



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI**

**YAKININI KAYBETMİŞ YAŞLILARDA UZAMIŞ YAS
BELİRTİLERİNİ YORDAYAN ETKENLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Fatma Özlem COŞKUN KURBAN

**UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır**

**ANKARA
2025**



**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI**

**YAKININI KAYBETMİŞ YAŞLILARDA UZAMIŞ YAS
BELİRTİLERİNİ YORDAYAN ETKENLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Fatma Özlem COŞKUN KURBAN

UZMANLIK TEZİ

Olarak hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şahinde Özlem ERDEN AKİ

ANKARA

2025

TEŞEKKÜR

Bu tezi yazmamda ve bu tezi yazabilecek akademik donanıma erişmemde katkısı veya rolü olan herkese tek tek teşekkür etmek istiyorum.

Uzmanlık eğitimimin en başından itibaren nezaketini hissettiğim, eğitimime büyük katkısı olan, deneyimi ile mesleki bakış açımı olumlu yönde etkileyen, tez sürecinin başından itibaren bana güvenen ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yanında çalışmaktan gurur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım Prof. Dr. Özlem Erden Aki'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmasının her aşamasında yol gösterici katkılarda bulunan, beni yönlendiren, fikirleriyle bilime olan inancımı ve heyecanımı pekiştiren, desteğini hep hissettiğim Psikoloji bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Sedat Işıklı'ya teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri olan, bilimsel bakış açıları ve klinik tecrübeleriyle mesleki gelişimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Berna Uluğ'a, Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a, Prof. Dr. Başaran Demir'e, Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu'na, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul'a, Prof. Dr. Suzan Özer'e, Prof. Dr. Emine Eren Koçak'a, Prof. Dr. Özlem Erden Aki'ye, Prof. Dr. Yavuz Ayhan'a, Prof. Dr. Sertaç Ak'a, Doç. Dr. Mevhibe İrem Yıldız'a, Doç. Dr. Şeref Can Gürel'e, Doç. Dr. Koray Başar'a Doç. Dr. Elçin Özçelik Eroğlu'na, Dr. Öğr. Üyesi Talat Demirsöz'e, Dr. Öğr. Üyesi Emre Mutlu'ya, Dr. Öğr. Üyesi Arda Bağcaz'a teşekkürlerimi sunarım. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Nöroloji rotasyonu eğitimlerimde mesleki hayatıma katkıda bulunan öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Yoğun çalışma tempomuzda omuz omuza verdiğimiz, serviste, poliklinikte ve nöbetlerde birlikte yorulduğumuz, dostluklarıyla bu süreci benim için güzelleştiren ve desteklerini her zaman hissettiğim başta Anıl Alp, İrem Kübra Nur Canpolat, Oya Coşkun olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve yardımlarını hiçbir zaman esirgememiş olan Psk. Tuğba Taşdemir'e bölüm sekreterlerimiz Serpil Çukurbaş'a, Lutfiye Gür'e, Tülay Karayılan'a, Tuğba Bulut'a, Sevim Demirbağ'a, personelimiz Şehriban Atmaca'ya, Müjdat Arıkan'a, bölümün emektarı başhemşiremiz Nurhayat Eni'ye, tüm güvenlik görevlilerimize, servisteki ve psikiyatrik işlem merkezindeki tüm personelimize çok teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde, attığım her adımda sevgilerini ve güvenlerini arkamda hissettiğim, varlıklarıyla bana güç veren sevgili aileme minnettarım. Beni bugünlere getiren, emeklerini asla ödeyemeyeceğim kıymetli babam Mustafa Coşkun'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ve canım annem Derya Coşkun'a, büyük destekçim, sığınağım, zorluklara göğüs

germe sebebime çok teşekkür ediyorum. Bu sürecin sonunda seninle kucaklaşabilmeyi, bu mutluluğu gözlerinin içine bakarak paylaşabilmeyi her şeyden çok isterdim. Fiziken yanımda olamasan da, varlığının, sevginin ve bana olan inancının gücünü bu zorlu yolun her anında kalbimde hissettim. Süreç içinde hep yanımda olan sevgili abim ve kız kardeşime de çok teşekkür ediyorum.

Son olarak, bu süreçteki tüm stresimi, yorgunluğumu anlayışla karşılayan, sabrı ve sevgisiyle her zaman yanımda olan, en büyük destekçim sevgili eşim Furkan Kurban'a çok teşekkür ediyorum.

Dr. Fatma Özlem COŞKUN KURBAN

ÖZET

Kurban Coşkun, Ö., Yakınını Kaybetmiş Yaşlılarda Uzamış Yas Belirtilerini Yordayan Etkenlerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2025. Yas, sevilen bir kişinin kaybına verilen karmaşık ve çok boyutlu bir uyum tepkisidir. Çoğu birey zaman içinde kaybına uyum sağlayabilse de, bazı kişilerde bu süreç uzayarak belirgin duygusal sıkıntı ve işlevsellik kaybına yol açabilmektedir. Yaşlılık döneminde artan fiziksel, bilişsel ve sosyal kırılganlıklar nedeniyle yas süreci daha karmaşık bir hale gelmekte ve uzamış yas bozukluğu bu yaş grubunda önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, birinci derece yakın kaybı yaşamış yaşlı bireylerde uzamış yas belirti şiddetini ve Uzamış Yas Bozukluğu tanısı ile ilişkili sosyodemografik ve psikososyal etkenleri incelemektir. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel desende yürütülen araştırmaya, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi psikiyatri ve geriatri polikliniklerine başvuran, 60 yaş ve üzeri, birinci derece yakın kaybının üzerinden en az 6 ay geçmiş 82 yaşlı birey dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara; Uzamış Yas Ölçeği (PG-13), Beck Depresyon Ölçeği, Süregiden Bağlar Ölçeği, Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri, Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği uygulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizleri, tek yönlü varyans analizi ve çoklu hiyerarşik regresyon ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerin sonucunda, örnekleme uzamış yas belirti şiddetinin orta-yüksek düzeyde olduğu ve katılımcıların yaklaşık üçte birinde (%32.9) Uzamış Yas Bozukluğu tanısı olduğu tespit edilmiştir. Kayıp türüne göre yapılan karşılaştırmalarda, çocuk kaybı yaşayanların, özellikle eş ve ebeveyn kaybı yaşayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek PG-13 puanına sahip olduğu bulunmuştur. Depresyon şiddeti arttıkça uzamış yas belirtilerinin de belirgin biçimde yükseldiği saptanmıştır. Hiyerarşik regresyon analizinin nihai modelinde; kayıp türü, kaybın üzerinden geçen süre, kaybedilen kişinin ölüm yaşı, bilişsel yeniden yapılanma, algılanan sosyal destek, süregiden bağlar, depresyon düzeyi ve günlük yaşam işlevselliği uzamış yas belirti şiddetinin anlamlı yordayıcıları olarak belirlenmiştir. Ayrıca oluşturulan model, uzamış yas belirti şiddetindeki varyansın çok büyük bir kısmını (%91.9) açıklamıştır. Sonuç olarak, yaşlı bireylerde uzamış yasin yaygın olduğu; kaybın niteliği, eşlik eden depresyon, başa çıkma örüntüleri ve günlük yaşam işlevselliğinin bu süreci belirgin biçimde etkilediği saptanmıştır. Yas sürecindeki yaşlı bireylerin klinik değerlendirmesinde uzamış yas belirtilerinin sistematik olarak sorgulanması ve hedefe yönelik

psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi, klinik gidişat ve yaşam kalitesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Uzamış Yas Bozukluğu, Yaşlılık, Yas, Depresyon, Anlamı Yeniden Yapılandırma, Sosyal Destek.

ABSTRACT

Kurban Coşkun, Ö., Investigation of Factors Predicting Prolonged Grief Symptoms in Bereaved Older Adults, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis in Psychiatry, Ankara, 2025. Grief is a complex and multidimensional adaptation response to the loss of a loved one. Although most individuals are able to adapt to their loss over time, in some individuals, this process can become prolonged, leading to significant emotional distress and loss of functionality. Due to increased physical, cognitive, and social frailties in old age, the grief process becomes more complex, and prolonged grief disorder stands out as an important mental health problem in this age group. The aim of this study is to examine the severity of prolonged grief symptoms and the sociodemographic and psychosocial factors associated with the diagnosis of Prolonged Grief Disorder in older adults who have experienced the loss of a first-degree relative. The study, conducted in a descriptive, cross-sectional, and relational design, included 82 older adults aged 60 and over who applied to the psychiatry and geriatrics outpatient clinics of Hacettepe University Adult Hospital and whose loss of a first-degree relative had occurred at least 6 months prior. All participants were administered the Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13), Beck Depression Inventory, Multidimensional Continuing Bonds Scale, Grief and Meaning Reconstruction Inventory, Coping Skills Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale. Data were evaluated using descriptive statistics, correlation analyses, one-way analysis of variance, and multiple hierarchical regression. As a result of the evaluations, it was determined that the severity of prolonged grief symptoms in the sample was at a moderate-to-high level and that approximately one-third of the participants (32.9%) had a diagnosis of Prolonged Grief Disorder. In comparisons made according to the type of loss, it was found that those who experienced the loss of a child had significantly higher PG-13 scores, particularly compared to those who experienced the loss of a spouse or parent. It was determined that as the severity of depression increased, prolonged grief symptoms also increased significantly. In the final model of the hierarchical regression analysis; type of loss, time elapsed since the loss, age of the deceased, cognitive restructuring, perceived social support, continuing bonds, depression level, and daily living functionality were determined as significant predictors of prolonged grief symptom severity. Additionally, the established model explained a very large portion (91.9%) of the variance in prolonged grief symptom severity. In conclusion, it was determined that prolonged grief is prevalent among older adults, and the nature of the loss, accompanying depression, coping patterns, and daily living functionality significantly affect this process. Systematically

questioning prolonged grief symptoms in the clinical assessment of older adults in the grieving process and developing targeted psychosocial interventions are of critical importance in terms of clinical course and quality of life.

Keywords: Prolonged Grief Disorder, Old Age, Grief, Depression, Meaning Reconstruction, Social Support.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
İÇİNDEKİLER	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xv
ŞEKİLLER	xvi
TABLolar	xvii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yas Kavramı ve Olağan Yas Belirtileri	3
2.2.Uzamış Yas Bozukluğu	9
2.2.1. Kavramın Evrimi	9
2.2.2. Uzamış Yas Bozukluğu Tanı Kriterlerinin Belirlenmesi	9
2.2.3. Tanı Kategorisi Olarak Uzamış Yas Bozukluğu	12
2.2.4. Farklı Tanı Algoritmalarının Karşılaştırılması	16
2.2.5. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Diğer Psikiyatrik Tanılardan Farkları	17
2.2.6. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yaygınlığı	18
2.2.7 Uzamış Yas Bozukluğu ve Uzamış Yas Belirtilerini Yordayan Faktörler	20
2.3. Olağan Yas Belirtilerinin Uzamış Yas Bozukluğu'na Dönüşmesini Açıklayan Yaklaşımlar	22
2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım	22
2.3.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	23
2.3.3. İkili Süreç Modeli	25
2.3.4. İki Eksenli Kayıp Yaşama Modeli	26
2.3.5. Bağlanma Kuramı	27
2.3.6. Süregiden Bağlar	29
2.3.7. Anlamı Yeniden Yapılandırma	32
3. ARAŞTIRMANIN AMACI	37
4. GEREÇ VE YÖNTEM	38
4.1. Örneklem	38
4.1. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	38
4.3. Veri Toplama Araçları	38
4.3.1.Demografik Bilgi Formu	38
4.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	38

4.3.3. Uzamış Yas Ölçeği (PG-13)	39
4.3.4. Süregiden Bağlar Ölçeği	40
4.3.5. Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri	41
4.3.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu	43
4.3.8. Lawton ve Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	44
4.4. İstatistiksel Analiz	44
4.5. Etik Kurul Onayı	45
4.6. Uygulama	45
4.7. Araştırmanın Bütçesi	45
5. BULGULAR	46
5.1. Sosyodemografik Değişkenler	46
5.2. Kayıpla İlgili Özellikler	47
5.3. Kayıp Sonrası Deneyimler	48
5.4. Dini İnanç Özellikleri ve Kayıp Deneyiminde Değişimi	49
5.5 Sürekli Demografik Değişkenler	50
5.6 Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler	51
5.7. Uzamış Yas Belirtilerinin Şiddeti	54
5.8. Uzamış Yas Belirtileri (PG-13) ile Demografik, Psikolojik ve Sosyal Değişkenler Arasındaki İlişkiler	54
5.8.1. Sürekli Değişkenler ile PG-13 Toplam Puanı Arasındaki İlişkiler	54
5.8.2. Kategorik değişkenlere göre PG-13 puanlarındaki farklılıklar	56
5.8.3. Depresyon Düzeylerine Göre Uzamış Yas Şiddetinin Karşılaştırılması	58
5.8.4. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki	59
5.8.5. Kayıp Türüne Göre Uzamış Yas Belirti Şiddetinin Karşılaştırılması	60
5.9. Uzamış Yasın Yordayıcıları: Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi	61
5.9.1. Model Uygunluğu ve Genel Açıklanan Varyans	63
5.9.2. Model 1 – Kaybı Yaşayan Kişiye Ait Özellikler	63
5.9.3. Model 2- Kaybedilen Kişiye Dair ve Ölümle İlişkili Özellikler	64
5.9.4. Model 3 – Stresle Başa Çıkma Becerilerinin Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı	65
5.9.5. Model 4 – Sosyal Destek Alt Boyutlarının Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı	67
5.9.6. Model 5 – Süregiden Bağlar ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Alt Boyutlarının Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı	68
5.9.7. Model 6 – Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevselliğinin Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı	69
5.9.8. Nihai Modelde Uzamış Yas Belirtilerini Yordayan Değişkenler	71
6. TARTIŞMA	73

6.1. Örneklemin Özellikleri	73
6.2. Ölçeklerin Betimsel Bulguları	75
6.3. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yaygınlığı ve Uzamış Yas Belirtileri	77
6.4. Uzamış Yas Belirti Şiddeti ile Sürekli Değişkenlerin İlişkileri	79
6.5. Uzamış Yas Belirti Şiddeti ile Kategorik Değişkenlerin İlişkileri	85
6.6. Depresyon Düzeylerine Göre Uzamış Yas Şiddetinin Karşılaştırılması	86
6.7. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki	88
6.8. Kayıp Türü ile Uzamış Yas Belirti Şiddeti Arasındaki İlişki	89
6.9. Yaşlı Bireylerde Uzamış Yasın Yordayıcıları ve Psikososyal Belirleyiciler	91
6.9.1. Hiyerarşik Model Yapısı ve Genel Desen	91
6.9.2. Kayıp Bağlamı ve Kayba Dair Özellikler	93
6.9.3. Başa Çıkma Becerileri	94
6.9.4. Sosyal Destek	94
6.9.5. Süregiden Bağlar ve Anlamı Yeniden Yapılandırma	95
6.9.6. Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevselliği	96
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	98
8. KAYNAKLAR	99
9. EKLER	115
EK 1 : Aydınlatılmış Onam Formu	115
EK 2 : Veri Toplama Formu	116

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

AYYE / YAYYE: Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- DSM-III-R, DSM-IV-TR, DSM-5, DSM-5-TR versiyonları metinde geçmektedir)

GMRI: Grief and Meaning Reconstruction Inventory

ICD: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması- ICD-11 olarak geçmektedir)

ICG: Inventory of Complicated Grief (Karmaşık Yas Envanteri)

ISLES: Integration of Stressful Life Experiences Scale

LBEGYAÖ: Lawton ve Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

NCPTSD: National Center for PTSD

PG-13: Prolonged Grief Disorder Scale (Uzamış Yas Ölçeği- 13 Maddeli)

PGD: Prolonged Grief Disorder (Uzamış Yas Bozukluğu)

SBCBÖ: Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği

SBÖ: Süregiden Bağlar Ölçeği

SMMT: Standardize Mini Mental Test

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UYB: Uzamış Yas Bozukluğu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER

Şekil 5.1. Katılımcıların kaybettiikleri yakınlarının cenazesine katılabilme ve toprağa verilirken görebilme durumu.....	48
Şekil 5.2. Uzamış yas belirtilerine ilişkin ortalama puanlar	54

TABLOLAR

Tablo 2.1 Uzamış Yas Bozukluğu'na ilişkin güncel tanı kriterlerinin karşılaştırılması	14
Tablo 5.1. Örnekleme ait sosyodemografik özellikler	46
Tablo 5.2. Kaybedilen kişi ve kaybın oluş şekline dair özellikler	47
Tablo 5.3. Katılımcıların kaybettikleri yakınlarının mezarlarını ziyaret edebilme durumu	48
Tablo 5.4. Katılımcıların kaybettikleri yakınlarıyla ilişkilerinin niteliğine dair özellikler	49
Tablo 5.5. Katılımcıların kayıp sonrası günlük hayatlarının etkilenen alanları	49
Tablo 5.6. Katılımcıların kayıp sonrası profesyonel destek alma ve intihar düşüncesine dair özellikler	49
Tablo 5.7. Katılımcıların dini inanç özellikleri ve kayıptan sonra dini inanç değişimine dair özellikler	50
Tablo 5.8 Sürekli demografik değişkenlere dair özellikler	51
Tablo 5.9. Kullanılan psikometrik ölçeklere dair özellikler	52
Tablo 5.10. PG-13 toplam puanı ile sürekli değişkenler arasındaki pearson korelasyonları	55
Tablo 5.11. Kategorik değişkenlere göre PG-13 puanlarının karşılaştırılması (t-testi / tek yönlü ANOVA)	57
Tablo 5.12. Depresyon belirti şiddetine göre uzamış yas belirti şiddetinin (PG-13) tanımlayıcı istatistikleri	58
Tablo 5.13. Depresyon düzeylerine göre PG-13 puanlarının Post Hoc çoklu karşılaştırma sonuçları (Tukey HSD ve LSD)	59
Tablo 5.14. Uzamış Yas Bozukluğu tanısı ile depresyon düzeyi arasındaki dağılım.	60
Tablo 5.15. Kayıp Türüne Göre Uzamış Yas Belirti Şiddeti (PG-13) Tanımlayıcı İstatistikleri	61
Tablo 5.16. Hiyerarşik regresyon model 1'de anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları: Kaybı yaşayan kişiye ait özellikler	64
Tablo 5.17. Hiyerarşik regresyon model 2'de anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları	65
Tablo 5.18. Hiyerarşik regresyon model 3'te anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları	66
Tablo 5.19. Hiyerarşik regresyon model 4'te anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları	67
Tablo 5.20. Hiyerarşik regresyon model 5'te anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları	68
Tablo 5.21. Hiyerarşik regresyon model 6'da (nihai modelde) uzamış yas belirtilerinin anlamlı yordayıcıları	70
Tablo 5.22. Nihai modelde uzamış yas belirtilerini yordayan faktörler ve yas belirtilerine etki yönleri	71

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün son verilerine göre 2021 yılında sağlık sorunları nedeniyle tüm dünyada yaklaşık 68 milyon insan hayatını kaybetmiştir (WHO, 2025). Bu kayıplara savaşlar, şiddet olayları, doğal afetler, kazalar, cinayetler ve intiharlar nedeniyle ölümler de eklendiğinde sayının çok daha fazla olacağı aşikardır. Tüm bu hayatını kaybeden insanlar geride kendisini seven yakınlarını bırakmaktadır. Yas süreci geride kalan kişiler için genellikle acılı bir süreç olsa da büyük kısmı gündelik hayatına devam edebilmektedir. Bu durum yas sürecinin bireyin uyum sağlayabileceği doğal bir yaşam olayı olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, yakınına kaybeden insanların bir kısmında kayıp sonrası ruhsal belirtiler daha uzun süreli ve/veya ağır seyredilmekte ve gündelik hayata uyumları zorlaşabilmektedir.

Yas süreci bireysellik gösterse de kaybı yaşayan kişinin ve kaybedilen kişinin özellikleri, kaybeden ve kaybedilenin ilişkisinin özellikleri, kaybın özellikleri, sosyal destek düzeyi gibi pek çok faktörle ilişkili olabildiği bilinmektedir. Uzayan yas belirtilerinin depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), intihar, kaygı bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozukluğu gibi çok sayıda psikiyatrik komorbiditeye sebep olabileceği bilinmektedir. Süreci etkileyen faktörlerin incelenmesi yas sürecini daha yakından anlamayı ve ruh sağlığına yönelik koruyucu ve önleyici hizmetlerin planlanabilmesini sağlayacaktır.

