Lewis, H. (1995). Family influences on coping processes in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, *20*(4), 511-525.

Koç, M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *1*(17), 231-238.

Krasucki, C., Howard, R., & Mann, A. (1998). The relationship between anxiety disorders and age. *International journal of geriatric psychiatry*, *13*(2), 79-99.

Kumakech, E., Cantor-Graae, E., Maling, S., & Bajunirwe, F. (2009). Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: Cluster randomized trial. *Social Science & Medicine*, *68*(6), 1038-1043.

Kumpfer, K. L. (2002). Factors and processes contributing to resilience. In *Resilience and development* (pp. 179-224). Springer, Boston, MA.

Li, X., Chi, P., Sherr, L., Cluver, L., & Stanton, B. (2015). Psychological resilience among children affected by parental HIV/AIDS: a conceptual framework. *Health psychology and behavioral medicine*, *3*(1), 217-235.

Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., & Luecken, L. J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(4), 673-683.

Lothe, E. A., & Heggen, K. (2003). A study of resilience in young Ethiopian famine survivors. *Journal of Transcultural Nursing*, *14*(4), 313-320.

Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, *12*(4), 857-885.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71*(3), 543-562.

Lutzke, J. R., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Barr, A. (1997). Risks and interventions for the parentally bereaved child. In *Handbook of children's coping* (pp. 215-243). Springer, Boston, MA.

Mackey, W. C. (2001). Support for the existence of an independent man-to-child affiliative bond: Fatherhood as a biocultural invention. *Psychology of Men & Masculinity*, *2*(1), 51.

Maholmes, V., & King, R. B. (Eds.). (2012). *The Oxford handbook of poverty and child development*. OUP USA.

Mandleco, B. L. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *13*(3), 99-112.

Marques, S. C., Lopez, S. J., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). "Building hope for the future": A program to foster strengths in middle-school students. *Journal of Happiness Studies*, *12*(1), 139-152.

Martin, R. A., & Ford, T. (2018). *The psychology of humor: An integrative approach*. Academic press.

Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. In *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Lawrence Erlbaum.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, *2*(4), 425-444.

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, *53*(2), 205.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, *56*(3), 227.

Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. Cell division. *Encyclopedia of early childhood* içinde. Erişim adresi Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. *Handbook of positive psychology*, *74*, 88.

Minde, K. (1991). The effect of disordered parenting on the development of children. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*, 394-407.

Murphy, L. B. (1987). Further reflections on resilience. *The invulnerable child*, 101.

Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience: A framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and special education*, *24*(1), 16-26.

Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Focus on women: Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, *49*(5), 635-642.

Oktan, V. (2012). Hope as a moderator in the development of psychological resilience. *Journal of Human Sciences*, *9*(2), 1691-1701.

Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of adolescence*, *26*(1), 1-11.

Öğülmüş, S. (2001). Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık. I. *Ulusal Çocuk ve Suç Sempozyumu: Nedenler ve Önleme Çalışmaları, Ankara (29-30 Mart)*.

Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *5*(2), 111-119.

Öner, Ö., & AS, A. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *İçinde: Aysev AS, Taner YI (Editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, *1*, 397-421.

Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive–behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, *19*(4), 283-290.

Parsons, S., Kruijt, A. W., & Fox, E. (2016). A cognitive model of psychological resilience. *Journal of Experimental Psychopathology*, *7*(3), 296-310.

Pienaar, A. (2007). *Exploring psychological resilience among pre-adolescents orphaned by AIDS: a case study* (Doctoral dissertation, University of the Free State).

Pourafzal, F., Seyedfatemi, N., Inanloo, M., & Haghani, H. (2013). Relationship between Perceived Stress with Resilience among Undergraduate Nursing Students. *Hayat*, *19*(1).

Pölkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2005). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social work in health care*, *39*(1-2), 151-163.

Polkki, P. (2004). Coping and Resilience of Children of a Mentally 111 Parent. *Social Work Visions from Around the Globe: Citizens, Methods, and Approaches*, 151-163.

Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*, *5*(4), 581-592.

Ramirez ER. Resilience: a concept analysis. Nursing Forum 2007; 42: 73-82.

Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*(2), 165-180.

Reed, E. E. (2008). Counseling Adolescents for the Death of a Parent: A Literature Review. *Journal of School Counseling*, *6*(18), n18.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, *58*(3), 307-321.

Rohner, R. P., & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of general Psychology*, *5*(4), 382-405.

Saldinger, A., Porterfield, K., & Cain, A. C. (2004). Meeting the needs of parentally bereaved children: a framework for child–centered parenting. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *67*(4), 331-352.

Sandler, I. N., West, S. G., Baca, L., Pillow, D. R., Gersten, J. C., Rogosch, F., ... & Tein, J. Y. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The Family Bereavement Program. *American journal of community psychology*, *20*(4), 491-521.

Sankaranarayanan, A., & Cycil, C. (2014). Resiliency training in Indian children: a pilot investigation of the Penn Resiliency Program. *International journal of environmental research and public health*, *11*(4), 4125-4139.

Sarıkaya, A. (2015). *14-18 yaş arası ergenlerin benlik saygısı ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişki* (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive therapy and research*, *16*(2), 201-228.

Servaty, H. L., & Hayslip Jr, B. (2001). Adjustment to loss among adolescents. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *43*(4), 311-330.

Silver, J. A., Hughes, J. D., Bornstein, R. A., & Beversdorf, D. Q. (2004). Effect of anxiolytics on cognitive flexibility in problem solving. *Cognitive and behavioral neurology*, *17*(2), 93-97.

Sipahioğlu, Ö. (2008). *Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi,* 10. (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Smokowski, P. R., Reynolds, A. J., & Bezruczko, N. (1999). Resilience and protective factors in adolescence: An autobiographical perspective from disadvantaged youth. *Journal of school psychology*, *37*(4), 425-448.

Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, *13*(4), 249-275.

Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., ... & Stahl, K. J. (1997). The development and validation of the Children's Hope Scale. *Journal of pediatric psychology*, *22*(3), 399-421.

Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family.

Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, S. A., & Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*, *18*(2), 88-96.

Stein, H. (2006). Maltreatment, attachment, and resilience in the orphans of Duplessis. *Psychiatry*, *69*(4), 306.

Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved?. *Clinical psychology review*, *25*(4), 395-414.

Suda, C. (1997). Street children in Nairobi and the African cultural ideology of kin-based support system. Change and challenge. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, *6*(3), 199-217.

Sürücü, M., & Bacanlı, F. (2010). Üniversiteye Uyumun Psikolojik Dayanıklılık ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Gazi University Journal of Gazi Educational Faculty (GUJGEF), 30*(2).

Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücü'nün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *35*(35), 297-306.

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Price, A. W., Williams, K., & Kingree, J. B. (1998). Role of secondary stressors in the parental death–child distress relation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(5), 357-366.

Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Wu, P., Moore, R., & Davies, M. (2001). Resilience in the face of maternal psychopathology and adverse life events. *Journal of Child and Family Studies*, *10*(3), 347-365.

TÜİK, (2012). Aile Yapısı Araştırması. Ankara: T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu.

Uluğ, Ö. Ş. (2008). *Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeyine ebeveyn kaybının ve anne baba ayrılığının etkisi* (Master's thesis, Kocaeli Universitesi, Saglik Bilimleri Enstitusu).

Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, *12*(2), 163-172.

Ünüvar, A. (2012). *Gerçeklik kuramına dayalı psiko-eğitim programının lise öğrencilerinin denetim odağı ve yılmazlık düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi,*1. (Doctoral dissertation, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü)

Valle, M. F., Huebner, E. S., & Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of school psychology*, *44*(5), 393-406.