Sevilen bir yakının kaybı her yaşta olabilse de yaşlı bireyler, yaşamları boyunca daha fazla sayıda kayıpla karşılaşmakta ve buna bağlı olarak genelde yas sürecini daha sık ve yoğun yaşamaktadırlar. Yaşlılık döneminin kendine has özellikleri vardır, bu grupta yas sürecini değerlendiren çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle bu bireylerde yas süreci etraflıca anlaşılmış değildir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan bedensel hastalıklar, bilişsel kayıplar, sosyal desteğin niceliği ve niteliğindeki değişimler kişinin kayıpla baş etme sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörler olabilir. Öte yandan kişinin kayıplardan edindiği deneyimler, baş etme repertuarındaki zenginlik, yaşamdan beklentilerindeki farklılıklar bu süreci olumlu yönde etkileyebilir. Yas belirtilerinin şiddetli olması ve uzun sürmesinin sadece ruh sağlığı için sorun teşkil etmediği, kişide kardiyovasküler hastalık, bağışıklık baskılanması riskini ve buna bağlı mortaliteyi arttırdığı da düşünülmektedir (Nielsen ve ark. 2025). Bu tür bedensel hastalıkların yaşlılarda daha sık görüldüğü göz önüne alındığında, kayıp ve yas deneyimlerinin yaşlılarda bedensel sağlığı bozucu etkilerinin belirgin olabileceği de düşünülebilir. Hem dünyada hem de ülkemizde yaşlılarda kayıp ve yas deneyimlerini inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, bu

alışmalar genellikle kaybı yaşayan kişilerin demografik özellikleri, kaybın niteliği ve süresi gibi etkenlere odaklanmıştır. Özellikle lkemizde yaşlı bireylerde yas ve uzamış yas deneyimini etkileyen etmenler ayrıntılı şekilde ele alınmamıştır. Bu alışma, bir niversite hastanesinin psikiyatri ve geriatri polikliniğine başvuran, en az 6 ay önce bir yakınını kaybetmiş yaşlılarda uzamış yas belirtilerini yordayan faktörleri araştıracaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yas Kavramı ve Olağan Yas Belirtileri

Terminolojide kayıp (loss) genelde bir kişinin ölüm nedeniyle kaybına karşılık gelse de, Freud (1917) kaybın yalnızca sevilen birinin ölümü gibi somut olaylarla sınırlı olmadığını; aynı zamanda bir hedefin, düşüncenin ya da beklentinin yitilmesi gibi soyut durumları da içerebileceğini vurgulamıştır. Hatta sağlığın, evcil hayvanların veya önem verilen eşyaların yitilmesi durumlarının da kayıp olarak ele alınabildiği görülmektedir (Sharkin ve Knox, 2003). Sevilen birinin kaybı açıklanırken sıklıkla birbirinin yerine kullanılan ancak farklı anlamlara sahip terimler kullanılmaktadır. Yakın kaybı (bereavement); sevilen bir kişinin ölüm nedeniyle kaybının nesnel durumunu ifade eder. Matem (mourning); kayıp sonrası yaşanan süreci, kayıpla başa çıkma ile ilişkili kültürel, sosyal ve dini uygulamaları içerir. Yani kayıp sonrasında yaşanan, duygularımızı yansıtabilen veya yansıtmayabilen dışa dönük bir deneyimi ifade eder. Yas (grief); kayıp yaşayan bireylerde, kayba karşı duyulan duygusal tepki, özlem, kimlik karmaşası, anlam ve amaç kaybı ve diğer bilişsel, fiziksel ve davranışsal tepkileri kapsar (Stroebe ve ark. 2008; Sherar, Ghesquiere ve Glickman, 2013; Killikelly ve ark. 2025). Türkçe’ye baktığımızda ise yas ve matem sözcüklerinin anlam olarak birbirinden ayrıştırılmadığı ve birbirleri yerine kullanıldığı görülmektedir.

İnsanların ne kadar yoğun ve ne kadar uzun süre yas tuttukları konusunda belirgin bireysel farklılıklar olmakla birlikte kişide yakın kaybının ardından ortaya çıkan bedensel, bilişsel, duygusal, sosyal ve manevi tepkilerin bütünü yas belirtileri olarak değerlendirilmektedir. Yaşamın içinde ortaya çıkan doğal tepkiler olarak görülürler (Bonanno ve Kaltman, 2001).

İnsanlık tarihi boyunca yas belirtilerinin nasıl tanımlanacağı konusunda betimlemeler yapılmış olsa da özellikle son yüz yıl içinde bu konuda nesnel değerlendirmeler artmıştır. 1917 yılında Freud ‘Mourning and Melancholia’ adlı çalışmasında yas sürecinin doğasına değinmiştir. Freud’a göre temel yas belirtileri kişinin yoğun özlem ve acı duyduğu, dünyaya ilgi ve alakasını kaybettiği, yaşam enerjisinin inhibe olduğu, sevmeye yetisinin askıya alındığı, inkâr, ambivalan duygular ve kendine yönelik öfkeden oluşmaktadır. İlerleyen yıllarda Lindemann (1940), yürüttüğü nitel araştırmasında çok sayıda yaşlı bireyle görüşmüş ve yas tepkilerini sistematik olarak tanımlamaya çalışmıştır. 1944’te yayımladığı bulgularında, ölümle ilgili çağrışımlardan kaçınma, suçluluk duyguları, bedensel ağrı ve sızılarının yanı sıra ölen kişinin bazı özellikleriyle özdeşim kurma eğilimini, neredeyse tüm yaşlılarda ortak biçimde gözlenen belirtiler olarak vurgulamıştır.

1960'lı yıllardan sonra ise, yas tepkileri evre modelleri (stage) ve görev (task) yaklaşımlarıyla sınıflandırılmaya çalışılmıştır. Süreç içinde çok sayıda evre ve görev yaklaşımı betimlense de en yaygın olarak bilinen model Kübler-Ross'un (1969) modelidir. Elisabeth Kübler-Ross, terminal dönem hastalar, yaşlılar, çocuklar ve AIDS'li bireyler üzerinde yürüttüğü klinik gözlemler sonucunda, yakını ölen ya da ölmekte olan kişilerin deneyimlediği süreci beş evreyle modellemiştir: İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme. İnkâr evresinde kişi gerçeği reddederek yaşadığı şoku yumuşatmaya çalışır. Öfke evresinde kader, sağlık sistemi, ölen kişi, yakınlar veya kendine yönelen kızgınlık vardır. Üzüntü, yalnızlık gibi daha derin duygularla yüzleşmeye hazır olana kadar bir basamak görevi görür. Pazarlık evresinde önce ölen kişinin ölmemesi için neler yapılabileceği, sonra acısız bir ölüm için yapılabilecekler, son olarak da inancına göre bu kişiye tekrar kavuşmanın pazarlığı yapılır. Depresyon evresinde tanı olarak bir depresyondan bahsedilmez. Daha çok sevdiği yakını olmadan hayatın boş ve keyifsiz hissettirmesi ile kaybın duygusal ağırlığının hissedildiği evredir. Kabullenme evresinde kişi durumun değişmezliğini kabul edip görece bir dinginlik ve yeniden başlamaya hazırlık duygusuna ulaşmaya çalışır.

J. William Worden ise "evre" modelinden farklı olarak dört göreve dayalı yas modelini ilk kez 1982'de yayımladığı "*Grief Counseling and Grief Therapy*" el kitabında tanıtmıştır. Bu modelde görevler, bireyin süreçte daha aktif olduğu tamamlanması gereken işler olarak çerçevelenir. İlk görev kaybın gerçekliğini tanımak ve kabullenmek; ikincisi, yasin acısını yaşantılayıp bunu içsel olarak işlemek; üçüncüsü, yaşamı artık ölen kişinin bulunmadığı bir çevreye uyarlamak; dördüncü görev ise kaybedilen kişiyle kalıcı ama dönüştürülmüş bir bağı sürdürerek hayatı yeni düzende sürdürebilmektir. Modelin ayırt edici özelliği, döngüsel ve tekrarlı olmasıdır. Görevler sıralı değildir, biri kısmen tamamlandıktan sonra yeniden kişinin gündemine gelebilir. Ayrıca toplumsal cinsiyet rolü, kültür, ölümün niteliği (ani/beklenen), yas tutanın yaşı gibi "yas araçları" her görevin yoğunluğunu ve içeriğini değiştirebilir. Worden, el kitabının son baskılarında dördüncü görevin özellikle modern iletişim çağında yeni formlara dönüştüğü ve "bağı sürdürürken ilerleme" temasının Süregiden Bağlar kuramıyla da kesiştiğini belirtir (Worden, 2018). Bu durum modeli günümüz yas modelleri ve yaklaşımlarıyla uyumlu hale getirebilir.

Klinik uygulamalarda evre modelleri uzun bir süre kullanılıp kabul görse de bilimsel veriye dayalı çalışmalarda bu modellere yönelik çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Maciejewski ve arkadaşlarının (2007), kayıp yaşamış 233 kişiyi iki yıl boyunca takip ettiği ve Kübler-Ross'un evreleri açısından incelediği çalışmada kaybın hemen ardından inkâr ve şok tepkisi yerine kabullenmenin en baskın belirti olduğu bulunmuştur. Ayrıca evre modelinde

bulunmayan arzulama-hasret çekme (yearning) belirtisini yas şiddetinin en temel göstergesi olarak belirtilmişlerdir. Buna rağmen öfke ve depresyon belirtilerinin 4-6 ayda zirve yaptığını bularak bunun evre modeline yakın bir sonuç olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada bazı evreler kısmen kabul edilebilse de lineer sıralamanın desteklenmediği dikkat çekmektedir. Benzer şekilde, Kristensen ve arkadaşlarının 2020 yılında Norveç'te terör saldırısı sonrasında yaptığı boylamsal uzamış yas çalışması, yakın kaybı yaşayan 196 kişiyi üç yıl izledi. Orta-azalan, yüksek-yavaş azalan ve yüksek-kronik olmak üzere üç ayrı gidiş bulunduğu belirtilen çalışmada ne sırayı takip eden bir “öfke-pazarlık” dalgası ne de kabullenmenin evrenin son durağı olduğu gösterilebilmiştir. Bu çalışmalar dışında, Coleman ve Neimeyer (2010), evre modelinin özellikle yaşlı eş kaybı bağlamında yası ne ölçüde açıkladığını sınamak ve “anlam kurma” (sense-making) ile “anlam arama” (searching) süreçlerinin yas sürecinde uyumu daha iyi öngörüp öngörmediğini test etmek istemişlerdir. Bu kapsamda 250 dul 48 aylık bir prospektif çalışmada takip edilmiş ve yas belirtilerinin genel olarak ilk 6-18 ayda şiddetini yitirdiği ancak inkâr-öfke-pazarlık-depresyon-kabullenme şeklinde ardışık evrelerin görülmediği, özellikle inkâr ilk 6 ayda hızla azalırken kabullenmenin kaybın hemen arkasından orta-yüksek düzeyde izlendiğini belirtmişlerdir. Anlam arama/bulma dinamiğinin ise yas sürecine uyum sağlamakta zaman faktöründen güçlü olduğunu, kayıptan duyulan acı azalmasa da 48 ayda bu konuda oluşan pozitif duyguları açıklayabilen tek değişkenin anlam bulma olduğunu belirtmişlerdir. Evre modeline yönelik eleştiriler gibi Kübler-Ross'un kendisi de ölümünden önce bu evrelerin her zaman birbirini takip etmediğini, bireyin bu evreler içinde ileri-geri gidebileceğini ve her kayıptan sonra evrelerin tamamının yaşanmayabileceğini belirtmiştir (Kübler-Ross ve Kessler, 2005). Ayrıca bu zamana kadar hiçbir yas evre veya görev modeli, insanların kayıpla nasıl başa çıktıklarını, neden farklı zamanlarda farklı derecelerde ve türlerde sıkıntı yaşadıklarını ve sevdiği insanlar olmadan zamanla hayata nasıl veya ne zaman uyum sağladıklarını açıklayamamıştır (Zisook ve Shear, 2009). Son yıllarda bu konuda yapılan çalışmalar yasin yalnızca “hüzün” ya da “kabullenme” gibi basamaklarla açıklanamayacak kadar çok katmanlı bir yapıda olduğunu gösterse de bu modellerin yas sürecinde ortaya çıkan belirtileri betimleme konusunda büyük katkıları olduğu da bir gerçektir.

Günümüzde yas sürecinin evre ya da görev modellerinden ziyade, kişiden kişiye farklılık gösterebilen biyopsikososyal belirtiler bütünü olarak betimlenmesi daha çok kabul görmektedir. Sevdiği birini ölüm nedeniyle kaybeden bir kişinin tam olarak hangi yas belirtilerini göstereceğini kestirmek mümkün değildir. Kayıp sonrası verilen yas tepkilerinin kaybın ne koşullarda olduğuna, yas tutan kişinin kişilik özelliklerine, kaybedilen kişiyle olan ilişkinin niteliğine, kayıp sonrası sosyal desteğe göre oldukça değişebildiği vurgulanmaktadır

(Buur ve ark. 2024). Örnekle açıklamak gerekirse, kaybın şiddet içerikli, beklenmedik şekilde olması, kaybedilen kişinin yaşının genç olması, kaybedilen kişinin yas tutanın partneri ya da çocuğu olması durumunda yas belirtilerinin daha şiddetli ve uzun süreli olduğu belirtilmiştir (Redondo-Armenteros ve ark. 2025). Ayrıca yas tutan kişinin kaçınma, ruminasyon, yakınlık arayışı gibi maladaptif baş etme becerilerinin olması ile kayıp sonrası algıladığı sosyal desteğin zayıf olmasının da yas belirtilerinin şiddetini ve süresini artırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (Smith ve ark. 2024, Susanti ve ark. 2025).

Sevilen bir yakının kaybı sonrasında her bireyin verdiği tepkilerin oldukça kişisel ve pek çok faktöre bağlı olduğunu kabul etsek de bazı sık görülen belirtilerin bilinmesi kişinin yasının adaptif ilerleyip ilerlemediğinin ve sonucunda müdahale edilip edilmemesi gerektiğinin anlaşılması açısından önemlidir. Olağan yas sürecinde sık gözlenen belirtiler ve tepkiler 4 ana başlıkta özetlenebilir:

Somatik Belirtiler: Olağan yasin fiziksel boyutu çoğu bireyde ilk haftalar ve aylar boyunca kendini göstermektedir. İştahta azalma, kilo kaybı, uykusuzluk, yorgunluk, göğüste boşluk ya da sıkışma hissi, baş ağrıları ve tekrarlayan iç çekme (sighing) en yaygın fizyolojik tepkilerdir. Yas tepkilerini anlamak için 80 kişiden oluşan 1 yıllık izlem çalışmasında dul kalan bireylerin %70'inden fazlası ilk 2 ayda belirgin uyku-iştah bozukluğu bildirmiş ancak belirtilerin çoğu 6–12 ay aralığında kendiliğinden gerilemiştir (Clayton ve ark. 1968). Yaşlı katılımcılardan oluşan bir başka çalışmada katılımcıların yarısında “ölenin varlığını bedende hissetme” ve geçici görme-işitme halüsinasyonları saptanmıştır (Grimby, 1993). Zisook ve Shear (2009) da normal yas tepkilerinde yorgunluk, kas gerginliği ve sindirim şikayetlerinin sıkça izlendiğini vurgulamıştır.

Duygusal Belirtiler: Olağan yas, genelde yoğun hüznün ve özlem dalgalarıyla başlar ve bu duygulara öfke, suçluluk, korku, kaygı gibi karmaşık duygular da eşlik edebilir. Zisook & Shear (2009) dalgalı acı ve özlem nöbetlerinin ilk aylarda günde birçok kez yaşandığını ancak zamanla bu nöbetlerin seyrekleştiğini, kaybedilen kişiyi akla getirecek bir durumla karşılaşıldığında olabildiğini belirtmiştir. Bonanno ve Kaltman (2001), olumsuz duygular dışında yas sürecinde kısa süreli mizah, sıcak nostaljik hisler ve rahatlama anlarının da normal düzenleyici tepkiler olduğunu belirterek pozitif duyguların patolojik inkâr olarak yorumlanmaması gerektiğine vurgu yapmıştır.

Bilişsel Belirtiler: İlk evrede kayba karşı inkâr veya inanmama, zihinsel uyuşma, ölen kişiye ilişkin girici anılar ve “orada olduğunu hissetme” deneyimleri yaygındır. Bonanno ve Kaltman (2001), bu durumları “pangs of grief” (yas sancıları; kısa süreli ani keder dalgaları) ismiyle, genellikle kayıp sonrası ilk haftalardan aylara dek görülebilen ve ölen kişiye ait

hatırlatıcılarla tetiklenen ani, kısa süreli duygusal taşkınlık atakları sırasında görülen tipik bilişsel dalgalanmalar olarak tanımlar. Bu dalgalanmalar çoğunlukla zaman ilerledikçe azalır. Kayıp sonrası odaklanma güçlüğü, geleceği düşünmekte zorlanma, kimlikte belirsizlik gibi bilişsel aksaklıklara da dikkat çekilmektedir (U.S. Department of Veterans Affairs National Center for PTSD [NCPTSD], 2025). Yaşlı popülasyonda yas yaşayanların bir kısmında ise geçici varlık yanılsamaları (*sense of presence illusions*) ile ölen yakının hâlâ fiziksel ortamda bulunduğu dair kısa süreli, genellikle tek duyulu ve denetlenebilir algısal deneyimler bildirilmiştir. Boş yatak tarafının aniden ağırlık yapması, odadan çıkarken birinin peşinden geldiğini sanma, ölen eşin sesini adını seslenir gibi duyma, koridorun ucunda bir an siluet görme, tanıdık parfüm kokusunu hissetme gibi algısal deneyimler bu süreçte bir bozukluk değil olağan yas süreci tepkisi olarak görülmektedir (Grimby, 1993).

Davranışsal Belirtiler: Olağan yas tepkileri davranış düzeyinde yoğun ağlama atakları, sık mezar ziyareti ya da ölen kişiden kalan hatıra eşyaların tekrar tekrar kullanılması, sosyal ortamlardan geri çekilme, dalgınlık nedeniyle günlük rutinde sık hatalar yapma biçiminde gözlenir. Clayton (1968) kaybın ardından ilk haftalarda kişilerin %85’inde kontrolsüz ağlama ve %60’ında rutini sürdürmede yavaşlama saptamıştır. Zisook ve Shear (2009) ölenin odasını koruma, ses kayıtlarını dinleme gibi yakınlık sürdürme davranışlarının akut dönemde uyumu arttırabileceğini ancak uzun süreli kaçınmaların veya hatırlatıcılardan tamamen uzak durma halinin iyileşmeyi geciktirebileceğini vurgular. Ayrıca öfkeli çıkışlar, huzursuz dolaşma ve başkalarından uzaklaşmanın normal yas repertuarının parçası olduğu belirtilmektedir (NCPTSD, 2025).

Geçmiş dönemlerde klinik görüşler ve çalışmalarda yas tepkilerinin genel olarak kaybın hemen ardından daha şiddetli bir biçimde yaşandığı, seyir içinde zamanla bu belirtilerin azaldığı şeklinde genel bir kabulün olduğu görülmektedir. Hatta kaybın hemen ardından yas belirtilerinin belirgin şekilde görülmemesinin bir çeşit anormal yas tepkisi olduğu ve bu kişilerin uzun dönemde daha ciddi duygusal ve davranışsal tepkiler gösterebileceği görüşü hakimdi. (Bonanno, 2005). Bu genel görüşün aksine, son yıllarda olağan yas tepkilerinin farklı örüntülerle ortaya çıkabileceği düşüncesi belirmiştir. (Arizmendi ve O’Connor, 2015; Bonanno, 2005). Arizmendi ve O’Connor (2015) derlemesinde, olağan yasin her zaman yüksek yoğunluklu belirtilerle başlayıp giderek azalan dalgalanmalar şeklinde kabul gören paterni yerine 4 ayrı yörünge tanımlanmıştır. Bunlar: Dayanıklılık (resilience), kronik yas (chronic), depresyon-iyileşme (distressed-improved), kronik depresyon (chronic depression) yörüngeleridir. Dayanıklılık yörüngesinde kişi sürekli düşük veya çok düşük belirti şiddeti ile günlük işlerini sürdürür. Arada kısa “yas dalgaları” yaşayabilse de genel uyumu yüksektir.

Kronik yas yörüngesindeki kişide süreğen bir şekilde yoğun özlem, duygusal taşkınlıklar ve bir şekilde işlev kaybı mevcuttur. Belirtiler ilk yıldan sonra da yüksek kalır ve bu grup uzamış yas için en riskli grubu oluşturur. Depresyon-iyileşme yörüngesi genelde bakımveren veya ölen kişiyle çatışmalı bir ilişki paterni olanlarda görülür. Bu yörüngede kişi kayıptan önce ya da hemen sonra yüksek yas belirtileri gösterse de bu belirtiler kayba olumlu anlam bulma ile 6–18 ay içinde belirgin bir şekilde geriler. Kronik depresyon yörüngesinde kişide kayıptan önce var olan veya çok erken dönemde gelişen depresyonun devamı veya şiddetlenmesi söz konusudur. Yas belirtilerinden ziyade yaygın bir anhedoni, değersizlik ve umutsuzluk düşünceleri kliniğe hakimdir (Arizmendi ve O’Connor, 2015).

Yaşlılarda olağan yasin temel belirtileri, diğer yetişkinlerde olduğu gibi özlem (yearning), üzüntü, dalgınlık, zihnin sık sık ölen kişiye yönelmesi, uyku-iştah değişiklikleri ve zaman zaman gerçekdışılık hissidir. Bu “akut yas” tepkileri, yakınlığı kaybetmenin doğal sonucu olarak ortaya çıkar ve çoğu kişide aylar içinde dalgalanarak azalır (Shear, Ghesquiere ve Glickman, 2013).