Vinayak, S., & Judge, J. (2018). Resilience and empathy as predictors of psychological wellbeing among adolescents. *International Journal of Health Sciences & Research*, *8*(4), 192-200.

Wang, M. C., & Gordon, E. W. (2012). *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Routledge.

Wang, X. Q., Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (2007). Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *International Nursing Review*, *54*(3), 271-279.

Waters, L. (2014). Balancing the curriculum: Teaching gratitude, hope and resilience. *A love of Ideas*, 117-124.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.

Whitehead, L., Allan, M. C., Allen, K., Duchak, V., King, E., Mason, C., Mooney, L., & Tully, S. (2018). 'Give us a break!': using a solution focused programme to help young people cope with loss and negative change. *Bereavement Care*, *37*(1), 17-27.

Williams, T., Hill, E., Gomez, E., Milliken, T., Goff, J., & Gregory, N. (2013). The resiliency and attitudes skills profile: An assessment of factor structure. *Illuminare*, *11*.

Wood, L., Theron, L., & Mayaba, N. (2012). 'Read me to resilience': Exploring the use of cultural stories to boost the positive adjustment of children orphaned by AIDS. *African Journal of AIDS Research*, *11*(3), 225-239.

Wolin, S. J., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How Survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.

Worden, J. W., & Silverman, P. R. (1996). Parental death and the adjustment of school-age children. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *33*(2), 91-102.

Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). Springer, Boston, MA.

Yalın, Ş. (2008). *Türkçe güçler ve güçlükler anketi'nin ileri psikometrik özellikleri* (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).

Yi-Frazier, J. P., Yaptangco, M., Semana, S., Buscaino, E., Thompson, V., Cochrane, K., ... & Rosenberg, A. R. (2015). The association of personal resilience with stress, coping, and diabetes outcomes in adolescents with type 1 diabetes: Variable-and person-focused approaches. *Journal of health psychology*, *20*(9), 1196-1206.

EKLER

EK 1

EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(Müdahale Grubuna Yönelik)

Sayın Ebeveyn/Vasi:

Çocuğunuzu, danışmanlığımdaki psikolog ve araştırmacılarla yapacağımız "Çocuk ve Ergenler için Psikolojik Sağlamlık Programı'nın Baba Kaybı Yaşamış Çocukların Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi" konulu çalışmaya katılmaya davet ediyorum. Bu çalışma, ebeveyn kaybı yaşamış çocuklarda psikolojik sağlamlığı destekleyen beceriler geliştirmeyi hedeflemesi açısından önemli bir yere sahiptir.

Çalışma İçeriği: Çalışmamız belirli anket ve ölçüm araçlarından ve 5 oturumluk psikolojik sağlamlık geliştirme temelli yapılandırılmış bir programdan oluşmaktadır. Çocuğun ebeveyni tarafından doldurulacak olan ölçüm araçları; kişisel bilgi formundan ve belirli duygusal; bilişsel, davranışsal alanları kapsayan soruları içeren ölçeklerden oluşmaktadır. Çocuğun bizzat dolduracağı ölçüm araçları; psikolojik sağlamlık içerikli sorulardan, belirli duygusal; bilişsel, davranışsal alanları, aile, arkadaş ve sosyal çevreyi kapsayan sorulardan oluşmaktadır. Çocuğunuzun bu soruları araştırma öncesi ve sonrası olacak şekilde iki kez doldurması beklenmektedir. Çalışmamızda yaklaşık 20 katılımcı yer alacaktır. Eğer izniniz olursa çocuğunuz dernek bünyesinde 5 hafta sürecek olan bu programa katılacaktır. Program içeriği temel olarak; psikolojik sağlamlık kavramının önemi ve anlatımı, empati becerisinin gelişmesi, problem çözme kapasitesinin artması, yaşanan olaylar veya durumlara karşı esnek kalabilme kabiliyetinin oturması, düşünce sistemlerinin daha gerçekçi hale gelmesi, mizah anlayışının gelişmesi, otonomi duygusunun güçlenmesi ve olayları pozitif biçimde algılama ve değerlendirme becerisini arttırma ve umut duygusunun gelişmesi odaklıdır.

Süreç: Anket ve ölçüm araçlarının tamamlanması ortalama 20 dakika sürmektedir. Çalışma programı 5 hafta boyunca haftada 1 gün ve her oturum 120-150 dakika sürecek şekilde yapılacaktır. Toplamda 5 oturum gerçekleştirilecektir. Ölçüm

araçlarının doldurulma ve çalışmanın uygulanma zamanı, çalışmaya katılan tüm öğrencilerin uygun ortak bir zamanlarının dernek yönetimi ile kararlaştırılmasıyla belirlenecektir ve ölçeklerin tamamlanma ve çalışmanın uygulanma yeri dernek olacaktır.

Çalışmaya katılanların kimliği gizli tutulacaktır. Sonuçlar yalnızca analiz için, katılımcıların ismi yer almaksızın, anonim bir şekilde ve sıkı gizlilik kontrolleri dâhilinde kullanılacaktır. Çalışmamızda bireysel cevaplarla ilgilenmiyoruz, sonuçlar topluca değerlendirilir. **Çocuğunuzun bu çalışmada yer alıp almaması tamamen gönüllülük esasına bağlıdır**. Eğer katılmasına izin verirseniz bu kağıdı imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda çocuğunuz çalışmadan çekilebilir ve karşılığında herhangi bir şey talep edilmez. Çalışmayla ilgili herhangi bir sorunuz olması dâhilinde lütfen bizimle iletişime geçmekten çekinmeyiniz.

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal

Burcu.uysal@ihu.edu.tr

0 212 692 0212 / 2266

Ebeveyn/Vasi Beyanı:

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun söz konusu araştırmaya katılmasını gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Velisinin adı- soyadı: Çocuğunun adı:

Velisinin imzası: Tarih:

EK 2
EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Kontrol Grubuna Yönelik)

Sayın Ebeveyn/Vasi:

Çocuğunuzu, danışmanlığımdaki psikolog ve araştırmacılarla yapacağımız "Çocuk ve Ergenler için Psikolojik Sağlamlık Programı'nın Baba Kaybı Yaşamış Çocukların Psikolojik Sağlamlık Düzeyine Etkisi" konulu çalışmaya katılmaya davet ediyorum.

Çalışma İçeriği: Çalışmamız belirli anket ve ölçüm araçlarından oluşmaktadır. Ölçüm araçları; çocuğun ebeveyni tarafından doldurulacak olan kişisel bilgi formundan ve bizzat çocuğun dolduracağı psikolojik sağlamlık içerikli sorulardan, belirli duygusal; bilişsel, davranışsal alanları, aile, arkadaş ve sosyal çevreyi kapsayan sorulardan oluşmaktadır. Çocuğunuzun bu soruları araştırma öncesi ve sonrası olacak şekilde iki kez doldurması beklenmektedir. Çalışmamızda yaklaşık 20 katılımcı yer alacaktır.

Süreç: Anket ve ölçüm araçlarının tamamlanması ortalama 20 dakika sürmektedir.

Çalışmaya katılanların kimliği gizli tutulacaktır. Sonuçlar yalnızca analiz için, katılımcıların ismi yer almaksızın, anonim bir şekilde ve sıkı gizlilik kontrolleri dâhilinde kullanılacaktır. Çalışmamızda bireysel cevaplarla ilgilenmiyoruz, sonuçlar topluca değerlendirilir. Çocuğunuzun bu çalışmada yer alıp almaması tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Eğer katılmasına izin verirseniz bu kağıdı imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda çocuğunuz çalışmadan çekilebilir ve karşılığında herhangi bir şey talep edilmez. Çalışmayla ilgili herhangi bir sorunuz olması dâhilinde lütfen bizimle iletişime geçmekten çekinmeyiniz.