Geç yaşta yasin ayrıştığı noktalar, daha çok bağlam ve sağlıkla ilgili olabilmektedir. Dul kalma sonrasında yaşlılarda depresyon oranları ilk aylarda kabaca %15–30 arasındadır ve bir kısım bireyde bu durum 1 yılın sonunda da sürer. Buna eşlik eden özgün riskler; yalnızlık ve sosyal ağların daralması, günlük alışkanlıklarda bozulma (uyku, beslenme, fiziksel aktivite), kronik hastalık yükü ve sağlık hizmeti kullanımındaki değişikliklerdir. Sağlıkla ilgili davranış değişimleri ve fizyolojik hassasiyetler, “dul kalma etkisi” diye bilinen morbidite ve mortalite artışıyla da ilişkilendirilmiştir (Carr, Nesse ve Wortman, 2005; Elwert ve Christakis, 2008; Subramanian ve ark., 2008; Stahl ve Schulz, 2014)

Duygusal düzenleme açısından yaşla birlikte bazı koruyucu eğilimler de gözlenebilmektedir. Yaşlı yetişkinler, yaşam süresinin sınırlılığını daha çok hisseder ve duygusal anlam arayışına öncelik verebilirler. Bu durum, bazı çalışmalarda genç yetişkinlere kıyasla daha iyi duygu düzenleme ve duygusal reaktivitede azalma ile ilişkilidir. Eş kaybı geç yaşta çoğu zaman “zamanı gelmiş” bir kayıp olarak algılandığı için, kayıp bağlamı travmatik değilse yas tepkilerinin yoğunluğu genç yaşa göre daha düşük olabilir. Ama buna rağmen yalnızlık ve işlevsel zorluklar daha belirgin olarak devam edebilir (Charles, 2010; Carstensen, 2021; Boerner, Stokes ve Jansen, 2024).

2.2.Uzamış Yas Bozukluğu

2.2.1. Kavramın Evrimi

Olağan yas sürecinde görülen tepkilerin patolojik olmadığı bilinse de bazı durumlarda yasin patolojik seyredediği görülmektedir. Uzun yıllardır yasla ilgili komplikasyonlar uzamış yas (prolonged grief), komplike yas (complicated grief), travmatik yas (traumatic grief) veya patolojik yas (pathological grief) gibi farklı terimlerle ele alınmıştır (Zisook ve Shear, 2009; Shear, Ghesquiere ve Glickman, 2013; Zisook ve ark., 2014). Terimler arasındaki farklılıklar, aslında bozukluk olarak değerlendirilebilecek bir yas sürecinin nasıl olacağına tartışmasında yatmaktadır. Bazı araştırmacılar bu süreçte bireylerin bütünüyle kendilerine özgü belirtiler yaşadıklarını dolayısıyla da bu durumun komplike yas olarak adlandırılması gerektiğini düşünmektedir (Horowitz ve ark. 1997; Shear ve ark. 2011). Ancak pek çok araştırmada aslında sürecin olağan yas tepkilerinden çok farklı olmadığı, yalnızca bu kişilerde belirtilerin daha şiddetli olduğu ve daha uzun süreler devam ettiği ve bu durumun kişilerin işlevselliğini etkilediği görülmüştür (Prigerson ve ark. 1995; Prigerson ve ark. 2009; Maciejewski ve ark. 2016). Bu nedenle yas araştırmalarının çoğunda ve özellikle günümüzde ‘uzamış yas’ terminolojisi daha çok kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan tanı kriterleri el kitabının son baskısı ICD -11’de (International Classification of Diseases) ‘Uzamış Yas Bozukluğu (Prolonged Grief Disorder)’ tanı kategorisi eklenmiştir (WHO, 2018). DSM-5 TR’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision) de tanı aynı isimle kabul edilmiştir (American Psychiatric Association, 2022). Bu bağlamda yürütülen tez çalışmasında, alan yazınla tutarlılık sağlamak amacıyla “Uzamış Yas” ve “Uzamış Yas Bozukluğu” terimlerinin kullanılmasına karar verilmiştir.

2.2.2. Uzamış Yas Bozukluğu Tanı Kriterlerinin Belirlenmesi

2.2.2.1. Klinik Gözlem Süreci

Olağan yas süreci ile anormal yas arasındaki farkı ilk tanımlayan Freud olmuştur. Freud (1917) ‘mourning and melancholia’ isimli makalesinde normal yası ‘mourning’ kelimesiyle, anormal yası ise ‘melancholia’ kelimesiyle tanımlamıştır. Bu tanımlamada olağan yas sürecindeki kişi kaybın ardından sevdiği nesnenin geri gelmeyeceği gerçeğini kabul eder ve sevgi enerjisini acı verici de olsa yavaş yavaş o nesneden çekip başka bağlara yönlendirir. Anormal yas dediği melankolide ise aynı kayıp gerçekliği, benlikte bambaşka bir dinamiği tetikler. Kişi sevgi enerjisini nesneden geri çekmek yerine kaybedilenle gizli bir özdeşleşme kurar ve kaybedilen nesne adeta egonun içine alınır. Bu noktada ikircikli duygular (ambivalence) olan sevgiyle birlikte kızgınlık da içe dönerek benliğe yönelir. Sonuçta ego

“kendisine düşman kesilir” ve yoğun bir şekilde öz-değersizlik, kendini suçlama, günahkârlık, hatta intihar düşünceleri dahi ortaya çıkabilir. Freud, bu kendini yıpratıcı içe dönük öfke ve benlik değeri çöküşünü melankolinin ayırt edici özelliği olarak görmektedir.

İlerleyen yıllarda Lindemann (1944) Boston’daki bir gece kulübü yangınında yaşamını yitirenlerin yakınlarıyla yaptığı görüşmelerden yola çıkarak normal ve patolojik yas arasındaki ayrımı incelemiştir. Elde ettiği veriler doğrultusunda, somatizasyon, toplumsal açıdan içe çekilme, manik taşkınlık, düşmanca duygular, kendine zarar verme düşünceleri ile belirgin depresif ruh halinin patolojik (anormal) yası gösteren belirgin işaretler olduğunu ileri sürmüştür. Engel (1961) ise yasin doğal bir tepki olduğunu vurgulasa da bazen “nesne kaybı” sebebiyle özellikle akut dönem şok-inkâr evresini takiben derin hüznün, suçluluk, utanç, boşluk duygusu, iştah kaybı, uyku bozukluğu, dikkat azalması ve işlev kaybı gibi belirtilerle patolojik yasin ortaya çıktığını ve diğer pek çok hastalık gibi tanımlanıp tedavi edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bowlby’ye (1969, 1980) göre ise anormal yas iki şekilde ortaya çıkabilir. Ona göre ya bağlanma nesnesinden kopulamayan ve özlem-protesto tepkilerinin (ağlama, yoğun kaygı, korku, güvensizlik) yıllar sürdüğü bir süreçle ya da kayıpla ilgili duyguların bilinçten uzak tutulduğu (defensive exclusion), dışarıdan “iyi başa çıkıyor” gibi görünse de aslında protesto tepkilerinin bastırıldığı bir süreçle anormal yas belirtileri ortaya çıkabilir.

2.2.2.2. Horowitz’in Sınıflandırma Çalışmaları

Klinik gözleme dayalı yaklaşımlardan sonra normal-anormal yas ayrımı ve bir süre sonra anormal yastan uzamış yas olarak tanımlanacak belirtileri tanımaya ve tanımlamaya yönelik kanıta dayalı ve geniş örneklemlerle oluşturulan yaklaşımlar ortaya çıkmıştır.

Horowitz ve çalışma arkadaşları (1984), patolojik (anormal) yas kavramının kuramsal temelini 1980’lerin başında atarak, klinik gözlemlerden türettikleri üç ana belirti kümesi olan girici düşünceler/duygular, kaçınma davranışları ve kaybın gerçekliğini kabullenememe ile normal yasin nereye kadar uzanabildiğini, sürecin nerede bozulduğunu tanımlamaya çalışmışlardır. Bu kuramsal çerçeveyi DSM-III-R’ye (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 1987) hazırlık sürecinde geliştirilen SCID-NP (Structured Clinical Interview) görüşme protokolüne uyarlamış ve 30 maddelik bir belirti listesi oluşturmuşlardır. Bu listenin amacını, klinisyene “normal-anormal” ayrımında ölçülebilir bir sınır çizmek olarak belirlemişlerdir.

Yaklaşımı sahada test etmek için Horowitz ve ekibi, eş kaybı yaşamış dul bireylerden oluşan 70 katılımcılı bir çalışmada iki farklı zamanda yapılan klinik değerlendirme ile söz konusu 30 belirtinin geçerliliğini sorgulamıştır. Sonuçları değerlendirdiklerinde, yasa dair istem

dışı düşünceler, şiddetli özlem/keder, yalnızlık/boşluk duygusu, öleni hatırlatan durumlardan kaçınma, anlamsızlık hissi, uyku bozuklukları ve genel ilgi kaybı gibi listedeki belirtilerin ilk 12 ayda azalmak yerine bu süreyi aşacak biçimde devam etmesiyle, yas sürecinin “normal adaptasyondan saparak” anormal yas bozukluğuna dönüştüğünü belirtmişlerdir (Horowitz ve ark. 1997).

2.2.2.3. Prigerson’ın Tanı Kriterleri ve Ölçek Geliştirme Çalışmaları

1990’ların ortasında Prigerson ve arkadaşları bazı yas tepkilerinin (özlem ve arayış hali, ölümü kabullenememe, donakalma, ölenle aşırı zihinsel meşguliyet vb.) depresyon ve anksiyeteden nitel olarak ayrıştığını ve uzun dönem işlev kaybını öngördüğünü düşünerek Karmaşık Yas Envanteri (Inventory of Complicated Grief) (ICG)’ni geliştirdi. Anormal yas belirtilerini ölçmek için 97 yaşlı ve eşini kaybetmiş bireyle yürütülen çalışmada bir madde havuzu oluşturmuş, daha sonra bu madde havuzunu yası depresyondan ayırabilecek ve normal yas tepkilerinden ayrışacak şekilde daraltmış ve sonuçta 19 maddeden oluşan 5’li Liket tipi bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir (Prigerson ve ark. 1995). Takip eden yıllarda ICG’nin çok sayıda farklı dile çevrildiği ve çok sayıda farklı örnekleme kullanıldığı görülmektedir.

Bu temelin üzerine, 2009’da Prigerson’ın öncülük ettiği çok merkezli bir projede ICG’de yer alan 19 madde kullanılarak anormal yas olgusunun tanı kriterlerinin ve tanı algoritmasının oluşturulması, ardından da bu algoritmanın ve kriterlerin DSM-5 (APA, 2013) ve ICD-11’e (WHO, 2018) önerilmesi hedeflenmiş ve daha önce literatürde anormal yas, komplike yas olarak adlandırılan tanının bu çalışmadan itibaren ‘Uzamış Yas Bozukluğu’ olarak adlandırılması kararlaştırılmıştır. Çalışmada uzamış yası tanımlamak için kullanılacak tanı algoritmasının özgüllüğü ve duyarlılığı sınanmış ve uzamış yas bozukluğunun depresyon ve travma sonrası stres bozukluğundan ayrı bir sendrom olarak tanımlanabileceği ve bu tanının klinik öngörü gücünün yüksek olduğu gösterilmiştir (Prigerson ve ark. 2009). Prigerson ve arkadaşları (2009) ICG’yi kısaltarak yeni oluşturdukları uzamış yas bozukluğu tanı kriterlerini ve tanı algoritmasını değerlendiren bir öz-bildirim formu oluşturmuşlardır. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (Prolonged Grief Disorder Scale, PG-13) olarak adlandırdıkları 13 değişkeni değerlendiren bu ölçeğin hem uzamış yas bozukluğu tanısı koymak hem de uzamış yas belirti şiddetini ölçmek için kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Günümüzde hala pek çok çalışmada etkin bir şekilde bu amaçla kullanıldığı bilinmektedir. Mevcut çalışmamızda da bu amaçla kullanılması uygun bulunmuştur.

2.2.2.4. Shear'in Komplike Yas Kriterleri

DSM-5 hazırlıkları yapıldığı dönemde Shear ve arkadaşları (2011), yas vakaları üzerinde yaptıkları gözleme dayanarak, Prigerson ve arkadaşlarının (2009) kriterlerine alternatif bir anormal yas tanısı oluşturmuşlardır. Shear ve arkadaşları (2011) çalışmalarında ICG kesme puanını kullanarak katılımcı grubunu ikiye ayırmış, iki grup arasında yapılan karşılaştırma ve duyarlık-özgüllük analizleri ile farklı belirti kombinasyonlarının ayırt etme gücünü karşılaştırmışlardır. Ayrıca ICG maddeleri üzerinde faktör analizi yaparak belirtilerin 6 alt küme etrafında kümelenildiğini göstermiş ve 'Komplike Yas Kriterlerini' oluşturmuşlardır.

Shear ve arkadaşları (2011) tarafından oluşturulan tanı kriterleri büyük ölçüde Prigerson ve arkadaşları (2009) tarafından oluşturulan Uzamış Yas Bozukluğu tanı kriterleriyle örtüşse de bazı yönlerden ayrıştıkları görülmektedir. Prigerson ve arkadaşlarının (2009) önerdiği ölçütler "ayrılık acısı/özlem" i zorunlu çekirdek belirti olarak konumlandırmıştır. Ayrıca belirli sayıda ikincil belirti ile süre ve işlev kaybı koşulları aranmıştır. Shear ve arkadaşları (2011) ise çalışmalarında özlem bildirmeyen ama klinik olarak komplike yas tanısına uyan bir alt grup olduğuna vurgu yaparak özlemin zorunlu kılınmasının duyarlılığı düşürdüğünü göstermiş ve ayrılık acısının farklı fenomenolojik görünümünü de kabul eden daha kapsayıcı ölçütler sunmuşlardır. Bununla birlikte Shear ve arkadaşları (2011) en az 1 ay boyunca süreklilik gösteren şiddetli belirti ve işlevsellikte bozulma koşulu ile kültürel uygunluk ibaresini ölçüt metnine açıkça ekleyerek olağan yasta görülen kısa süreli dalgalanmaları dışlamaya ve kültürel çeşitliliği gözlemeye çalışmışlardır. Son olarak, komplike yasin depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu ile sıklıkla eşzamanlı görülebileceğini, bu nedenle hiyerarşik dışlamaların klinisyenleri yanlış yönlendirebileceğini belirterek hiyerarşik dışlama maddesinin kaldırılmasını önermişlerdir.

2.2.3. Tanı Kategorisi Olarak Uzamış Yas Bozukluğu

Uzamış Yas Bozukluğu'nun Depresyon, Anksiyete Bozuklukları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu'ndan farklı bir psikopatoloji olduğuna dair özellikle 1990'lı yıllarda artan görüşlere rağmen bozukluğun DSM ve ICD gibi yaygın olarak kullanılan tanı ve sınıflama sistemlerinde yer bulması daha geç olmuştur. Sevilen bir kişinin kaybına verilen tepkiler ilk olarak DSM-III'te majör depresyon tanısında dışlayıcı kriter olarak ve V kodu ile gösterilen "klinik öneme sahip olabilecek ancak kendisi ruhsal bozukluk olmayan durumlar" içerisinde yer almıştır (APA 1980). DSM-IV-TR'de ise kayıp sonrasında belirtiler majör depresyon tanısını karşılarsa da kişinin kayıptan sonra en az 2 ay geçmeden major depresyon tanısı alamadığı belirtilmiştir (APA 1994).

Önce Prigerson ve arkadaşları (2009), daha sonra ise Shear ve arkadaşları (2011) belirledikleri kriterleri DSM-5 (APA, 2013) ve ICD-11'e (WHO, 2018) önermiş ve uzamış yasın tanı olarak kabul edilmesini istemişlerdir. DSM-5 komitesi süre konusunda normal yas sürecinin medikal tedavi gerektiren bir durum gibi algılanmaması için tanı için gereken süreyi Prigerson ve Shear'in önerdiği 6 aydan farklı olarak 12 aya çıkarmıştır. Ayrıca bu tanının geçerli bir tanı olup olmadığına dair yeterli veri olmadığını belirterek odak oluşturabilecek tanılar (Conditions for Further Study) kategorisi içinde 'Kalıcı Komplike Yas Bozukluğu (Persistent Complex Bereavement Disorder)' şeklinde bir kriter seti oluşturmuşlardır (Mearcker ve ark. 2013; APA, 2013). ICD-11 süreci DSM'den farklı ilerlemiş, 6 aylık süre kriteri ile 'Uzamış Yas Bozukluğu' ismiyle ayrı bir tanı kategorisi olarak ele alınmıştır (WHO, 2018). Nihayetinde DSM-5-TR 'de (APA, 2022) de travma ve stresörle ilişkili bozukluklar başlığı içerisinde 'Uzamış Yas Bozukluğu' ismiyle resmi bir tanı olarak yer almıştır. Güncel tanı algoritmalarının karşılaştırılması Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1 Uzamış Yas Bozukluğu'na ilişkin güncel tanı kriterlerinin karşılaştırılması

Uzamış Yas Bozukluğu (Prigerson ve ark., 2009)	Karmaşık Yas Bozukluğu (Shear ve ark., 2011)	ICD – 11: Uzamış Yas Bozukluğu (WHO, 2018)	DSM-5: Süreğen Kompleks Yas Bozukluğu (APA, 2013)	DSM -5-TR : Uzamış Yas Bozukluğu (APA, 2022)
A: En az 6 ay önce kayıp yaşamış olmak	A: En az 6 ay önce kayıp yaşamış olmak	A: En az 6 ay önce kayıp yaşamış olmak	A: En az 12 ay önce kayıp yaşamış olmak	A: En az 12 ay önce kayıp yaşamış olmak (çocuk ve ergenlerde en az 6 ay önce)
B: Aşağıdaki belirtilerden en az bir tanesinin en az günde bir defa yaşanıyor olması:	B: Aşağıdaki belirtilerden en az bir tanesinin her gün yaşanıyor olması:	B: Aşağıdaki belirtilerden en az bir tanesinin sıklıkla yaşanıyor olması:	B: Aşağıdaki belirtilerden en az birinin klinik olarak anlamlı düzeyde deneyimlenmesi:	B: Aşağıdaki belirtilerden en az birinin en az 1 ay boyunca hemen her gün yaşanıyor olması:
1-Ölen kişiyi arzulama veya hasretini çekme (yearning or longing)	1-Şiddetli arzulama ve hasret çekme	1- Ölen kişiyi arzulayıp hasretini çekmek	1-Arzulama/hasret çekme (yearning)	1- Ölen kişiye karşı yoğun özlem/hasret.
2- Zihnin sürekli ölenle veya ölümle meşgul olması	2-Yoğun yalnızlık, anlamsızlık veya boşluk hissi	2- Zihnin sürekli ölen kişiyle meşgul olması	2- Yoğun üzüntü ve duygusal ızdırap	2- Ölen kişiyle ilgili düşünceler veya anılarla meşgul olma
	3-Onsuz yaşamının katlanılmaz olduğu hissi		3- Zihnin sürekli ölen kişiyle meşgul olması	
	4-Zihnin sürekli ölen kişiyle meşgul olması		4- Zihnin sürekli ölümün anıyla meşgul olması	
C: Aşağıdaki belirtilerinin en az 5 tanesinin en az günde bir defa yaşanıyor olması:	C: Aşağıdaki belirtilerin en az 2 tanesinin her gün yaşanması:	C: Aşağıdaki belirtilerden en az biriyle birlikte kişinin şiddetli bir duygusal ızdırap yaşamaması:	C: Aşağıdakilerden en az 6'sını sıklıkla veya klinik olarak anlamlı düzeyde yaşanıyor olmak:	C: Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün klinik olarak anlamlı derecede en az 1 aydır hemen her gün yaşanıyor olması:
1- Kimlik duygusunda azalma/ Rol karmaşası (bir parçasının öldüğü hissi)	1- Ölümle ilgili ruminasyon	1- Üzüntü	1- Ölümü kabullenmekte zorlanma	1- Ölümünden bu yana kimlik bozulması
	2- Kaybın gerçekliğini kabullenmekte güçlük	2- Suçluluk	2-İnanamama veya hissizlik	
		3- Öfke		

<p>2- Kaybı kabullenmekte güçlük 3- Kaybın hatırlatıcılarından kaçınma 4- Diğer insanlara güvenmekte güçlük 5- Ölümle ilişkili öfke 6- Hayata devam etmekte (yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgiler geliştirmek vs.) zorluk 7- Hissizlik/donukluk 8- Anlamsızlık ve boşluk hissi 9- Kayıptan beri afallamış, şok olmuş, hayrete düşmüş hissetme</p>	<p>3- Şok olma, afallama veya duygusal donukluk 4- Öfke 5- Diğer insanlara güvenmekte güçlük veya kayıp yaşamayan insanlara karşı kıskançlık 6- Kaybedilen kişinin ölmeden önce yaşadığı belirtileri sergilemek 7-Kaybın hatırlatıcılarına karşı duygusal ve fiziksel tepkiler göstermek 8- Kaybın hatırlatıcılarından kaçınmak veya ölen kişiye yakın olma arayışı</p>	<p>4- İnkâr 5- Kendini suçlama 6- Ölümü kabullenmekte güçlük çekme 7-Olumlu duyguları deneyimlemekte zorluk çekme 8- Hissizlik/donukluk 9- Sosyal hayata katılmakta güçlük yaşama</p>	<p>3- Ölen kişiyi olumlu bir şekilde yâd edememe 4- Öfke 5- Kendini suçlama/ kendilikle ilgili negatif bilişler 6- Kaybı hatırlatıcılarından kaçınma 7- Ölen kişiyle birlikte ölmüş olma isteği 8- Diğer insanlara güvenmekte zorluk çekme 9- Yalnız veya insanlardan kopuk hissetme 10- Hayatın boş ve anlamsız olduğu hissi 11- Rol karmaşası veya kimlik duygusunda azalma 12- İlgi kaybı veya gelecek planı yapamama</p>	<p>2- Ölüm hakkında belirgin inanmazlık hissi 3-Kişinin öldüğünü hatırlatan şeylerden kaçınma 4-Ölümle ilgili yoğun duygusal acı 5- Ölümünden sonra kişinin ilişkilerine ve faaliyetlerine yeniden entegre olma zorluğu 6- Ölümün bir sonucu olarak duygusal uyuşukluk 7- Ölümün bir sonucu olarak hayatın anlamsız olduğu hissi 8-Ölümün bir sonucu olarak yoğun yalnızlık</p>
D: Sosyal-mesleki alanlarda işlevselliğin bozulması	D: Sosyal-mesleki alanlarda işlevselliğin bozulması	D: Sosyal-mesleki alanlarda işlevselliğin bozulması	D: Sosyal-mesleki alanlarda işlevselliğin bozulması	D: Sosyal-mesleki alanlarda işlevselliğin bozulması
		E: Yas tepkisinin süresi ve şiddeti, bireyin kültürü ve bağlamı için beklenen sosyal, kültürel veya dini normları açıkça aşmaktadır.		E: Yas tepkisinin süresi ve şiddeti, bireyin kültürü ve bağlamı için beklenen sosyal, kültürel veya dini normları açıkça aşmaktadır.
				F: Belirtiler diğer ruhsal bozukluklar ve ilaç-madde ya da diğer tıbbi durumlarla açıklanamaz.