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal

Burcu.uysal@ihu.edu.tr, 0 212 692 0212 / 2266

Ebeveyn/Vasi Beyanı:

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun söz konusu araştırmaya katılmasını gönüllü bir şekilde kabul ediyorum.

Velisinin adı- soyadı: Çocuğunun adı:

Velisinin imzası: : Tarih:

EK 3

Demografik Form

Size uygun gelen ifadenin önündeki boşluğu "X" ile işaretleyiniz veya cevapları boşluklara yazınız

1.Doğum tarihiniz nedir? _____

2.İş durumunuz nedir?

Düzenli geliri olan bir işte çalışıyorum.	☐
Düzenli geliri olmayan bir işte çalışıyorum.	☐
Kendi işinde çalışıyorum.	☐
Işsiz/ Iş arıyorum.	☐
Gönüllü bir işte çalışıyorum.	☐
Öğrenciyim.	☐
Ev hanımıyım.	☐
Yaşlılık veya rahatsızlık sebebiyle emekliyim.	☐
Bilmiyorum.	☐
Diğer:_____	

3.Eğitim durumunuz nedir:
□ Hiç okula gitmemiş □ İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite □Diğer……..

4.Eşinizi kaç yıl önce kaybettiniz? _____ yıl önce

5.Eşinizin iş durumu nasıldı?

Düzenli geliri olan bir işte çalışıyordu.	☐
Düzenli geliri olmayan bir işte çalışıyordu.	☐
Kendi işinde çalışıyordu.	☐
Işsizdi/ Iş arıyordu.	☐
Gönüllü bir işte çalışıyordu.	☐
Öğrenciydi.	☐
Yaşlılık veya rahatsızlık sebebiyle emekliydi.	☐
Bilmiyorum	☐
Diğer: _____	

6.Eşinizin eğitim durumu nasıldı:

□ Hiç okula gitmemiş □ İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite □Diğer……..

Aşağıda bir takım ifadeler yer almaktadır. Lütfen size uygun gelen ifadenin önündeki boşluğu "X" ile işaretleyiniz.

7. "Eşimle ilişkimiz yakındı."

□ Hiç geçerli değil □ az derece geçerli □ biraz geçerli □ oldukça geçerli □ tamamen geçerli

8. "Eşimi kaybettikten sonra ailemden/eşimin ailesinden maddi destek aldım."

□ Hiç geçerli değil □ az derece geçerli □ biraz geçerli □ oldukça geçerli □ tamamen geçerli

9. “Eşimi kaybettikten sonra ailemden/eşimin ailesinden manevi destek aldım.”

□ Hiç geçerli değil □ az derece geçerli □ biraz geçerli □ oldukça geçerli □ tamamen geçerli

Aşağıdaki soruları lütfen bu çalışmaya katılan <u>çocuğunuz</u> için cevaplayınız.

1.Çocuğunuzun cinsiyeti nedir? □ Kız □ Erkek

2.Doğum tarihi nedir?_____

3. Kardeşi var mı? □Yok □ Var, ____ tane

4. Kaçıncı sınıfa gidiyor? _____ sınıf

5. Hiç sınıf tekrarı yaptı mı?
□ Hayır
□ Evet _____kez _____ sınıftayken

6. Geçen yılki karneye göre (2018-2019 eğitim öğretim yılı)
Matematik notu kaçtı?_____
Türkçe notu kaçtı?_____
İngilizce notu kaçtı?_____

7. Şimdiye kadar onu çok zorlayan ve çok üzen herhangi bir şey yaşadı mı?