2.2.4. Farklı Tanı Algoritmalarının Karşılaştırılması

Tanı algoritmalarının yeni yeni şekillenmesi bu algoritmaların klinik kullanımda ne kadar işe yaradığının araştırılmasına sebebiyet vermiştir. DSM-5-TR (2022) yayınlanmadan önce Maciejewski ve arkadaşları (2016) yaşlı 296 kişiyle yürüttükleri boylamsal çalışmada, tanı öneri ve ölçütlerini test etmiş ve çalışma sonucunda her bir tanı algoritmasını karşılayan yaygınlık oranlarını Uzamış Yas Bozukluğu (Prigerson ve ark., 2009) %11.9, Karmaşık Yas Bozukluğu (Shear ve ark., 2011) %30.2, Süreğen Komplike Yas Bozukluğu (APA, 2013) %14.2 ve Uzamış Yas Bozukluğu (WHO, 2018) için %12.7 olarak bulmuştur. Bu sonuçlara göre Uzamış Yas Bozukluğu (Prigerson ve ark., 2009), Süreğen Kompleks Yas Bozukluğu (APA, 2013) ve Uzamış Yas Bozukluğu (WHO, 2018) tanılarının yaygınlık oranları açısından anlamlı düzeyde farklılık göstermediği ancak Karmaşık Yas Bozukluğu (Shear ve ark., 2011) tanı algoritmasının anlamlı düzeyde daha fazla yaygınlık oranı gösterdiği bulunmuştur. Özgüllük açısından değerlendirildiklerinde Uzamış Yas Bozukluğu (Prigerson ve ark., 2009), Kalıcı Kompleks Yas Bozukluğu (APA, 2013) ve Uzamış Yas Bozukluğu (WHO, 2018) tanı algoritmaları için özgüllük değerleri sırasıyla %98, %95 ve %96 olarak hesaplanırsa da Karmaşık Yas Bozukluğu (Shear ve ark., 2001) tanısı için hesaplanan özgüllük değeri %78 olarak bulunmuştur. Ayrıca diğer üç tanı algoritmasının aksine Karmaşık Yas Bozukluğu (Shear ve ark., 2011) tanı algoritmasının pozitif yordayıcı değerinin (positive predictive value) de kabul edilebilecek bir düzeyde olmadığı bulunmuş ve tüm bu sonuçlar Karmaşık Yas Bozukluğu (Shear ve ark., 2011) açısından olumsuz bir değerlendirme oluşturmuştur.

DSM-5-TR (2022) yayınlandıktan sonra Haneveld ve arkadaşlarının (2022) 193 yaşlı kişiden oluşan ICD-11 (2018) ve DSM-5-TR (2022)'nin Uzamış Yas Bozukluğu tanı kriterlerinin uyumunu araştırdığı çalışmada Uzamış Yas Bozukluğu tanı yaygınlık oranı DSM-5-TR'de %52 bulunurken ICD-11'de bu oran %76 bulunmuş ve tanı ölçütleri birbirine uyumlu bulunmamıştır. ICD-11'de eşlikçi belirtilerin sayısını arttırmanın iki tanı algoritması arasındaki uyumu arttırmadığı ancak ICD-11'in süre ölçütününün 12 aya çıkarılmasının algoritmalar arasındaki uyumu neredeyse mükemmel taşıdığı bulunmuştur. Ayrıca DSM-5-TR ölçütleri daha çok bağlanma/kimlik eksenli belirtileri yakalarken, ICD-11 ölçütlerinin ise duygusal acı/özlem kümesine daha fazla ağırlık verdiği tespit edilmiş ve bu farklılığın aynı bireyde farklı müdahale hedefi ve öncelik sırası belirlenmesine sebep olabileceği bildirilmiştir. Ancak bu çalışmadan farklı olarak Boelen ve Lenferink (2020) 6 tanı algoritmasını karşılaştırdığı

çalışmasında ICD-11 ölçütlerinde eşlikçi belirtilerin artmasının uyumu arttırdığını bulmuştur. Yine de Prigerson ve arkadaşlarının (2009) tanımladığı Uzamış Yas Bozukluğu ölçütlerinin tek boyutlu yapıda olması ve bu sayede ölçme ve karar vermenin basit olduğunu, düşük semptom kombinasyon sayısı sayesinde daha az heterojenite gösterdiğini ve diğer ölçütlerle karşılaştırıldığında makul tanı yaygınlık oranı verdiğini vurgulayarak muhtemelen en iyi doğrulanmış kriter seti olduğu yorumunda bulunmuşlardır (Boelen ve Lenferink, 2020). Sonuç olarak, bu bilgiler ışığında ve Prigerson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen Uzamış Yas Bozukluğu tanı ölçütlerinin özgüllük ve duyarlılık değerlerinin oldukça yüksek olması, farklı dil ve kültürlerde yaygın bir biçimde kullanılıyor olması, öz bildirim olarak ölçülmesinin kolaylığı da düşünülerek ilgili çalışmada uzamış yas belirtilerinin ölçülebilmesi için kullanılmasına karar verilmiştir.

2.2.5. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Diğer Psikiyatrik Tanılardan Farkları

Kişinin sevdiği bir yakını ölüm nedeniyle kaybetmesi yaşamı boyunca karşılaşacağı en büyük stresörlerden biridir. Bu nedenle kayıp ve sonrasında gelişen yas süreci Uzamış Yas Bozukluğu dışında pek çok psikopatolojiyi tetikleyebilmektedir. Bu psikopatolojilerin başında da Depresyon, Anksiyete Bozuklukları ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu gelmektedir (Prigerson ve ark., 1996). Uzamış Yas Bozukluğu tanısının varlığının konuşulduğu süreçlerde bazı araştırmacılar ve sık kullanılan sınıflama sistemleri, uzamış yasin depresyon ve TSSB ile yüksek düzeyde örtüştüğünü ve komorbidite oranlarının da yüksek olduğunu belirtip aslında uzamış yasin bir çeşit depresyon veya TSSB olarak kabul edilmesinin yerinde olacağını belirtmişlerdir (APA, 1994; WHO, 2010; Zisook ve ark., 2012). Depresyonla karşılaştırıldığında üzüntü, ağlama, sosyal çekilme, uyku bozukluğu, suçluluk ve intihar düşüncelerinin her ikisinde de görülebilen benzer belirtiler olduğu kabul edilir. Öte yandan depresyonda çökkün duygudurum ve ilgi-istek kaybı (anhedoni) genelde yaygın bir durumdur. Tetikleyici ve hatırlatıcılardan bağımsız gün boyu sürer. Uzamış yas bozukluğunda ise duygudurum dalgalanmaları daha çok kayıp ve onun hatırlatıcıları ile ilişkilidir. Ayrıca Uzamış Yas Bozukluğunda özlem, yeniden birleşme isteği, yakınlık arayışı ve kayıp gerçekliğine ait acı verici hatırlatıcılardan kaçınma ön plandayken, depresyonda içe çekilme ise, daha genel isteksizlik ve enerji düşüklüğü ile ilişkilidir (Szuhany ve ark., 2021).

Uzamış Yas Bozukluğu ve TSSB arasındaki temel farklara baktığımızda ön planda fark edilen her iki psikopatolojide görülen duygulardır. TSSB'de baskın olan duygu korku iken uzamış yas bozukluğunda özlem ve üzüntü daha yaygındır. Ayrıca TSSB'de istemsiz

düşüncelerin içeriği travmatik olayla ilişkiliyken uzamış yas bozukluğunda ise içerik daha çok ölümün koşullarıyla ilişkilidir. Buna rağmen her iki düşünce içeriği şiddetli veya kaza sonucu bir ölüm durumunda örtüşebilir. Kaçınma davranışı olarak karşılaştığımızda, TSSB’de genellikle güvenlik endişeleriyle veya potansiyel tehdidi azaltmakla ilişkili olduğu fark edilir. Oysa ki Uzamış Yas Bozukluğunda kaçınma, kaybın ve kalıcılığının acı verici hatırlatıcılarından kaçınmakla ilişkilidir. Bütün bunların dışında, aşırı uyarılma ve aşırı tetikte olma hali sıklıkla TSSB ile ilişkilendirilirken, ölen kişi olmadan hayata yeniden katılmanın zorlukları (örneğin, anlamsızlık, ölen kişiye katılma isteği, yalnızlık) uzamış yas bozukluğuyla ilişkilidir (Szuhany KL ve ark, 2021).

Stresle özel olarak ilişkili bir diğer bozukluk ise uyum bozukluğudur. Bu durum, istemsiz iş kaybı, ağır hastalık veya ikili ilişkilerde bozulma gibi bir veya birkaç kritik yaşam olayından sonra gelişebilir (APA, 2022). Stresöre bağlı yakınmalar, buna dair takıntılı uğraşlar, ruminasyon ve uyumda zorlanma, uyum bozukluğu ve uzamış yas bozukluğunun her ikisinde de olabilir. Farklı olarak uyum bozukluğunda stresör herhangi bir olumsuz yaşam olayı olabilirken (iş kaybı, hastalık, ayrılık vb.) uzamış yas bozukluğunda yalnızca bir yakının ölümü sonrasında gelişir. Ayrıca uyum bozukluğunun çekirdek belirtileri stresöre zihinsel takılı kalma (preoccupation) ve uyumda başarısızlık kümeleridir. Bu durumun genelde 6 ayı geçmediği görülürken uzamış yas bozukluğunda özlem/ayrılık acısı ve kayba dair özel semptomlar ön planda olup süre eşliğinin daha uzun olduğu görülür (Maercker ve Eberle, 2022).

Shevlin ve arkadaşlarının (2024) en az 6 ay önce bir yakını kaybetmiş büyük bir örneklem (n:1917) kullanarak Uzamış Yas Bozukluğu (UYB), TSSB ve Depresyon tanılarının ampirik olarak ayırt edilebilir olup olmadığını belirlemek için Doğrulayıcı Faktör Analizi ve “Target” Keşfedici Faktör Analizi kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada, UYB’nin TSSB ve depresyondan faktöryel olarak ayırt edilebilir bir bozukluk olduğu ve UYB’ye özgü risk desenlerinin (örn. eş/çocuk ölümü; kardeş ölümü) bulunduğu gösterilmiştir. Uzamış Yas Bozukluğunun ayrı bir klinik patoloji olduğunu gösteren faktöryel kanıtlarla çelişme de UYB’nin TSSB ve depresyon ile eş tanı oranının %51,6 olduğu ve en sık eş tanının depresyon olduğu vurgulanmıştır. Klinik değerlendirmede bu tanıların birlikte sorgulanmasının önemli olduğu görülmektedir.

2.2.6. Uzamış Yas Bozukluğu’nun Yaygınlığı

Yıllar içerisinde yakını kaybetmiş nüfusta Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığını araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Farklı kültür ve örneklerde yürütülen çalışmalarda

Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığının kaybın koşulları ve sebeplerine, kayıp yaşayan kişiye ait özelliklere, kayıp sonrası sosyal ortama göre değişkenlik gösterdiği görülmektedir (Stroebe ve ark., 2001). Yuan ve arkadaşlarının (2024) yakınıni kaybetmiş Çinli bireylerde Uzamış Yas Bozukluğu ve Uzamış Yas belirtilerinin yaygınlığını araştıran 28 kesitsel çalışmayı içeren meta-analizinde bölge insanında Uzamış Yas Bozukluğu'nun yaygınlık oranı hesaplanmıştır. Yapılan analizlerde Uzamış Yas Bozukluğunun tanısall yaygınlığı %8,9 bulunurken Uzamış yas belirtileri yaygınlığı %32,4 bulunmuştur. Zareiyan ve arkadaşlarının (2024) doğal afetler sonrası yakın kaybı yaşayan bireylerde Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığını hesapladığı bir meta-analizde ise bozukluğun yaygınlık oranı %38.81 bulunmuştur. Bu çalışma doğal afet bağlamında Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığının genel yaşlı nüfustaki yaygınlığa göre beklenenden daha fazla sıklıkta olduğunu vurgulamaktadır.

Literatürde Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığı ile ilgili yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri olan Lundorff ve arkadaşlarının (2017) sistematik meta-analiz çalışmasında, araştırmacılar 14 farklı ülkede yürütölen yaygınlık çalışmalarını incelemiş ve Uzamış Yas Bozukluğu'nun genel bir yaygınlık oranını hesaplamışlardır. Yürütölen meta-analiz sonucunda Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığını %9.8 bulmuşlardır. Daha sonra ABD, Avusturalya, Almanya, Danimarka, Hollanda gibi batı kültürüne ait çalışmalarla Çin, Japonya gibi doğu kültürlerindeki çalışmaların yaygınlık oranlarını karşılaştırmışlardır. Bu karşılaştırma sonucunda batı kültürlerinde Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığı %10.1, doğu kültürlerinde ise %9.2 bulunmuştur.

Yaşlı bireyler, yaşamları boyunca daha fazla sayıda kayıpla karşılaşmakta; buna bağlı olarak olağan yas sürecini daha sık ve yoğun yaşamaktadırlar. Yaşlılık dönemi aynı zamanda sosyal izolasyon, fiziksel hastalıklar, ekonomik kırılğanlık ve duygusal yalnızlık gibi riskleri de barındırmakta; bu durum, Uzamış Yas Bozukluğu gelişme olasılığını artırabilmektedir. Yaşlı nüfusta Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığı ile ilgili ancak yakın zamanda çalışmalar yapılmaya başlanabilmiştir. Çalışmalarda Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığının yaşla birlikte arttığı, yaşlı bireylerde yasin daha karmaşık ve uzun sürebildiği belirtilmiştir (Newson ve ark. 2011; Lundorff ve ark. 2017). Treml ve arkadaşlarının (2022) "LIFE-Adult Study" kohortundan yakınıni kaybetmiş yaşlı bireylerde (n=2.865) Uzamış Yas Bozukluğunun yaygınlığı, yordayıcıları ve ruh sağlığıyla ilişkilerini değerlendirdiği çalışmada, Uzamış Yas Bozukluğunun koşullu yaygınlığı, kullanılan tanım yaklaşımına bağlı olarak %0,8–%5,2 aralığında bulunmuştur.

Ülkemizdeki literatür incelendiğinde, Işıklı, Keser (2022) tarafından, Prigerson ve arkadaşlarının (2009) geliştirdiği 13 maddeden oluşan Uzamış Yas Bozukluğu tanısı koymak ve uzamış yas belirtilerinin şiddetini ölçmek için oluşturulan PG-13'ün (Prolonged Grief Disorder Scale) Türkçe formunun geçerlik-güvenirliğini sınamak ve Türkiye'de yaşlı bireylerde Uzamış Yas Bozukluğunun yaygınlığını ve risk etkenlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışma ön planda görünmektedir. Bu çalışmada iki bağımsız yaşlı yetişkin örnekleme (n=306 (Çalışma-1) ve n=271 (Çalışma-2)) kullanılmış ve Uzamış Yas Bozukluğu yaygınlığı sırasıyla %11.4 ve %10.0 bulunmuştur. Ülkemizde yaşlı nüfusu hedefleyen, tanısız yaygınlığı açıkça ifade eden ulusal/temsili bir çalışma ise henüz bulunmamaktadır. Bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde Uzamış Yas belirti düzeyi ile anlamı yeniden yapılandırma ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki incelenmiş ancak uzamış yasa dair yaygınlık oranı hesaplanmamıştır (Duran ve Altun, 2024). Bu durum yaşlı nüfusta uzamış yas ve uzamış yas bozukluğuna yönelik çalışmaların eksikliğini göstermektedir.

Uzamış Yas Bozukluğunun yaygınlığına baktığımızda kayıp yaşantısının ardından çoğu insanın olağan yas sürecinden geçerek gündelik hayatlarına döndüğü ancak küçük de olsa bir grup insanın bu belirtilerden kurtulamadığı ve Uzamış Yas Bozukluğu geliştirdiği görülmektedir. Bu durum yakın zamanda literatürün neden bazı insanların kaybın etkisinden kurtulamadığını anlamaya çalışmasına ve uzamış yası yordayan faktörlere odaklanmasına sebep olmuştur.

2.2.7 Uzamış Yas Bozukluğu ve Uzamış Yas Belirtilerini Yordayan Faktörler

Bir psikopatoloji için yordayıcı faktörlerin erkenden belirlenmesi bozukluğun gelişmesini ya da kronikleşmesini önlemek için nasıl ve ne zaman müdahale edilmesi gerektiği konusunda ruh sağlığı profesyonellerine katkı sağlamaktadır (Kraemer ve ark., 1997).

Uzamış Yas Bozukluğu ve uzamış yas belirtilerini yordayan faktörlerin araştırıldığı çalışmalar gözden geçirildiğinde yordayıcıları a) kaybın niteliğine ilişkin faktörler b) kayıp yaşayan kişiye dair faktörler ve c) kaybedilen kişiyle ilişkiye dair faktörler olarak sınıflandırmak mümkündür.

Kaybın niteliğine ilişkin yordayıcılara baktığımızda kaybedilen kişiye duygusal yakınlık düzeyinin uzamış yas belirtilerinin en önemli yordayıcılarından biri olduğu sonucu pek çok çalışmada bildirilmektedir (Buur ve ark., 2024). Özellikle çocuk kaybının diğer kayıplara göre uzamış yas belirtileri ve belirtilerin şiddeti açısından daha büyük bir risk oluşturduğu uzun yıllardır belirtilmiştir (Lobb ve ark., 2010). Son yıllarda eş kaybının da çocuk kaybına yakın

düzye de uzamış yas belirtilerini yordadığı çalışmalarla gösterilmiştir (Tremel ve ark., 2022; Thieleman, Cacciatore ve Frances, 2023; Shevlin ve ark., 2024). Ayrıca kayıp öncesi kişiyle temas sıklığı arttıkça riskin de arttığı gösterilmiştir (Shevlin ve ark., 2024). Doğal olmayan ya da beklenmedik veya şiddet içerikli olan veya yas tutan kişi tarafından öyle algılanan kayıpların yaşlanma veya kronik bir hastalık nedeniyle gerçekteşen ve daha beklenen olarak algılanabilen kayıplara göre uzamış yas belirtileri ve şiddetini yordadığı gösterilmiştir (Heeke ve ark., 2019; Tremel ve ark., 2022; Buur ve ark., 2024). Ayrıca kaybedilen kişinin yaşının küçük olması ve kaybın üzerinden geçen sürenin kısa olmasının da uzamış yas ve belirtilerinin şiddetli olmasını yordadığı gösterilmiştir (Yıldırım, 2023; Sanderson ve ark., 2022; Wen ve ark., 2024).

Kayıp yaşayan kişiye ilişkin yordayıcılara baktığımızda kadın cinsiyet (Burke ve Neimeyer, 2013), düşük eğitim düzeyi (Cesur, 2012; Neria ve ark., 2007), düşük gelir düzeyi (Kersting ve ark., 2011) gibi sosyodemografik özelliklerin uzamış yas belirti şiddeti açısından risk oluşturduğu görölmektedir (Buur ve ark., 2024). Kayıp öncesi yas belirtilerinin olması ve kayıp öncesi depresyon tanısı da riski arttırmaktadır (Nielsen ve ark., 2017). Ayrıca kayıp yaşayan kişinin yetişkin bağlanma kaygısı (Eisma, Bernemann, Aehlig, Janshen ve Doering, 2023), bilişsel olarak yakınlık arama ihtiyacı ve baş etme stratejilerinde kaçınma davranışı ve ruminasyonun görülmesi (Eisma ve Lenferink, 2023) gibi faktörlerin de uzamış yas belirti şiddetindeki artışla ilişkili olduğu bilinmektedir.

Kaybedilen kişiyle olan ilişkiye yönelik yordayıcılara bakıldığında, en bilinenlerden birinin kayıp öncesi ikili ilişkide yüksek düzeyde yakınlık ve maladaptif bağımlılık hisseden kişilerde, kayıptan sonra daha fazla uzamış yas belirtileri görüldüğü ve uzamış yas bozukluğu riskinin arttığıdır. (Denckla ve ark., 2011; Mancini ve ark. 2015). Bunun dışında kayıp öncesi ikili ilişkide ikircikli (ambivalent) ve çatışmalı bir ilişkinin olmasının da yasin belirti şiddetini arttırdığı görölmüştür (Bottomley, Smigelsky, Floyd ve Neimeyer, 2017). Ayrıca kaybedilen kişiyle karşılanmamış dilekler (unfulfilled wishes), çözümlenmemiş çatışma (unresolved conflict) ve bitmemiş işlerin (unfinished businesses) fazla olmasının da uzamış yas belirti şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Holland ve ark., 2020).

Bu üç ana grupta incelenen yordayıcılara eklemeler yıllar içinde yapılmaktadır. Bunlardan birini de kişinin maneviyatının (spirituality) uzamış yas belirtileriyle ilişkili olabileceği düşüncesi oluşturmaktadır. Yas bağlamında maneviyatın sıklıkla uzamış yas açısından koruyucu olduğu bildirilir. Ancak bu etki pozitif dinsel/spiritüel başa çıkma (anlam kurma, teselli, topluluk) ile sınırlıyken, negatif dinsel başa çıkma/spiritüel mücadelenin (tanrıya öfke, terk edilme duygusu, günahkârlık atıfları) daha fazla ve şiddetli uzamış yas belirtisini

yordadığı düşünülmektedir (Burke ve ark., 2011; Biancalani ve ark., 2022). Ayrıca sosyal destek azlığının da uzamış yas belirtileri açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Scott ve ark., 2020; Trembl ve ark., 2022; Reime ve ark., 2024; Buur ve ark., 2024). Pek çok değerlendirmede sosyal destek düzeyi ve sosyal geri çekilme, uzamış yas bozukluğu için risk oluştursa da zamansallık (kayıptan ne kadar sonra ölçümün yapıldığı), destek türü/kalitesi (duygusal, araçsal, akran/uzman) ve yasın destek ilişkisini tersine de etkileyebileceği akılda tutulmalıdır (Eisma ve ark., 2025).

Yaşlı popülasyonda ise uzamış yas bozukluğu tanısı ve uzamış yas belirtilerini inceleyen az sayıda çalışmada yas tutan kişinin kadın cinsiyette olması, kayıptan sonra geçen sürenin kısalığı, birden fazla kayıp, eş/çocuk/kardeş kaybı, düşük sosyal destek (Trembl ve ark., 2022; Thiemann ve ark., 2023), düşük sosyoekonomik konum ve kayıp öncesi ruhsal belirtilerin olmasının (Thiemann ve ark., 2023) uzamış yas belirtilerinin şiddetini arttırdığı gösterilmiştir.

2.3. Olağan Yas Belirtilerinin Uzamış Yas Bozukluğu'na Dönüşmesini Açıklayan Yaklaşımlar

2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Freud (1917), ‘‘Yas ve Melankoli’’ adlı makalesinde olağan yas ile melankoli arasındaki farklar üzerinde durmuş ve yas sürecinin nasıl melankoliye dönüştüğüne dair görüşlerini açıklamıştır. Bu değerlendirmesinde olağan yastan ‘‘yas’’ ismiyle bahsederken uzamış yastan ise ‘‘melankoli’’ ismiyle bahsettiği görülmektedir.

Freud’a göre olağan yasta gerçeklik sınaması yani ‘‘sevilen kişi artık yok’’ bilgisi kaybı doğrular ve benlik, kaybedilen kişiye yatırılmış libidoyu (ilgiyi) yavaş yavaş geri çeker ve başka nesnelere/ilgilere bu libidoyu aktarır. Başka bir deyişle kişi yeniden sevebilme kapasitesine kavuşur. Melankolide ise libido kaybedilen nesneden çekilse de aktarıldığı nesnenin olağan yastaki gibi yeni bir dış nesne yerine narsisistik nitelikte bir nesne olması libidonun egonun içine çekilmesine ve onunla özdeşleşmesine (içe-alım/introjection) neden olur. Bu durum kaybedilen kişiyle ilişkide belirgin ambivalans (sevgi kadar kızgınlık/alınganlık) oluşu ile birleşince kaybedilen kişiye karşı hissedilen öfke ve diğer ikircikli duygular kişinin kendisine yönelir. Bu durum egonun bir parçasının diğer parçasını eleştirmesi ya da kızması gibidir. Melankolide görülen özsaygıda azalma ve egonun değersizleşmesi gibi belirtiler bu mekanizmayla ortaya çıkar (Freud, 1917).

Melanie Klein’e göre bebeğin ruhsal gelişiminde iki olağan konum vardır: paranoid-şizoid konum ve depresif konum. Bebeğin iç dünyası, annesiyle yaşadığı iyi deneyimlerden

türeyen “iyi nesnelere” ve olumsuz deneyimlerden türeyen “kötü nesnelere”den oluşur. Hayal kırıklıkları ile gereksinimlere uygun karşılansınlar belli bir dengeye oturduğunda, bebek sevgi gösteren ama zaman zaman ihmal eden annenin aslında aynı kişi olduğunu fark eder ve depresif konuma ulaşır. Bu konum gelişimsel bir başarıdır ancak anneye atfedilen tümgüçlülükten (omnipotens) vazgeçmeyi gerektirdiği için duygusal olarak sarsıcı, hatta çökkünleştirici olabilir.

Klein’e göre (1940) yas, sevilen nesnenin kaybıyla birlikte “depresif konum”un yeniden etkinleşmesidir. Burada kişi içinde sevgiyle öfkeyi birlikte taşımayı öğrenir. Suçluluk ve keder gelişmesi iyi nesneyi iç dünyada onarma (reparation) mekanizmasını tetikler. Son olarak anılar, ritüeller ve semboller aracılığıyla kaybedilen kişi bütün bir “iyi nesne” olarak içselleştirilir. Böylece aradaki bağda sağlıklı bir biçimde çözülme sağlanır ve yeni bağlara yer açılır. Uzamış ya da patolojik seyirde ise bu işlem bozulur. Ambivalans tolere edilemez hale gelir, kişi iyi nesneyi içeride “tahrip etmiş” olduğu hissine saplanır ve dayanılmaz suçluluk yaşar. Hissedilen acıya karşı manik savunmalar (inkâr, idealizasyon, küçümseme, omnipotent kontrol) devreye girer. Bu durum kısa süreli rahatlama sağlatsa da yasin çalışmasını dondurur ve paranoid-şizoid konuma bir gerileme gerçekleşir. Böylece bölme ve yansıtma artar, persekütör kaygılar düşünmeyi zorlaştırır. İçsel onarım tıkandıkça bitmeyen telafi çabaları ve ruminasyon belirir, sembolizasyon zayıflar. Kişi sembolik bağlılık yerine somut tutunmalara (eşyalara, mekânlara) tutunur ve düşünceleri donuklaşır. Bu şekilde nesneye yönelik öfke egoya çevrilir. Sonuç olarak acımasız öz-eleştiri, değersizlik, kendini cezalandırma eğilimleri belirir ve kayıp içe alınmış olsa da onarılamadığından iç dünya bütünleşemez ve yas kronikleşir.

2.3.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Janoff-Bulman’a (1989, 1992) göre insanlar, yaşamlarının ilk yıllarından itibaren kendileri ve çevreleri hakkında bazı temel inanç veya varsayımlar (assumptive world) geliştirir. Temel olarak “dünya iyidir”, “dünya anlamlı ve öngörülebilirdir”, “ben değerliyim” şeklinde 3 önemli varsayımdan söz edilir. Bu temel varsayımların kişinin duygularını düzenleyebilmesini, çevresindeki insanlarla sağlıklı ve sürdürülebilir ilişkiler kurabilmesini, dünyayı ve çevresini anlamlandırabilmesini ve günlük hayatında işlevselliğini sürdürebilmesini sağlayacağı belirtilir. Sevilen bir yakının özellikle de şiddetli, beklenmedik ya da “zamanı gelmeden” gerçekleşen kaybı sonrası bu üç ana varsayım kolayca dağılabilir. Bu aşamada iyileşme bu inanç ve varsayımların yeniden anlamlandırılabilmesine bağlıdır. Kişi eğer dünyayı kalıcı bir şekilde kötücül ve anlamsız, kendisini de değersiz görme düşüncesine saplarsa olağan yas

belirtileri kalıcılaşabilir ve uzamış yas tablosuna dönüşebilir. Burada ölüm yalnızca sevilen kişiyi değil, kişinin dünyayı anlama şeklini de yitirmesine neden olur. Bu temel varsayımlar onarılmazsa yasin patolojik seyir alma riski oldukça artar.

Ayrıca Janoff-Bulman (1979) öz-suçlamanın niteliğinin de önemli olduğunu vurgulamıştır. Ona göre davranışsal öz-suçlama (ör. farklı davransaydım önlenebilirdi) bir şekilde kontrol duygusu sağlayabildiği için görece daha uyumlu bir durum olabilir. Ancak, karakterolojik öz-suçlama (ör. ben kötüyüm ya da yetersizim) daha çok değiştirilemez benlik kusurlarına yorulabildiği için umutsuzluk, çökkünlük ve takılı kalma ile daha çok ilişkilidir. Bu durumun da yası besleyebildiği düşünülmektedir. Güncel yas araştırmalarında da, kaybın temel varsayımları sarsması ve anlam arayışı sürecinin aksaması durumunda uzamış yas belirtilerinin daha olası olduğu görüşü desteklenebilmektedir (Park, 2022).

Boelen (2006) de yas sürecini bilişsel bakış açısıyla ele almış ve önerdiği bilişsel modele göre uzamış yas belirtilerinin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde üç temel sürecin rol oynadığını belirtmiştir:

- (1) Kayıp yaşantısının otobiyografik benlik şemalarına yeterince entegre olamaması
- (2) Yas tepkileri, kendilik, çevre ve gelecek hakkında olumsuz bilişsel değerlendirme
- (3) Depresif ve kaygılı kaçınma stratejileri ve eşlik eden yas ruminasyonu

Boelen (2006)'a göre, kayıp yaşayan kişiler kaybedilen kişinin fiziksel yokluğunu, bu yokluğun kesinliğini ve geri döndürülemezliğini otobiyografik belleklerine yerleştirmekte zorlanırlar. Bu güçlüğü en temel göstergesi, yas sürecinde en baskın belirti olarak kaybedilen kişiyle yeniden bir araya gelme arzusunun öne çıkmasıdır. Kişi, söz konusu bilgiler otobiyografik belleğe yeterince entegre edilene kadar, kaybın gerçek olmadığı, bir rüya gibi yaşandığı ya da geçici olduğu duygularına kapılabilir. Ayrıca yas sırasında beliren kimi istem dışı düşünce ve görüntüler de bu otobiyografik kodlamadaki zorluklarla ilişkilendirilir. Boelen, Hout ve Bout (2006) olağan yas tepkilerinin uzamış yasa dönüşmemesi için temel koşullardan birinin, kayıp yaşantısının tüm yönleriyle otobiyografik belleğe kodlanması olduğunu; kaybın gerçekliğinin kabullenilebilmesi için de bu koşulun sağlanması gerektiğini vurgular.

Boelen, Hout ve Bout'un (2005) modelinde yer alan bir diğer temel öge, yas tutan kişinin bilişsel özellikleridir. Özellikle kendini suçlama ve olağan yas belirtilerini olumsuz biçimde yorumlama eğiliminin, belirtilerin sürmesine katkıda bulunduğu vurgulanır. Kayıp sonrası ortaya çıkan tipik yas tepkilerini “kayıpla başa çıkamamanın kanıtı”, “zayıflık ya da güçsüzlük göstergesi”, “kontrol kaybı” ya da “akıl sağlığının yitirildiği” şeklinde değerlendirmek, uzamış yas belirtilerinde artışa yol açar (Boelen, Kip, Voorluis ve Bout,

2004). Janoff-Bulman'ın yaklaşımıyla paralel biçimde, kişilerin kayıpla bağlantılı olarak kendilikleri, dünya, gelecek ve diğer insanlara dair geliştirdikleri olumsuz bilişlerin, Uzamış Yas Bozukluğu'nun hem başlangıcında hem de sürdürülmesinde etkili olduğu bilinmektedir (Boelen ve Lensvelt-Mulders, 2005).

Boelen, Hout ve Bout (2006), bilişsel modelin bir başka bileşeni olarak kaygılı ve depresif kaçınmaların rolünü vurgulamışlardır. Kaygılı kaçınma, kaybın gerçekliğiyle yüzleşmeye yol açan tüm uyarıcılardan uzak durmayı ifade ederken; depresif kaçınma, amaçsızlık, içe kapanma ve iyileşmeye yönelik etkinliklere isteksizlik gibi halleri kapsar. Boelen (2006), her iki kaçınma türündeki artışın, yas tutan kişinin kaybı otobiyografik belleğe entegre etmesini ve olumsuz bilişleri sorgulayıp dönüştürmesini güçleştirdiğini belirtmiştir. Bu nedenle, olağan yas tepkilerinin Uzamış Yas Bozukluğuna dönüşmemesi için kaçınma stratejilerinin yoğun ve yaygın biçimde kullanılmaması gerektiği özellikle vurgulanmıştır.

2.3.3. İkili Süreç Modeli

Stroebe ve Schut'un (1999) İkili Süreç Modeli, kayıp sonrası başa çıkmayı iki eşzamanlı yönelim üzerinden açıklar. Bunlardan ilkinin doğrudan kayıpla yüzleşmeyi, özlemi, acıya teması ve anıları işlemeyi içeren kayıp yönelimli süreç olarak adlandırılır. Diğerini ise günlük rollerin yeniden düzenlenmesi, sorumlulukların üstlenilmesi, kimlik ve yaşam planının onarılmasını içeren onarım yönelimli süreç olarak adlandırılır. Uyumlu yasin temel özelliği bu iki kutup arasında esnek bir salınım yapabilme kapasitesidir. Kişi bir dönem yasla doğrudan yüzleşirken bir başka dönemde gündelik işlerini sürdürerek duygusal yükünü regüle eder. Bu model, tek hat üzerinde sürekli bir "yas çalışması" yapılmasını değil, dozajı ve ritmi iyi ayarlanmış gidip gelmenin iyileşmeyi desteklediğini vurgular.

Bu model olağan yasin uzamış yas bozukluğuna dönüşümünü bu salınımın bozulmasıyla açıklar. Kişi kayıp yönelim sürecine takılıp ruminasyon ve kaçınma döngülerine saplanabilir ya da bunun tersine yalnızca onarım görevlerine kaçarak duygusal işlemeden uzak durabilir. Her iki durumda da belirtiler kalıcılaşır ve işlevsellik düşer. Süreç içinde model geliştirilirken "aşırı yük" kavramının bu bozulmayı hızlandıran önemli bir mekanizma olduğundan bahsedilir. Ekonomik zorluklar, ebeveynlik talepleri, bakım sorumlulukları veya iş baskısı gibi ikincil stresörlerin birikmesi kişiyi kaynak-talep dengesizliğine iter, böylece ne yasla yüzleşmek ne de yaşamı onarmak için gerekli psikolojik alan kalır (Stroebe, Schut ve Boerner, 2010; Stroebe ve Schut, 2016).

2.3.4. İki Eksenli Kayıp Yaşama Modeli

Rubin ve Malkinson'un (2001) iki eksenli kayıp yaşama modeli yas sürecini aynı anda işleyen iki ayrı ama etkileşimli eksen üzerinden anlamlandırır. Birinci eksen, bireyin genel biyopsikososyal işlevselliğini ele alır. Bu ekseninde duygudurum, anksiyete ve travma belirtileri; fiziksel sağlık, uyku ve iştah sorunları; kişilerarası ilişkiler, iş-okul performansı, günlük yaşam becerileri ve öz-yeterlik gibi göstergeler takip edilir. İkinci eksen ise kaybedilen kişiyle kurulan içsel bağın niteliğini ve ölümün anlamlandırılmasını inceler. Burada ölen kişinin zihindeki temsili (idealizasyon, ambivalans, suçluluk), "süren bağlar"ın (continuing bonds) sağlıklı düzenlenişi, ölüm koşullarına ilişkin travmatik imgelerin çözülmesi, değer ve inanç sistemiyle bütünleşen bir anlatının kurulması ile kimlik sürekliliğinin yeniden inşası işlenir. Modelin ayırt edici yönü, bu iki eksenin birbirinden bağımsız ölçülüp kavranmasını, ancak klinik olarak karşılıklı beslenen bir dinamik oluşturduklarının kabul edilmesini önermesidir. Örneğin, kişi bir ekseninde iyi bir şekilde toparlanırken diğerinde belirgin zorluklar yaşayabilir. Tedavi hedefi olarak da hangi ekseninde neyin aksadığını ayırıştırarak özelleşmiş müdahaleler önermektedir (Rubin, 1999; Rubin ve ark., 2009; Rubin, Malkinson ve Witztum, 2017).

Olağan yasın uzamış yasa dönüşümü bu çift eksenli çerçevede iki tip tıkanma üzerinden açıklanır. Birinci ekseninde, yani işlevsellik alanında, uzun süreli duygudurum çökkünlüğü, yaygın kaçınma, sosyal ve mesleki geri çekilme, somatik yakınmalar ve uyku-iştah düzenindeki bozulmalar, kişinin gündelik ritmini ve öz-düzenleme kapasitesini zayıflatır. Bu zayıflama nedeniyle ikinci eksenindeki işlemenin yapılabileceği psikolojik alan daralır. İkinci ekseninde ise ölen kişiye ilişkin içsel temsilin sağlıklı bir biçimde dönüştürülememesi belirleyici olur. Ölümün koşullarına ait travmatik imgeler ve istilacı anılar bu temsili domine eder ve yoğun idealizasyon ya da suçluluk ambivalansı çözümlenemez. Böylece bağın sürdürülmesi ya aşırı yakın ve yaşamı felç eden bir bağımlılığa ya da kopuş ve uyuşmaya kayar ve ölümün anlamı kişinin değerleriyle ve yaşam öyküsüyle bütünleşemez. Bu düzeydeki bir sıkışma, birinci eksenindeki işlevsellik sorunlarını besleyerek kısır bir döngü oluşturur. İşlev kaybı arttıkça yasla temas zorlaşır, yasla temas kaçındıkça işlev kaybı derinleşir. Özellikle ani, beklenmedik ya da şiddet içeren kayıplarda travmatik maruziyet ikinci ekseni işgal ederek temsilin esnek yeniden yapılanmasını engeller. Ancak kimi zaman kronik hastalık bakımı sonrası kayıplarda da tükenmişlik ve suçluluk temaları benzer bir kilitlenmeye yol açabilir. İki Eksenli Kayıp Yaşama Modeli ne göre uzamış yasın klinik profili, bu iki ekseninde kalıcı ve birbirini besleyen bozulma paternleriyle karakterizedir. Böylece gündelik yaşamda toparlanma olmadan içsel bağ sağlıklı

bir devamlılığa kavuşmadığı ve içsel bağ sağlıklı bir biçimde yeniden düzenlenmeden de gündelik yaşamda kalıcı iyileşme olmayacağı vurgulanır (Rubin ve ark., 2020).

2.3.5. Bağlanma Kuramı

Yas tutma sürecini bağlanma kuramı üzerinden anlamak için Bowlby'nin çalışmalarına odaklanmak gerekir. Bowlby (1969,1980), annelerinden ayrılan bebeklerin tepkilerini inceleyerek yasin doğasını bağlanma kuramı çerçevesinde açıklamaya çalışmıştır. İnsanlar bakım verene bağlanmaya biyolojik olarak hazır doğarlar. Herhangi bir tehdit algısında fiziksel yakınlık arayışı ve bakım verenin tutarlı, duyarlı varlığı güvenlik duygusunun temelini oluşturur. Güvende hisseden çocuk bu “güvenli üs”ten güç alarak çevreyi keşfeder. Yaş büyüdükçe, gelişen bilişsel kapasite sayesinde güvenlik artık yalnız fiziksel yakınlığa değil, bakım verenin zihinsel temsiline dayanmaya başlar. Bu temsil, fiziksel ayrılıkta bile yatıştırıcı bir işlev görür (Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall, 1978).