□ Hayır
□ Evet _____ yaşındaydım
- Ne yaşadı?_____
- Etkisi ne kadar sürdü?_____

EK 4

Psikolojik Sağlamlık Tutum ve Beceri Ölçeği (PSTBÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. İleride yaşayacağım zorlukları kendim göğüsleyebilirim.	1	2	3	4
2. Bir hedef belirlediğim zaman hiçbir şeyin hedefime ulaşmamı engellemesine izin vermem.	1	2	3	4
3. Hatalarımdan ders çıkarırım.	1	2	3	4
4. İnsanların yüz ifadelerindeki küçük değişiklikleri fark ederim.	1	2	3	4
5. Davranışlarımın sonuçlarını tahmin edebilirim/kestirebilirim.	1	2	3	4
6. Bir şey de iyi olduğum zaman bunu fark ederim.	1	2	3	4
7. İstemediğim şeylere hayır derim.	1	2	3	4
8. İçinde bulunduğum duruma uygun hareket edebilirim.	1	2	3	4
9. Mizah/espiri anlayışım zor durumlarda sorunların üstesinden gelmemi kolaylaştırır.	1	2	3	4
10. Arkadaşlarım bana güvenebileceklerini bilirler.	1	2	3	4
11. İhtiyaç duyduğumda ailem yanımdadır.	1	2	3	4
12. Bir şeyler yanlış gittiğinde bunun benim hatam olup olmadığını söyleyebilirim.	1	2	3	4
13. Diğer insanlarla aynı bakış açısına sahip olmamak benim için bir sorun değildir.	1	2	3	4
14. Yalan söylemek kabul edilebilecek bir şey değildir.	1	2	3	4
15. Başımı derde sokacak insanlardan uzak dururum.	1	2	3	4
16. Kendi kararlarımı verirken rahatım.	1	2	3	4
17. Biri bana doğruyu söylemediğinde bunu hissederim	1	2	3	4
18. Zor durumlarla karşılaştığımda problemlerimi çözmek için yeni yollar bulurum**.**	**1**	**2**	**3**	**4**
19. Duygularımı ifade etmek için farklı yollar bulabilirim.	1	2	3	4
20. Arkadaşlarımı dikkatli bir şekilde seçerim.	1	2	3	4
21. Zor durumlarda pozitif/olumlu bir taraf ararım.	1	2	3	4
22. Kendi hayatımı kendim kontrol edebilirim.	1	2	3	4
23. Birine baktığım da onun hangi duyguyu yaşadığını söyleyebilirim.	1	2	3	4
24. İnsanlara yardımcı olmaya çalışırım.	1	2	3	4
25. Doğru olduğuna inandığım şeyleri savunurum.	1	2	3	4

26. Arkadaşlık ilişkilerimi sürdürme konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4
27. Beni destekleyecek arkadaşlara sahibim.	1	2	3	4
28. Gülmek stresle baş etmeme yardımcı olur.	1	2	3	4
29. Arkadaş çevremde kendim gibi olabilirim.	1	2	3	4
30. Kötü hissettiğim zamanlarda kendimi neşelendirebilirim.	1	2	3	4
31. Başıma kötü bir şey geldiğinde pes etmem.	1	2	3	4
32. Diğer insanlarınkinden farklı olsa bile düşünce ve fikirlerimi paylaşırım.	1	2	3	4
33. Kendi kendimi eğlendirebilirim.	1	2	3	4
34. Arkadaş edinirken zorluk çekmem.	1	2	3	4

EK 5

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur) E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız: ..... Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşırım (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklere ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza: ..... Tarih: .....

Yardımınız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK 6

Çocuklarda Umut Ölçeği (ÇUÖ)

Aşağıdaki altı cümle sizin genel olarak kendi hakkınızda nasıl düşündüğünüzü ve bazı şeyleri nasıl yaptığınızı tanımlamaktadır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Her bir cümle için, lütfen çoğunlukla nasıl olduğunuzu düşününüz. Sizi en iyi tanımlayan seçeneği, kutucuğun içerisine (X) işareti koyarak belirtiniz. Örneğin, eğer "Hiçbir Zaman" sizi tanımlıyorsa üzerindeki kutucuğun içerisine (X) işareti koyunuz. Ya da "Her Zaman" size uygunsa üzerindeki kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen tüm cümleleri kutucuklardan birini işaretleyerek cevaplayınız. Doğru veya yanlış yanıt bulunmamaktadır.