Bu kuramda yas süreci, temel bir “güvenli üs”ün (secure base) kalıcı biçimde kaybına verilen biyodavranışsal tepki olarak görülür. Sağlıklı bir yas sürecinin ölüm gerçeğinin yarattığı dış gerçeklik ile kaybedilen bağlanma figürünün zihinsel temsili arasındaki uyuşmazlığın giderilmesiyle mümkün olduğu belirtilir. Bowlby'ye göre çocukluk çağında ayrılıkta gözlenen protesto–umutsuzluk–uzaklaşma örüntüsü yetişkin yasinin da çekirdeğini oluşturur. Protesto aşamasında kişi yoğun bir biçimde ayrılık kaygısı yaşar ve yitirdiği bağlanma figürünü sürekli olarak dış dünyada arayabilir. Bu arayış tekrar tekrar hayal kırıklığı ile sonuçlanır. Tüm bu çabalamanın sonunda ölen kişiyle bir daha fiziksel olarak bir arada olamayacağını kavrar. Bu kavrayış da umutsuzluk aşamasını başlatır. Bu aşamada kişi dezorganize olabilir ve üzüntü, hayal kırıklığı, içe kapanma gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Kaybedilen sevilen kişinin geri gelmeyeceğini bilir ve bu yoğun bir acı hissi yaratır. Bu acıdan kurtulmak için de kaybın hatırlatıcılardan kaçınma aşamasına geçer. Ancak kaybedilenle kavuşma ve onu bulma isteği henüz bitmemiştir. Ölümün geri alınamazlığı ile tekrar birlikte olma isteği arasında bir çatışma olur. Kişi bu çatışmayı kaybedilen kişiyi içselleştirerek çözümler. Yetişkin bir birey için ölüm, içselleştirilmiş bağlanma figürü temsiline “ölüm gerçeğini” dahil etmeyi ve onsuz devam edecek yaşam sistemini yeniden devreye almayı gerektirir. Olağan yas çoğu bireyde bu şemanın kademeli düzenlenmesi ve sonunda işlevselliğe dönüşle sönümlenir. Bu organizasyon başarısız olduğunda ise uzamış yas bozukluğu görülebilir (Bowlby, 1980).

Yetişkin bağlanma örüntülerindeki bireysel farklılıklar bu sürecin gidişini belirgin biçimde etkiler. Güvenli bağlanma, kayba yönelik duygusal yaklaşma ve düzenlenmiş

uzaklaşma döngülerini, sosyal destek aramayı ve bilişsel esnekliği kolaylaştırır. Buna karşılık kaygılı bağlanma yoğun ayrılık kederi, bitmeyen özlem, ruminasyon ve yakınlık arama davranışlarını uzatarak ölümü zihinsel modele aktarmayı zorlaştırır. Kaçınmacı bağlanma ise duygusal uyuşma, düşünce bastırma ve ilişki temsillerini kapatma eğilimiyle kısa vadede düşük belirti izlenimi verse de uzun vadede çözümlenmeyi geciktirebilir. Son yıllarda yapılan sistematik incelemeler, güvensiz bağlanmanın, özellikle de bağlanma kaygısının uzamış yas belirtileriyle pozitif ilişkili olduğunu, kaçınmanın ise daha değişken sonuçları olmakla birlikte çoğunlukla risk artırıcı yönde seyrettiğini göstermektedir (Mikulincer ve Shaver, 2016; Eisma ve ark., 2023; Janshen ve ark., 2024).

Uzamış yasa giden mekanizmayı bağlanma temelli en etkili açıklamalardan biri de Shear ve arkadaşlarının (2010) yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre ölüm, bağlanma sistemini yüksek uyarılma durumuna geçirir. İyileşme hali, “ölüm oldu” bilgisinin ölenin içsel temsilde bütünleştirilmesi ve yaşam sistemlerinin yeniden devreye alınmasıyla gerçekleşir. Entegrasyonun önündeki başlıca engelleyicilerden iki grupta bahsedilebilir. İlki olan kaçınma davranışları hem kayıp gerçeğiyle yüzleşmekten kaçınma (anxious avoidance) hem de yaşamı yeniden düzenlemeye yönelik etkinliklerden geri durma (depressive avoidance) şeklinde olabilir. İkincisi ise kayıp odaklı olumsuz değerlendirmeler olarak bahsedilen “yaşayamayacağım”, “ölüm haksız ve dayanılmaz” gibi, acıyı kronikleştiren şemalar olarak belirlenmiştir. Bu engeller sürdükçe zihin “güvenli üs” temsilini güncelleyemez ve kayıp figürüne yönelik zihinsel temsiller aşırı erişilebilir kalır. Bu da yoğun özlem ve ayrılık acısının sönmelenememesine ve kişinin dönüp dolaşıp kayba yaklaşan-kaçınan salınımlara takılı kalmasına neden olur (Shear ve Shair, 2005; Shear ve ark., 2007; Shear, 2010)

Bilişsel bağlanma bütünlük modelleri bu durumu daha geniş inceler. Uzamış yasta kimlik ve otobiyografik bellek örgütlenmesi de etkilenir. Kişide “ben-biz” sınırları çözüldüğünde veya ölenle kurulan devam eden bağlar (continuing bonds) katı ve işlev bozucu bir biçime büründüğünde, entegre edebilmek daha da zorlaşır. Bu nedenle bazı durumlarda belirti örüntüsünün, hem sürekli yaklaşma eğilimleri (ölenin temsilini canlandırma, arama, hatırlama) hem de eşzamanlı olarak kaçınma davranışlarının (acıya, biyografik güncellemeye, yeni rollerin üstlenilmesine direnç) birlikte görüldüğü bir “yaklaş-kaçın” kilidine dönüştüğü görülür. Ağ tabanlı ve boylamsal bazı çalışmalar, uzamış yas şiddetinin özellikle “kalıcı yönelme/bağlanma” eğilimleri ve tehdit odaklı şemalarla kümelendiğini desteklemektedir (Maccallum ve Bryant, 2013)

Bu mekanizmanın nörobiyolojik ve davranışsal izdüşümleri de bağlanma kuramıyla uyumludur. Uzamış yas yaşayan kişilerde ölene ait ipuçlarına karşı artmış dikkat ve anımsama eğilimi (temsil erişilebilirliği) bulunmuştur. Bu şekilde gelişen “yakınlık arama” eğilimleri, bağlanma sistemi kapanmadığı için sürer ve ödüllendirme sistemlerinin kalıcı biçimde yeniden devreye girmesini engeller. Böylece kişi bir yandan kayıp temsiline çekilirken, diğer yandan kaybın nihai olduğu bilgisiyse teması erteleyen kaçınmalarla günlük yaşam hedeflerinden uzaklaşır ve sonuç olarak işlevsellikte kısıtlanma, belirtilerde kronikleşme görülür (Mancini ve Bonanno, 2012).

2.3.6. Süregiden Bağlar

Sevilen bir kişinin ölümü hakikati asla değişmeyecek fiziksel bir yok oluş anlamına gelmektedir. Ancak fiziksel yokluk geride kalan yakınlar için aralarındaki duygusal bağın da yok olduğu anlamına gelmemektedir. Yas yaşayan kişiler, ölen yakınlarının yokluğunda da ilişkilerini ve bağlarını tek taraflı olarak devam ettirebilmektedirler. Bu durum süregiden bağlar (continuing bonds) olarak adlandırılmaktadır (Klass, Silverman ve Nickman, 1996). Süregiden bağlar yaklaşımında yasın amacının ölen kişiyi “bırakmak” değil, onunla fiziksel ilişkinin yerini alan, esnek ve yeni bir içsel ilişkiyi sürdürmek olduğu savunulur. Yas sürecinde kişinin ölen yakınına dair hatırladığı, düşündüğü veya yaptığı birçok şey süregiden bağ sayılabilmektedir. Bu nedenle bu tanımda kapsamın genişliği ve “yas sürecinde süregiden bağ olmayan nedir?” sorusuna net bir yanıt bulunamaması dikkat çekmektedir (Schut, Stroebe, Boelen ve Zijerveld, 2006).

Süregiden bağlar yaklaşımının kuramsal tarihçesi, 20. yüzyılın başındaki “kopuş” varsayımından 1990’lar sonrası “dönüşüm ve içselleştirme” paradigmasına uzanan bir yolu izlemektedir. Başlangıçta daha baskın olan görüş, olağan ve sağlıklı olan yasta kişinin kaybettiği yakınına sevgi yatırımlarının geri çekilmesi (decathesis), ve benliğin yeni nesnelere yönlendirilmesi (cathesis) gerektiğiydi. Bu fikirden ilk kez bahseden Freud’un 1917 tarihli “*Yas ve Melankoli*” makalesidir. Burada yasın, libidinal bağların ölene yatırılmış kısımlarının çözülerek zamanla sönmüneceği savunulur. Uzun süreler “ölene tutunma” ise patolojiye yakın görülür. Bu “dekatheksis” anlayışı, sonraki yıllarda uzun süreler klinik ve popüler yazında geniş yankı bulmuş, “yasa müdahale edilmez, kendi seyrine bırakılır” fikrini de beslemiştir.

İkinci Dünya Savaşı sonrası yas, tıp ve ruh sağlığı alanlarında giderek daha fazla “belirti–yönetim” ekseninde ele alınmıştır. Lindemann (1944), ani kayıp sonrası yasın belirti

yapısı ve yönetimine odaklandığında, bedensel ve duygusal semptom kümelerini ayrıntılandırarak yasin tıbbileşme sürecine yön verdi. Yakın zamanlarda yetişkin yasını boylamsal olarak izleyen Parkes'in çalışmaları (1972), toplum ve sağlık kurumlarının yas çalışması yapma ve ilerleme beklentilerini pekiştirdi. Yine de bu dönemin ana akımı, hala bağın çözülmesini uyumun ölçütü saymaktaydı.

Paradigmanın kırılma noktası Bowlby'nin "Bağlanma Kuramı" oldu. 1969–1980 arasında yayımlanan "*Bağlanma ve Kayıp*" üçlemesinde Bowlby, kaybı "bağlanma sisteminin" bir olgusu olarak sistemleştirdi. Burada ölüm, "güvenli üs"e ve "içsel çalışma modelleri"ne işlenen bir gerçeklik olarak ele alındı. Uyum, dışsal ilişkinin sona ermesiyle birlikte içsel temsilde dönüşümle gerçekleşmekteydi (Bowlby, 1980). Bu görüş şekli, kopuş fikrini sorgulayarak "ölenle ilişkinin, fiziksel değilse de zihinsel–sembolik düzeyde nasıl sürdüğünü" düşündürmeyi de mümkün kıldı ve sonraki yıllarda araştırmacılar için teorik zemin hazırladı.

1990'larda hem sosyoloji hem de klinik değerlendirmelerde bir yön değişikliği oldu. Tony Walter (1996), "Biyografi olarak yas" makalesinde, yasin amacını "öleni terk etmek" değil, "ölenin yaşam öyküsünü sürüp yaşayanın biyografisine katmak" olarak tanımlamıştır. Bu, o yıllarda doğal olarak süregiden bağlar fikrine de kapı aralamıştır. Aynı yıl, Dennis Klass, Phyllis Silverman ve Steven Nickman'ın (1996) süregiden bağlarla ilgili tanımlamasını da içeren derlemede ölen kişiyle ilişkinin sürdürülmesini normal ve çoğu durumda sağaltıcı bir süreç olarak sistematik biçimde temellendirir. Bu derleme, literatürde "kopuş → devam" ekseninde bir paradigma kaymasını başlatan başlıca eser kabul edilmektedir. Bu kuramsal dönüşümü özellikle çocuk ve ergen yası hakkında yapılan çalışmalar güçlendirmiştir. Worden, Silverman ve arkadaşları (1996) çocukların ölen ebeveynle bağlarını farklı gelişim evrelerinde sürdürdüklerini ve bunun çoğu durumda uyumla bağdaşır olduğunu göstermiştir. Böylece, "bağ sürdürme = patoloji" formülü yerine "bağın biçimi ve işlevi klinik olarak belirleyicidir" ilkesi yas literatüründe yer kazandı. Süreçte psikanalitik çizgide de nitelik vurgusu öne çıkmaya başladı. Vamik Volkan (1981) bazı yaşlıların ölene ait "bağ nesnelere" üzerinden ilişkiyi sürdürdüğünü ve bunun uyumlu ya da uyumsuz örüntülere bürünebileceğini ayrıntılı klinik örneklerle anlatırken, kopuş yerine sürdürmenin nasıl yapıldığına bakmak gerektiğini vurguladı.

Son 20 yıla baktığımızda ampirik literatür "süregiden bağ = iyi/kötü" ikiliğini aşarak koşullu bir tablo çizmeye başlamıştır. Field (2006), bağlanma kuramını referans alarak ne zaman ve hangi biçimde sürdürülen bağın uyumsuzlaştığını göstermeye çalıştı. Ona göre gerçekliğe meydan okuyan inançlar (ölümün inkârı), aşırı duygusal canlanma ve yaklaş–kaçın

döngülerini besleyen ruminatif tutumlar riskliydi. Buna karşılık sembolik, değer odaklı, esnek içselleştirmelere yönelik bağlar ise çoğu zaman koruyucu kabul edildi. Boelen'in (2006) ileriye yönelik analizi de bağın ifade türüne bağlı olarak yas şiddetiyle ilişkinin yön ve büyüklüğünün değiştiğini vurgulamıştır. Bu bulgular kuramsal olarak Stroebe ve arkadaşlarının (2005) bütünleştirici modellerinde toplandı. Ana soru olarak “bağları sürdürmek mi koparmak mı?” tartışmasını içeren kapsamlı inceleme, ilerleyen yıllarda ise süregiden bağların uyumla ilişkisini belirleyen aracı etmenleri (bağlanma örüntüleri, baş etme stilleri, kültür, kaybın türü, zaman) haritalandıran yeni bir çerçeve oluşturdu. Çıkardıkları temel sonuçta süregiden bağlar doğası gereği ne iyi ne kötü olarak değerlendirildi ve bağın niteliği, bağlamı ve zaman içindeki dönüşümü uyumun anahtarları olarak vurgulandı.

Stroebe ve çalışma arkadaşları gibi Root ve Exline (2014) da süregiden bağların işlevselliğinin bağlamdan bağımsız değerlendirilemeyeceğini vurgular. Kayıp öncesi ilişkinin niteliği, ölüm sonrası yaşama dair inançlar ve kişinin süregiden bağlara ilişkin bilişleri, bu bağların uyumlu olup olmadığını belirler. Ayrıca bazı süregiden bağlar dinsel ya da kültürel bağlamda olumlu ve destekleyici algılanabilirken, bazıları müdahaleci, rahatsız edici ve başa çıkma güçlüğüne göstergesi olarak deneyimlenebilir (Root ve Exline, 2014).

Kuramsal yaklaşımlardaki çelişkiler gibi bugüne kadar süregiden bağların yas sürecindeki rolüne ilişkin araştırma bulgularının da süregiden bağların rolü konusunda çelişkili sonuçları olmuştur. Field, Gal-Oz ve Bonanno (2003), eş kaybını inceledikleri 5 yıllık boylamsal çalışmada daha yüksek süregiden bağlar puanlarını daha fazla ve uzun yas belirtisi ile ilişkili bulmuştur. Boelen, Stroebe, Schut ve Zijerveld (2006), yas yaşayan kişilerde 2 farklı zamanda değerlendirme yaptıkları prospektif çalışmada, anı canlandırma yoluyla gelişen süregiden bağların yas şiddetini artırdığı, eşyalar üzerinden süregiden bağların ise yasla daha zayıf ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Field ve Filanosky (2010) ise, süregiden bağların biçimini ayırmaya çalıştıkları çalışmada dışsallaşmış süregiden bağların (illüzyon/varlık hissi vb.) uzamış yas riskini arttırdığını, içselleşmiş süregiden bağların (öleni “güvenli üs” gibi düzenleyici bir iç temsil olarak kullanma) ise daha iyi yas uyumuyla ilişkili olduğunu belirterek birbirine zıt yönlü bulgularını bildirmiştir. Neimeyer, Baldwin ve Gillies (2006) ise süregiden bağların tek başına daha yüksek uzamış yas semptomatolojisiyle ilişkili olduğunu, bu kişilerde anlam kurma/yarar bulma yüksek olduğunda ise bu ilişkinin zayıfladığını vurgulamışlardır. Bu çalışmada süregiden bağlarla ilgili çelişkili bulguları, yas tutan kişinin kaybı anlamlandırabilme yeteneğine bağlı şeklinde yorumlamışlardır. Stroebe, Schut ve Boerner (2010) bu konuda yaptıkları derlemede, literatürün bu konuda karışık ve çelişkili olduğunu, süregiden bağlarla

yas sürecindeki uyum ilişkisini daha çok koşula bağlı olarak değerlendirmiştir. Burada süregiden bağın türüne (içselleşmiş veya dışsallaşmış), zamanlamasına (erken dönemde güçlü süregiden bağlar normalken zaman geçtikçe daha içselleştirilmiş ve esnek olmasının uyum açısından iyi olduğu vurgulanır) ve kaybın bağlamına (ölümün ani veya beklenen olmasındaki farklılıklar) bağlı değiştiği belirtilmiştir. Ayrıca bireysel ve kültürel farklılıkların, kültürel öğelerin ve ölçüm yönteminin de sonucu etkilediğini vurgulamışlardır.

Yakın zamanda yapılan çalışmalardan olan Hewson ve arkadaşlarının (2023) yas sonrası devam eden bağları incelediği bir sistemik derlemesinde, anılar ve duyuşal/bedensel deneyimler (ör. varlık hissi) üzerinden sürdürülen bağların çoğu bağlamda rahatlatıcı ve anlam kurucu olabildiğini, ancak bağın gerçeklikle uyumsuz biçimde katılaştığı, özellikle de inkâr ve kaçınmayı beslediği durumlarda uzamış yası sürdürebileceği belirtilmektedir. Bu, bağın varlığı yerine bağın esnekliği ve düzenleyici işlevini merkeze alan yaklaşımın yerleştiğini göstermektedir.

Ülkemizde Keser ve Işıklı'nın (2022) iki ayrı örnekleme gerçekleştirdiği Süregiden Bağlar Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, dört faktörlü yapıyı doğrular şekilde sonuçlar elde etmiştir. Süregiden bağların cinsiyet, ölüm nedeni, kayıp süresi gibi riskler kontrol edildiğinde bile uzamış yas belirtileriyle anlamlı ilişkisinin sürdüğü gösterilmiştir. Ayrıca kayıpla ilgili anlamlandırma yapabilmeyen bu ilişkiyi zayıflattığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, mevcut tez çalışmasında süregiden bağların yaşlı bireylerde yasa olan etkisini yorumlayabilmek için bu çalışmanın derlediği "Çok Boyutlu Süregiden Bağlar Ölçeği"nin kullanılması planlanmıştır.

2.3.7. Anlamı Yeniden Yapılandırma

İnsanoğlu binlerce yıl boyundan başından geçen hemen her olay için bazı açıklamalara ihtiyaç duymuştur. İnsanın başına gelebilecek belki de en üzücü olaylardan birisi olan sevilen birinin kaybı sonrasında da iyileşme çoğu zaman unutmaktan değil, yaşananları anlamlı bir hikâyeye yerleştirmekten geçer. Kişi, ölenle kurduğu içsel bağı dönüştürerek kimliğini ve amaçlarını yeniden örgütler ve acı, bu yeniden kurulumun zorlu ama öğretici ham maddesi haline gelir. İnsanın kayıptan sonra bu anlam arayışı, yaşamak için tutunduğu şeyi ve hangi değerleri sürdüreceğini belirler. Bu şekilde gündelik yaşama dönüş için enerji sağlanmış olur.

Yas sonrası anlam arayışı konusu gözden geçirildiğinde aslında önceki yüzyılın klasik yaklaşımının anlamdan çok "bağın çözülmesi"ne odaklandığı görülür. Freud(1917) "Yas ve Melankoli"de sağlıklı yasin sevgi yatırımlarının ölene yönelimden kademeli olarak geri

çekilmesiyle çözüldüğünü savunmuştur. Bu çerçevede amaç, kaybı “anlamlandırmak” değil, benliğin nesne bağıni çözmesi olarak görülür. Yine de bu yorum modern anlam merkezli yaklaşımların öncülü ve aynı zamanda hedef aldığı bir durum olmuştur.

Bowlby'nin Bağlanma Kuramı görüşü bu konudaki odak noktasını önemli bir biçimde değiştirmiştir. Kayıp, “güvenli üs” ve “içsel çalışma modelleri”ni sarsan bir bağlanma olayı olarak görülür. Uyum ise dış ilişkideki kopuşla eşzamanlı biçimde, ölenin temsilinin zihinde dönüştürülmesiyle ilerler (Bowlby, 1969,1980). Bu perspektif, yastaki iyileşmeyi “anlam ve temsilin yeniden örgütlenmesi” olarak düşünmenin kuramsal zeminini hazırlamıştır. Benzer dönemlerde Parkes (1967), varsayımsal dünya (assumptive world) kavramını öne çıkarmıştır. İnsanlar dünyanın iyiliği, anlamlılığı ve benliğin değeri üzerine kurulu, çoğu kez sorgulanmayan temel varsayımlarla yaşarlar. Kayıp ve travmatik yaşantıların bu çerçeveyi sarstığı düşünülür. Uyum ise sarsılan varsayımların yeniden kurulmasıyla sağlanabilir. Bu görüş, ilerleyen süreçte “anlamı yeniden yapılandırma” modellerine doğrudan bağlanmıştır. Daha sonra Janoff-Bulman (1992), “Sarsılan Varsayımlar Kuramı”ni sistematik hale getirmeye çalışmıştır. Buna göre travmatik deneyimler dünyanın iyiliği, anlamlılığı ve kişinin değeri şeklinde belirtilen üç temel inancı sarsabilir. İyileşme ise yaşanabilir bir varsayımsal dünyanın yeniden inşasını gerektirmektedir. Bu kuram, yas özelinde anlam arayışının neden zor ve iyileştirici olabildiğini kavramsal olarak temellendirmiştir.