1. Bence işler gayet iyi gidiyor.

☐ Hiçbir Zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çoğu Zaman ☐ Her Zaman

2. Hayatta benim için çok önemli olan şeyleri elde etmek için birçok yol düşünebilirim.

☐ Hiçbir Zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çoğu Zaman ☐ Her Zaman

3. Benimle aynı yaştaki çocuklar kadar iyiyim.

☐ Hiçbir Zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çoğu Zaman ☐ Her Zaman

4. Bir problemim olduğunda, bu problemi çözmek için birçok yol bulabilirim.

☐ Hiçbir Zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çoğu Zaman ☐ Her Zaman

5. Geçmişte yaptığım şeylerin bana gelecekte yardımcı olacağını düşünüyorum.

☐ Hiçbir Zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çoğu Zaman ☐ Her Zaman

6. Diğerleri vazgeçmek istese bile, problemi çözmek için yöntemler veya yollar bulabileceğimi biliyorum.

☐ Hiçbir Zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çoğu Zaman ☐ Her Zaman

Ölçek Hakkında Bilgi:

Çocuklarda Umut Ölçeği'nin (ÇUÖ) Türkçe Formu, 6 madde ve "amaca ulaşma yolları" (pathways) ve "amaca güdülenme" (agency) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin uyarlama çalışması 6., 7. ve 8. sınıf öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Ölçek likert tipi derecelemeye uygun olarak; "Hiçbir Zaman=1, Nadiren=2, Bazen=3, Sık sık=4, Çoğu Zaman=5 ve Her Zaman=6" şeklinde derecelenmektedir. Ölçeğin puanlanması her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla yapılırken, ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 36, en düşük puan 6'dır. Ölçekteki tek sayılı maddeler amaca güdülenme boyutunu, çift sayılı maddelerse amaca ulaşma yolları boyutunu oluşturmaktadır.

Ölçeğin Türkçe Formunun psikometrik özellikleri için uyarlama makalesini inceleyiniz.

EK 7

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 8

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

ÖZGEÇMİŞ

Ad ve Soyad:

Zeynep Tatarer

İletişim Bilgileri:

E-posta (1): zeynep.tatarer@ihu.edu.tr
E-posta (2): tatarerzeynep@gmail.com

Eğitim:

2010 – 2015 Psikoloji Lisans, Boğaziçi Üniversitesi, İSTANBUL
(30.02.2014-20.06.2014 Utrecht Üniversitesi, Psikoloji Bölümü)
2018 – 2020 Klinik Psikoloji Yüksek Lisans, İbn Haldun Üniversitesi, Türkiye

Diğer Eğitimler:

2013 – 2013 Profesyonel Yöneticilik Eğitimi, Boğaziçi Yöneticiler Vakfı
2015 – 2015 Pedagojik formasyon eğitimi, İstanbul Ticaret Üniversitesi
2015 – 2017 Kognitif ve Davranış Terapileri Eğitimi ve Süpervizyon Eğitimi
(Prof.Dr.M.Zihni SUNGUR, KDT Derneği)
2017 – 2017 Oyun Terapisi Eğitimi
(Klnk. Psk. Birgül EMİROĞLU, Oyun Terapileri Derneği)
2019 – 2019 Çocuk ve Ergenler için Psikolojik Sağlamlık Programı Uygulayıcı Eğitimi, Dr. Atanur AKAR, Davranış Bilimleri Enstitüsü

Stajlar:

2015-2015 Cerrahpaşa Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi
2017-2017 Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikoz Servisi
2018-2019 İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi (İPAM)

İş Deneyimi:

2016 – 2018 Küçükçekmece Belediyesi, Kadın Sığınmaevi, Yönetici
2018 – 2020 Küçükçekmece Belediyesi, Ailem Danışma Merkezi, Psikolog
(Devam etmekte)