1990'ların sonundan itibaren “anlam yapımı” kavramsal olarak klinik araştırma dilinin merkezine yerleşmeye başladı. Park & Folkman (1997) “Anlam Yapımı Modeli” olarak iki katmanlı bir yapı önermiştir. Kişinin temel inançlarını (dünya, adalet, kontrol, tanrısal düzen gibi), yaşam amaçlarını ve öznel olarak yaşamın anlamı hakkındaki duygusunu içeren üst düzey yönelim sistemini “küresel anlam” oluşturur. Belirli bir olaya ilişkin ilk değerlendirmeler, nedene ve denetlenebilirliğe dair atıflar ve olayın “benim için ne ifade ettiği” gibi olaya özgü anlamlar ise “durumsal anlam” içinde değerlendirilir. Şiddetli bir kayıp gibi sarsıcı bir olay, çoğu zaman küresel anlam ile durumsal anlam arasında çatışma (discrepancy) yaşatabilir ve bu da kişide yoğun stres ve sıkıntı yaratır. Burada uyum ya olayı asimilasyon (yeniden çerçeveleme ile tehdidi anlaşılır kılma) ile mevcut şemalara uydurarak ya da akomodasyon (yaşam önceliklerini, adalet/denetim inançlarını revize etme) ile küresel inanç ve hedeflerde güncelleme yaparak bu çatışmayı küçültmekle gerçekleşir. Modelin özgün sunumu bu ikili yapıyı ayrıntılandırır ve anlam odaklı baş etmenin, klasik problem ve duygu odaklı baş etmenin yanında üçüncü bir yol olarak nasıl işlediğini kuramsal olarak açıklar (Park, 2010)

Davis, Nolen-Hoeksema ve Larson'ın (1998) önerdiği çerçeve ise, “anlam yapımı”nı iki özgül sürece ayırmıştır. Burada anlamlandırma (sense-making), kaybın “neden/nasıl” olduğuna dair akla yatkın bir açıklama kurmayı ve olayın kişinin genel inanç ve amaç sistemine (adalet, denetlenebilirlik, değerler) mantıksal olarak uyusabilmesini ifade eder. Yarar bulma (benefit-finding) ise kaybın ardından ortaya çıkan olumlu sonuçları, değerler ve önceliklerdeki kazanımları ve “ne öğrendim/neye yöneldim” türü dönüşümleri kapsar. Boylamsal olarak test edilen kuramsal önermeye göre erken dönemde kayba anlam vermek duygusal yükü daha hızlı düşürürken, zaman ilerledikçe yarar bulma iyileşmede daha güçlü bir rol üstlenir. Bu çerçeveye zemin hazırlayan 205 yakın kaybı yaşamış yetişkinle yürütülen özgün çalışmada, ilk yıl içinde anlamlandırmanın daha düşük sıkıntı ile, 13 ve 18. aylarda ise yarar bulmanın uyumla daha güçlü ilişki verdiği gösterilmiş ve bu ayrım desteklenmiştir. Böylece “anlam yapımı”nın tek blok bir süreç değil, zamana duyarlı iki bileşenin bulunduğu ileri sürülmüştür (Davis, Nolen-Hoeksema ve Larson, 1998).

Bu konuda yas literatüründe en çok kabul gören yaklaşım ise Neimeyer (2006) ve Gillies ve Neimeyer (2006) tarafından oluşturulan “Anlamı Yeniden Yapılandırma” modeli olmuştur. Kuram modeli üç temel işlevsel bileşen etrafında oluşturulmuştur. Bunlar, anlamlandırma (sense making), kaybın tüm zorluklarına rağmen bir şekilde umut ışığı görebilme (benefit findings), ve kimlikte yeniden yapılanma (identity reconstruction) bileşenleridir.

Neimeyer (2006), yasin anlamsızlığını bir anda ortadan kaldıracak, dış dünyada hazır olarak bulunan anlamlar olmadığını vurgular. Anlama, kişinin kendi anlam dünyasını aktif biçimde yeniden yapılandırmasıyla ulaşılabilir. Bu süreçteki “anlamlandırma” bileşeni genellikle kayıpla ilgili sorularla başlar: “Neden öldü?”, “Engellenebilir miydi?”, “Neden benim başıma geldi?”, “Bu kaybın hayatımdaki anlamı ne?” gibi sorular çoğu kez kendiliğinden zihinlerde belirir. Bu soruların çoğunun nesnel, tek bir doğru yanıtının olmadığını ama kişinin cevapsızlığa tahammül edebilmesini ve öznel, yaşanabilir yanıtlar geliştirmesini sağlayacak bir anlam çerçevesi oluşturması gerektiğini belirtirler. Kısacası, sorular sormak, yanıt aramak ve hayata devam edebilmek için gereken açıklamaları üretmek, “kayba anlam verme” sürecinin özünü oluşturur (Gillies ve Neimeyer, 2006).

Bir diğer bileşen olan yarar bulma ya da umut ışığı görme ise kaybın yol açtığı yoğun kaygı ve üzüntüye rağmen yaşananlardan bir umut ya da olumlu anlam çıkarma kapasitesidir (Neimeyer, 2006). Örneğin kişi, yas gibi yıkıcı bir olaydan sonra yaşamını sürdürebildiğini fark edip kendini güçlü hissedebilir ya da süreçte destek verenleri düşünerek şükran duyabilir. Hatta kaybettiği kişinin öğrettiklerini bir kazanım olarak görebilir. Kısacası, kayba rağmen ne

öğrendiğini ve ne kazandığını fark etmesi “yarar bulma” bileşenini ifade eder (Holland, Currier ve Neimeyer, 2006).

Anlamı yeniden yapılandırmanın üçüncü bileşeni olan kimlikte yeniden yapılanma, kişinin benliğini kaybın yarattığı yeni gerçekliğe ve üstlendiği rollere göre yeniden uyarlamasıdır. Buna göre kişiler kayıptan sonra yeni roller edinebilir, potansiyel ve dayanıklılıklarını keşfedebilir, kendilerine ve başkalarına karşı daha empatik ve kabullenici davranabilirler. Ayrıca daha bağımsız hissedebilirler, inançlarında (daha inançlı ya da daha seküler) değişim yaşayabilirler ve yaşamla ilgili bilgelikleri artabilir. Bu tür dönüşümler, anlamı yeniden yapılandırma sürecinin kimlikte değişim ve yeniden yapılanma boyutunu oluşturur (Neimeyer, 2006; Gillies ve Neimeyer, 2006).

Yaklaşım, Park ve Folkman’ın (1997) küresel–durumsal anlam ayrımı ve asimilasyon–akomodasyon kavramları ile Janoff-Bulman’ın (1992) sarsılan varsayımlar çerçevesini, bağlanma kuramındaki temsil dönüşümü ve süregiden bağlar görüşüyle birleştirir. Burada amaç, kaybın yarattığı anlamsal uyumsuzluğu azaltmak, ölenle ilişkiyi gerçeklikle uyumlu ve esnek bir içsel bağa dönüştürmek, kimliği ve hedefleri bu yeni bağlamda yeniden düzenlemektir.

Anlamı yeniden yapılandırma ile uzamış yas belirtileri arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda, farklı örneklemeler ve yöntemler kullanıldığında hem tutarlı eğilimler hem de dikkat çekici ayrımlar görülmektedir. Üniversite öğrencilerinden oluşan 1056 kişilik örneklemlerle Holland, Currier ve Neimeyer (2006)’in çalışmasında, anlamlandırabilmenin (sense making) şiddet içeren ölüm ile uzamış yas belirtileri arasındaki bağı kısmen açıklayabildiği gösterildi. Buna göre kaybı bir çerçeveye oturtabilenler daha az yoğun yas belirtileri bildirdiler. Bu çalışma, anlamlandırmanın en çok etkilendiği durumun şiddet ve beklenmedik oluş gibi kaybın doğası olduğunu da vurgulamıştır. Keesee, Currier ve Neimeyer’in (2008) çocuğunu kaybeden 157 ebeveyni incelediği çalışmasında, kayıptan anlam çıkarabilme düzeyi, yas şiddetinin en güçlü yordayıcısı olarak bulundu. Özellikle hiç ya da çok az anlam çıkarabilen ebeveynlerin, envanter temelli ölçülen uzamış yas belirtilerinde anlamlı biçimde daha yüksek puan aldığı tespit edildi. Bu sonuç, kaybı anlamlandıramama ile uzamış yas arasındaki bağı yalnızca öznel bir izlenim değil, ölçülebilir bir ilişki olduğunu destekledi.

Bununla birlikte bütün çalışmalar aynı yönde sonuç vermemiştir. Geç yaşta eş kaybını izleyen uzunlamasına bir çalışmada, Coleman ve Neimeyer (2010), 6. ve 18. ayda anlam arayışının (searching for meaning) hem eşzamanlı hem de izleyen dönemlerdeki yas şiddetini öngördüğünü ancak anlam bulmanın (sense making) bu örnekte yasla ilişkili

görünmediğini bildirmiştir. Bu bulgular, aktif arayışın belirli koşullarda ruminasyonu ve belirtileri besleyebileceğini, bulunan anlamın ise her zaman ölçülüp yakalanamayabileceğini düşündürmüştür. Bu ayrışma, anlam sürecinin zamana, yaşa ve bağlama duyarlılığını da vurgular.

Bugüne dek anlamı yeniden yapılandırma çoğu çalışmada birkaç maddelik kısa ölçeklerle ölçülmüş ve bu puanların uzamış yas belirtileriyle genellikle negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Currier ve ark., 2006; Holland ve Neimeyer, 2010; Keesee, Currier ve Neimeyer, 2008). Son yıllarda bileşenleri ayrı ayrı değerlendiren standart araçlar geliştirilmeye başlanmıştır. Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES; Holland, Currier, Coleman ve Neimeyer, 2010), Inventory of Complicated Spiritual Grief (Burke ve ark., 2014) ve Meaning in Loss Codebook (Gillies, Neimeyer ve Milman, 2014) bunlar arasındadır. Tüm bileşenleri birlikte ele almak için Grief and Meaning Reconstruction Inventory (GMRI; Gillies, Neimeyer ve Milman, 2015) geliştirilmiş ve anlamı yeniden yapılandırmanın çok boyutlu yapısını değerlendirmede daha kapsamlı bir seçenek olarak öne çıkmıştır. Bu ölçeğin ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Keser ve Işıklı (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Mevcut tez çalışmasında anlamı yeniden yapılandırmanın yaşlı bireylerde yasa olan etkisini incelemek için bu versiyon tercih edilmiştir.

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, yakınıını kaybetmiş yaşlı bireylerde uzamış yas bozukluğu ve belirtilerinin yaygınlığını belirlemek, ayrıca bu belirtileri yordayan psiko-sosyal etkenleri incelemektir. Literatürde yas sürecinin yaşlı bireylerde daha karmaşık seyredediği, sosyal destek eksikliği, yalnızlık, baş etme becerilerinin yetersizliği gibi faktörlerin bu süreci olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Ancak Türkiye'de bu alanda, özellikle yaşlı popülasyona odaklanan özgün çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu bağlamda araştırma, yaşlı bireylerde uzamış yas belirtileri ile kişinin sosyodemografik özellikleri, kaybedilen kişi ile ilişkisi, kaybın üzerinden geçen süre, kaybın şekli, baş etme becerileri, sosyal destek düzeyi, kaybedilen kişi ile süregiden bağları, kayıp sonrası anlamın yeniden yapılandırılabilmesi gibi değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedeflemektedir. Elde edilecek verilerin farklı kültürlerdeki çalışmalarla karşılaştırılması ve bizim toplumumuza özgü çıkarımlar yapılması da hedeflenmektedir.

Bu çalışma sonucunda elde edilecek bulgular, yaşlı bireylerin ruh sağlığına yönelik müdahale ve destek hizmetlerinin yapılandırılmasına katkı sağlayabileceği gibi, ruh sağlığı uzmanları için de riskli grupların tanımlanmasına yardımcı olacaktır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, Türkiye'de yaşayan 60 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, veri toplama süresi olan altı aylık süre içerisinde Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Geriatri Bilim Dalı poliklinik hizmetlerine başvuran; son altı ay içerisinde birinci derece yakınlarından en az birini kaybetmiş, bilişsel işlevleri normal olan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 82 birey oluşturmaktadır. Katılımcılar, amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir.

4.1. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 60 yaş ve üzeri olmak, en az altı ay veya daha uzun süre önce birinci derece bir yakınının ölümüne bağlı kayıp yaşamış olmak, okuma-yazma biliyor olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edip aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmasıdır.

Dışlama kriterleri ise; herhangi bir zamanda demans tanısı almış olmak, başvuru nedeni olarak unutkanlık şikâyetinin bulunması olarak belirlenmiştir.

4.3. Veri Toplama Araçları

4.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, kaybedilen kişiye yakınlık düzeyi, kaybın şekli, kaybın üzerinden geçen süre, kaybettiği kişiyle olan ilişkisi, kayıp sonrası yaşantısı gibi demografik ve klinik bilgileri toplayan, araştırmacı tarafından oluşturulmuş formdur.

4.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, Beck (1961) tarafından geliştirilmiş ve depresyonun bilişsel, duygusal ve fizyolojik belirtilerini değerlendiren öz bildirime dayalı 21 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçüm aracıdır. Ölçek 0 ile 3 arasında bir puan skalasından oluşmakta olup alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçekten alınan puanların artması depresif belirtilerin arttığı şeklinde yorumlanır.

Türkiye'de BDÖ'ye ilişkin birden fazla geçerlik güvenirlik çalışması bulunmaktadır. Bu konuda ilk çalışma Tegin (1980) tarafından yapılmış ve daha sonra Hisli (1988, 1989) tarafından bir diğer uyarlama çalışması gerçekleştirilmiştir. Hisli'nin (1989), üniversite öğrencileri örnekleminde yapılan uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı

(Cronbach alfa) $\alpha = .80$ olarak bildirilmiş; ayrıca iki yarım test güvenilirliği $r = .74$ olarak hesaplanmıştır.

Mevcut çalışmada, BDÖ kullanılarak depresyonun uzamış yas belirtileri ile ve uzamış yas bozukluğu ile birlikteliği değerlendirilmek istenmiştir.

4.3.3. Uzamış Yas Ölçeği (PG-13)

Prigerson ve arkadaşları (2009), DSM-5 ve ICD-11'e önerilmek üzere Uzamış Yas Bozukluğu tanı kriterilerini oluşturmak için, yas araştırmalarında en sık kullanılan ve uzamış yas tanısı koymada altın standart kabul edilen Karmaşık Yas Envanteri'nin (Inventory of Complicated Grief; Prigerson ve ark., 1995) 19 maddesini temel alan bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışma sonucunda, söz konusu 19 maddeden 13'ü seçilerek "Uzamış Yas Ölçeği" geliştirilmiştir.

Bu ölçek hem Uzamış Yas Bozukluğu tanısı koymak hem de uzamış yas belirtilerinin şiddetini ölçmek için kullanılabilen tek boyutlu bir ölçüm aracıdır. Uzamış Yas Ölçeği'nde yer alan 13 maddenin 11 tanesi 5'li likert tipi, 2 tanesi ise 'evet/hayır' şeklinde cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin 11 maddesi yas sürecine ilişkin özlem, yoğun duygusal acı, kimlik duygusunda azalma, kaçınma, duygusal uyuşma ve işlevsellikte bozulma gibi temel belirtileri kapsamakta ve buradan alınan toplam puan ile uzamış yas belirtilerinin şiddeti belirlenebilmektedir. Ölçekte yer alan 'evet-hayır' soruları ise belirtilerin süresini ve sosyal-mesleki işlevsellikte bozulmanın olup olmadığını değerlendirmektedir.

Prigerson ve arkadaşları (2009), Uzamış Yas Ölçeği için sabit bir toplam puan kesme noktası yerine tanı algoritması önermiştir. Bu algoritmaya göre Uzamış Yas Bozukluğu tanısı koyabilmek için aşağıdaki (A-E) kriterin karşılanması gerekmektedir:

A- Olay Kriteri: Ölüme bağlı bir kayıp yaşamış olmak.

B- Ayrılık Kaygısı: Ölçeğin 1 ve 2. maddelerinde tarif edilen belirtilerden en az birinin günde en az bir kere yaşanıyor olması.

C- Süre Kriteri: Ölçeğin 1. ve 2. maddelerinde belirtilen ayrılık kaygısının kaybın ardından en az 6 ay geçmiş olmasına rağmen hala şiddetli bir biçimde (4 veya 5 puan düzeyinde) yaşanıyor olması.

D- Bilişsel, Davranışsal ve Duygusal Belirtiler: 4-12 arasındaki toplamda 9 maddeden en az 5 tanesinin 'en az günde bir kere' veya 'günde birçok kere' olarak cevaplanmış olması.

E- İşlevsellik Kriteri: Sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlar (örn., ev ile ilgili sorumluluklar gibi) açısından belirgin bir şekilde işlevsellik kaybı yaşıyor olması. Yani 13. maddeye ‘evet’ yanıtının verilmiş olması.

Ölçek, uluslararası alanda yaygın olarak kullanılmakta olup, uzamış yas belirtilerinin taranması ve klinik şiddetinin belirlenmesinde güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2020 yılında yapılmıştır (Işıklı ve ark. 2020).

Mevcut çalışmada, örneklemin Uzamış Yas Bozukluğu tanı yaygınlığı ve uzamış yas belirti şiddeti bu ölçek ile belirlenmiştir.

4.3.4. Süregiden Bağlar Ölçeği

Field (2005), kayıp yaşamış 357 kişiyle gerçekleştirdiği yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler sonucunda süregiden bağ deneyimlerine ilişkin 47 maddeden oluşan bir havuz oluşturmuştur. Bu madde havuzu daha sonra Amerika’da Field ve Filanosky (2010) tarafından, Çin’de ise Ho ve arkadaşları (2013) tarafından kullanılmıştır. Her iki araştırma ekibi de söz konusu madde havuzundan yararlanarak süregiden bağları ölçmeye yönelik standart bir ölçme aracı geliştirmeyi amaçlamıştır.

Bu çalışmaların bulguları doğrultusunda Field ve Filanosky (2010), 16 maddeden ve iki alt boyuttan (içsel bağlar–dışsal bağlar) oluşan bir ölçek geliştirmiş ve içsel bağlar alt boyutunun iç tutarlık katsayısını .92, dışsal bağlar alt boyutunun iç tutarlık katsayısını ise .73 olarak rapor etmiştir. Benzer şekilde Ho ve ark. (2013), 19 maddelik ve yine içsel bağlar–dışsal bağlar olmak üzere iki boyutlu bir ölçek oluşturmuş ve burada da içsel bağlar alt ölçeği için .92, dışsal bağlar alt ölçeği için .84 düzeyinde iç tutarlık katsayıları bildirmiştir. Bu süreçte süregiden bağların yalnızca iki alt boyuta indirgenemeyeceği, çok daha fazla boyutlu bir yapıya sahip olduğu da belirtilmiştir (Scholtes & Browne, 2015).

Field ve Filanosky (2010)’nin soru havuzundan seçilen 28 sorudan oluşturulan 4’lü likert yapıdaki ve 4 alt boyuttan oluşan son hali Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde cronbach alfa değerleri tüm ölçek için .93, fiziksel yakınlık arayışı alt ölçeği için .90, özdeşim alt ölçeği için .87, algısal yanılsamalar alt ölçeği için .79, sitem ve öfke alt ölçeği için ise .61 olarak hesaplanmıştır (Keser ve Işıklı 2021).

Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır:

Fiziksel yakınlık arayışı: Bu alt boyut kişinin çevresinde ölen yakınının fiziksel varlığını aramayı, somut nesne ve olgular üzerinden ölenle bağ kurmayı, ölümün kesinliğini ve geri dönülmezliğini tam olarak içselleştirememeyi kapsamaktadır (maddeler: 2, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Özdeşim: Bu alt boyut ölen kişiye benzeme, ölen kişinin yas tutan kişinin kimliği üzerindeki etkisi, ölen kişinin özelliklerini benimseyip ona benzeme, onun isteklerini ve vasiyetlerini gerçekleştirmeye çalışma gibi 'özdeşim' temalarını kapsamaktadır (maddeler: 4, 7, 9, 11, 12, 15, 18, 19, 21).

Algısal yanılsama: Bu alt boyut yas sürecinde ölen kişiyi görme, konuştuğunu duyma, dokunduğunu hissetme ya da ölen kişinin kendisini ziyaret ettiğini hissetme gibi halüsinasyon ve algısal yanılsama deneyimlerini kapsamaktadır (maddeler: 1, 3, 8, 13, 17).

Sitem ve öfke: Bu alt boyut yas sürecinde ölen kişiyi suçlama, kızma, eleştirme, ölen kişinin yas tutan kişiyi cezalandırdığı düşüncesi, işleri ölen kişinin yapacağına tam tersi şekilde yapma gibi ölen kişiyle henüz bitmemiş ilişkiyi kapsamaktadır (maddeler: 5, 6, 10, 14, 16).

Mevcut çalışmada, süregiden bağların uzamış yaşla ilişkisini değerlendirebilmek için ölçeğin Keser ve Işıklı (2021) tarafından uyarlanan versiyonu kullanılmıştır.

4.3.5. Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri

Gillies, Neimeyer ve Milman (2015) tarafından geliştirilen Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri (YAYYE), 29 maddeden ve beş alt boyuttan oluşan ve 5'li likert tipinde bir ölçüm aracıdır. Ölçek maddeleri, kayıp sonrasında sarsılan ya da bozulan anlam dünyasının hangi düzeyde yeniden kurulduğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Daha detaylı bir deyişle bireyin kayıptan sonra yaşamına ve dünyaya yeniden anlam verebilme, kimliğini yeniden düzenleyebilme, huzur ve teselli bulabilme, kayıptan öğrenerek kişisel bir gelişim yaşayabilme ve hayatın değerini yeniden fark edebilme süreçlerini ölçmeyi amaçlar.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Keser ve Işıklı (2018) tarafından yapılmıştır. Buradaki değerlendirmede cronbach alfa değerleri ölçeğin tamamı için .81 olarak, alt ölçekler için ise .73 ile .87 arasında bulunmuştur. Ölçeğin orijinal versiyonu 5 alt ölçekten oluşsa da Türkçeye uyarlanan versiyonda faktör analizleri sonucu 4 alt ölçek oluşturulmuştur. Orijinal versiyonda 29 maddeden oluşan ölçek 3. ve 7. maddelerin örtüşmeyi bozması nedeniyle çıkarılması sonucu 27 madde olarak uyarlanmıştır (Keser ve Işıklı 2018).

Envanter dört alt boyuttan oluşmaktadır:

Büyüme: Bu alt boyut sevilen kişinin kaybından sonra aileye ve hayata verilen değerin artması, her anın tadını çıkarmaya çalışmak, hayatın kısa olduğunu anlamak gibi temaları kapsamaktadır (maddeler: 4, 8, 12, 13, 19, 22, 24, 25, 28, 29).

Anlamsızlık: Bu alt boyut kayıp sonrası yaşanan boşluk, anlamsızlık, yönünü kaybetme ve yaşamın değerini yitirdiğini hissetme gibi olumsuz duyguları kapsamaktadır (maddeler: 2, 6, 9, 16, 20, 27).

Teselli: Bu alt boyut bireyin kayıp sonrası duygusal rahatlama, teselli bulma ve kişinin içsel destek deneyimlerini kapsamaktadır (maddeler: 1, 5, 11, 14, 18, 21, 26).

Huzur: Bu alt boyut bireyin kaybı zihinsel ve duygusal olarak kabul etme, içsel barışa ulaşma ve durumu anlamlandırarak sakinleşme düzeyini kapsamaktadır (maddeler: 10, 15, 17, 23).

Mevcut çalışmada, anlamı yeniden yapılandırmanın uzamış yaşla ilişkisini değerlendirebilmek için ölçeğin Keser ve Işıklı (2018) tarafından uyarlanan versiyonu kullanılmıştır.

4.3.6. Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Becerileri Envanteri, Özbay ve Şahin (1997) tarafından geliştirilmiş ve aynı yıl Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması da yapılmış, bireylerin farklı stres durumlarında kullandıkları başa çıkma stratejilerini değerlendirmeyi amaçlayan 43 maddeden ve altı alt ölçekten oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçek, 5'li Likert tipi derecelendirme yapısına sahiptir. Stresle Başa Çıkma Becerileri Envanteri için rapor edilen genel güvenirlik (cronbach alfa) katsayısı .81 olarak bulunmuştur (Özbay ve Şahin, 1997).

Envanter altı alt boyuttan oluşmaktadır:

Dine Sığınma (Dine Yönelme): Bu alt boyut, bireyin stres karşısında ilahi bir güce yönelmesi, dua etmesi ve dini inançlardan psikolojik güç alma eğilimini kapsamaktadır (maddeler: 9, 14, 22, 26, 31, 37).

Dış Yardım Arama: Bu boyut, stresle başa çıkma sürecinde bireyin duygusal, bilişsel ve fiziksel düzeylerde sosyal destek arama davranışlarını içermektedir (maddeler: 1, 6, 13, 19, 25, 30, 35, 40, 43).

Aktif Planlama: Problemlerle başa çıkmak için doğrudan eyleme geçme, çözüm stratejileri geliştirme, plan yapma, mevcut duruma odaklanma ve rasyonel problem çözme adımlarını içeren aktif davranışları kapsamaktadır (maddeler: 2, 7, 12, 18, 24, 29, 33, 36, 39, 42).

Kaçma – Duygusal/Eylemsel: Bu alt boyut, stres karşısında pasif bir tutumla durumdan duygusal veya davranışsal olarak uzaklaşma ve kendini soyutlama eğilimlerini ifade etmektedir (maddeler: 5, 11, 17, 23, 27, 32, 38).

Kaçma – Biyokimyasal: Sigara, alkol, ilaç ya da diğer maddelere yönelme gibi biyokimyasal temelli kaçınma davranışlarını içermektedir (maddeler: 4, 10, 15, 21).

Bilişsel Yeniden Yapılanma/Kabul: Bu boyut, stres yaratan durumun kendisini değiştirmeye yönelik doğrudan bir davranıştan ziyade, bireyin olayı değerlendirme biçimini ve bakış açısını yeniden yapılandırma eğilimini kapsamaktadır (maddeler: 3, 8, 16, 20, 28, 34, 41).

Mevcut çalışmada, yas yaşayan kişilerden oluşan örneklemin stresli durumlarla baş etme becerilerinin neler olduğunun anlaşılması, ayrıca bu beceri ve tutumların yasin şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla ilgili envanter kullanılmıştır.

4.3.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu

Katılımcının ailesi, arkadaşları ve özel bir kişi gibi sosyal kaynaklardan algıladığı desteği değerlendiren bir ölçektir. İlk kez Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Eker ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin gözden geçirilmiş formuna ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2001 yılında yine Eker ve arkadaşları (2001) tarafından yenilenmiştir. Ölçek, 12 madde ve üç alt boyuttan (aile, arkadaş, özel bir insan) oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik katsayıları toplam ölçek puanı için 0.89, alt boyutlar için ise sırasıyla aile 0.85, arkadaş 0.88 ve özel bir insan 0.92 olarak bildirilmiştir.

Ölçek 7’li Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Katılımcılar ifadelerle katılmadıkları durumda 1, tamamen katıldıkları durumda ise 7 puan vermektedir. Maddelerden elde edilen puan yükseldikçe kişinin algıladığı sosyal destek düzeyi de artmaktadır.

Her alt boyutta yer alan dört maddenin puanları toplanarak alt boyut puanı elde edilmekte; üç alt boyutun toplamı ise ölçeğin genel puanını oluşturmaktadır. Alt boyutlardan alınabilecek puanlar 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması, bireyin algıladığı sosyal desteğin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Mevcut çalışmada, yas yaşayan kişilerin algıladığı sosyal desteğin belirlenmesi ve algılanan sosyal desteğin yasin şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla Eker ve arkadaşları (2001) tarafından yenilenen gözden geçirilmiş form versiyonu kullanılmıştır.

Puanlandırma toplam ölçek puanın ve alt ölçeklerin toplam puanının ortalaması alınarak kullanılmıştır.

4.3.8. Lawton ve Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1969 yılında Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiş olup bireylerin enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Lawton ve Brody, 1969). Katılımcının kendi başına günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri için gereken daha karmaşık işlevleri yerine getirme yeteneklerini değerlendiren bir ölçektir. Günlük yaşam aktivitelerinin 8 alanını değerlendiren 8 madde; telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, ev işlerini yerine getirme, çamaşır yıkayabilme, ulaşım araçlarını kullanabilme, ilaçlarını düzenli biçimde alabilme ve para yönetimini sürdürebilmeyi içerir. Her maddede 0 ve 1 puana karşılık gelen ifadelerden katılımcıya en uygun olan seçilerek toplam ölçek puanı hesaplanır. Puanın yükselmesi bireyin yaşam aktivitelerinde bağımsızlığının artışı ifade eder. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmalarında edilen genel güvenilirlik (cronbach alfa) katsayısı .81 olarak bulunmuştur (Güzel ve ark. 2024).

Mevcut çalışmada, katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme becericinin uzamış yas şiddetine etkisinin incelenmesi için ilgili ölçek kullanılmıştır.

4.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler SPSS istatistik programı v.23 kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılım özellikleri için histogram ve normal olasılık grafikleri (Q-Q plot) değerlendirilmiş, ayrıca çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri göz önünde bulundurulmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında olması normal dağılım açısından kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir. Veri setinde uç değerlerin belirlenmesi amacıyla değişkenlere ait z puanları hesaplanmış ve ± 3 sınırını aşan değerler uç değer olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini ortaya koymak amacıyla frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerlerini içeren betimsel istatistikler hesaplanmıştır. Uzamış yas belirti şiddeti PG-13 toplam puanı üzerinden değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler ile PG-13 puanı arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizi; kategorik değişkenler ile PG-13 puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için ise bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Depresyon düzeyleri ve kayıp türlerine göre PG-13 puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmış, anlamlılık saptanan durumlarda gruplar arası farkları incelemek üzere post hoc çoklu

karşılaştırma testlerinden yararlanılmıştır. Uzamış yas belirti şiddetini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı olarak değişkenlerin modele eklendiği çoklu hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Çoklu hiyerarşik regresyon analizine geçmeden önce model varsayımları ve olası aykırı/etkili gözlemler değerlendirilmiştir. Artıkların dağılımı ve uç değerlere duyarlılığı standartlaştırılmış artıklar (Std. Residual), studentize artıklar (Stud. Residual) ve silinmiş studentize artıklar (Stud. Deleted Residual) üzerinden incelenmiştir. Modele eklenecek bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı (multikolinerite) olup olmadığı tolerans ve VIF değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

4.5. Etik Kurul Onayı

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır (Etik kurul karar sayısı: 2025/14-12 ve Araştırma Numarası: SBA 25/595). Araştırmada kullanılmış olan aydınlatılmış onam formu EK-1'de sunulmuştur.

4.6. Uygulama

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Geriatri Bilim Dalı poliklinik hizmetlerine herhangi bir sebeple başvuran, birinci derece yakınlarından en az birini kaybetmiş ve bu kaybın üzerinden en az 6 ay geçmiş 60 yaş ve üzeri bireylere çalışma hakkında bilgi verilip aydınlatılmış onam alınmıştır. Yapılan kısa klinik görüşme sonrası özbildirim formatında olan veri toplama gereçleri örnekleme dahil olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerce doldurulmuştur. Yapılan görüşme ve veri toplama gereçlerinin doldurulması her bir katılımcı başına yaklaşık 60 dakika sürmüştür. Verilerin toplanması sırasında yardım gerektiren bir ruhsal sorunu veya yakınması olan katılımcılarla ayrıca psikiyatrik görüşme ve tedavi planlaması yapılmıştır. Veriler Nisan 2025-Eylül 2025 tarihleri aralığında toplanmıştır.

4.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma için gerekli olan değerlendirme araçları için gereken tüm kırtasiye giderleri araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır.

5. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilen analizlerin bulgularına yer verilmiştir. Analizler SPSS istatistik programı v.23 kullanılarak yürütülmüş olup analizlere başlanmadan önce sürekli değişkenlerin normal dağılımları ve uç değerleri incelenmiştir. Uç değerlerin incelenmesi amacı ile değişkenlerin z puanları hesaplanmıştır. Yapılan inceleme sonucunda hiçbir değişken için ± 3 sınırını aşan z puanına rastlanmamış ve veri setinde uç değer bulunmadığı görülmüştür. Sürekli değişkenlerin normal dağılımının incelenmesi için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş olup değerlerinin ± 2 aralığında olduğu ve normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür.

5.1. Sosyodemografik Değişkenler

Çalışmaya katılan 82 kişinin 62'si (%75.6) kadın, 20'si (%24.4) erkektir. Katılımcıların %63.4'ü eşini kaybetmiş olup %36.6'sı evlidir. Bu durum çalışmaya katılan yaşlı bireylerin çoğunun eş kaybı yaşamış kadınlar olduğunu göstermektedir. Aile yapısına bakıldığında, katılımcıların %31.7'sinin çocuklarıyla, %12.2'sinin eşi ve çocuklarıyla, %24,4'ünün eşiyle, %31.7'sinin ise tek başına yaşadığı görülmektedir. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine dair bulgular Tablo 5.1'de gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Örneklemeye ait sosyodemografik özellikler

Sosyodemografik Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	62	75.6
	Erkek	20	24.4
Medeni Durum	Evli	30	36.6
	Eşini kaybetmiş	52	63.4
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	15	18.3
	İlkokul	39	47.6
	Ortaokul	7	8.5
	Lise	9	11.0
	Üniversite	12	14.6
Meslek	Ev hanımı	46	56.1
	Meslek sahibi	36	43.9
Ekonomik Düzey	Alt	12	14.6
	Orta-alt	30	36.6
	Orta	34	41.5
	Üst-orta	6	7.3
Kiminle yaşıyor?	Çocuklarıyla	26	31.7
	Çocukları ve eşiyle	10	12.2
	Eşiyle	20	24.4
	Tek başına	26	31.7

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında 39'unun (%47.6) ilköğretim mezunu, 15'inin (%18.3) okur-yazar, 12'sinin (%14.6) üniversite mezunu, 9'unun (%11.0) lise mezunu, 7'sinin (%8.5) ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Mesleki durum incelendiğinde katılımcıların %56.1'i ev hanımı, %43.9'u ise geçmişte ya da mevcut durumda meslek sahibi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunun ekonomik durumlarıyla ilgili algıları orta düzeyi belirtmekte olup, bildirilen gelir düzeyini %14.6'sı "alt" olarak, %36.6'sı "orta-alt", %41.5'i "orta", %7.3'ü ise "üst-orta" olarak belirtmiştir. Bu bulgular, katılımcıların yarıdan fazlasının düşük ve orta gelir seviyesinde, eğitimlerinin ise genel olarak temel eğitim düzeyinde olduğunu göstermektedir.

5.2. Kayıpla İlgili Özellikler

Katılımcıların tamamı önemli bir yakını kaybetmiştir. Örneklemin yaş özelliği nedeniyle katılımcıların pek çok kayıp yaşadıkları göz önüne alınarak, en çok etkilendikleri kayıp sorulmuş, ve kayba dair özellikler bu indeks kayıp üzerinden sorgulanmıştır. Buna göre, en sık kaybedilen yakın eş (%43.9) olarak cevaplanmış, bunu ebeveyn (%22.0), çocuk (%18.3) ve kardeş (%15.9) kaybı izlemiştir. Kaybedilen yakınların cinsiyet dağılımı %59.8'i erkek, %40.2'si kadın şeklindedir. Katılımcılara ait kaybedilen kişi ve kaybın oluş şekline dair özellikler Tablo 5.2'de gösterilmiştir.

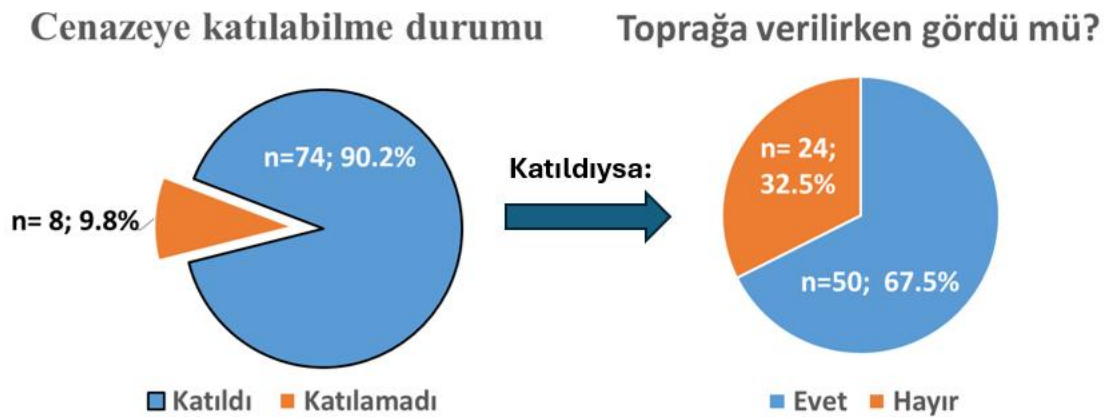
Tablo 5.2. Kaybedilen kişi ve kaybın oluş şekline dair özellikler

Kayıpla İlgili Özellik		n	%
Kaybedilenle yakınlık derecesi	Eş	36	43.9
	Ebeveyn	18	22.0
	Çocuk	15	18.3
	Kardeş	13	15.9
Kaybedilenin cinsiyeti	Kadın	33	40.2
	Erkek	49	59.8
Ölüm nedeni	Kronik hastalık	38	46.3
	Akut hastalık	32	39.0
	Kaza	12	14.6
Ölüm yeri	Hastane	48	58.5
	Ev	22	26.8
	Açık alan	12	14.6
Ölümün beklenme durumu	Beklenmedik(ani)	52	63.4
	Beklenen(sıralı)	30	36.6
Ölüm biçimi	Şiddetli/travmatik	69	84.1
	Şiddetli değil	13	15.9

Ölüm nedenleri incelendiğinde, kayıpların %46.3'ü kronik bir hastalık sonucu, %39.0'ı ani gelişen akut bir hastalık sonucu, %14.6 ise kaza kaynaklı ölümlerden oluşmaktadır. Ölüm yeri çoğunlukla hastane (%58.5) olup, %26.8'i evde, %14.6'sı ise açık alanda gerçekleşmiştir. Katılımcılar, kayıpların %63.4'ünün ani ve beklenmedik şekilde meydana geldiğini, %36,6'sının ise beklenen (sıralı) bir ölüm olarak gerçekleştiğini bildirmiştir. Ayrıca, katılımcıların büyük bölümü ölüm biçimini travmatik/şiddetli olarak tanımlarken (%84.1), yalnızca %15.9'luk bir kesim yakınının ölümünü şiddet içermeyen doğal bir süreç olarak tanımlamıştır. Bu veriler, örneklemedeki kayıpların çoğunun katılımcılar için beklenmedik ve travmatik özellikte olduğunu göstermektedir.

5.3. Kayıp Sonrası Deneyimler

Katılımcıların %90.2'si kaybettikleri kişinin cenaze törenine katılabilirken, geri kalan %9.8'i cenazeye katılamamıştır. Ayrıca cenazeye katılabilenlerin %61.0'ı cenazenin toprağa verilmesi sırasında yakınına görebildiğini belirtirken, %39.0'ı defin esnasında yakınına göremediğini belirtmiştir (Şekil 5.1). Katılımcıların büyük çoğunluğu (%85.4) kaybettikleri yakınlarının mezarını düzenli olarak ziyaret edebildiklerini bildirmiş, yalnızca %14.6'sı bir sebeple yakınının mezarını ziyaret edemediğini belirtmiştir (Tablo 5.3).



Şekil 5.1. Katılımcıların kaybettikleri yakınlarının cenazesine katılabilme ve toprağa verilirken görebilme durumu

Tablo 5.3. Katılımcıların kaybettikleri yakınlarının mezarlarını ziyaret edebilme durumu

		n	%
Düzenli mezar ziyareti yapılıyor mu?	Evet	70	85.4
	Hayır	12	14.6

Kaybedilen kişiyle ilişkilerin niteliğine bakıldığında, katılımcıların %81.7'si vefat eden yakınıyla ilişkilerinin iyi olduğunu, %7.3'ü ilişkilerinin kötü olduğunu, %11.0'ı ise ilişkilerinin “ne iyi ne kötü” olduğunu belirttiği görülmektedir. Bu bulgu, çoğu katılımcının çoğunluğunun kaybettiği kişiyle yakın ve olumlu bir ilişki paylaştığını göstermektedir (Tablo 5.4).

Tablo 5.4. Katılımcıların kaybettiği yakınlarıyla ilişkilerinin niteliğine dair özellikler

		n	%
Kaybedilen kişiyle ilişkinin niteliği nedir?	İyi anlaşırdık	67	81.7
	Bir iyi bir kötü anlaşırdık	9	11.0
	Kötü anlaşırdık	6	7.3

Kayıp yaşayan bireylerde günlük hayatlarındaki işlevsel etkilenme alanları çeşitlilik göstermiştir. Katılımcıların yarısı (%50.0) hem aile hem de sosyal hayatlarının kayıptan olumsuz etkilendiğini belirtirken, %18,3'ü yalnızca aile hayatında, bir diğer %18.3'ü ise hayatının tüm alanlarında belirgin bozulma yaşadığını bildirmiştir. Sadece %8.5'lik küçük bir grup kayıpların hiçbir alanı olumsuz etkilemediğini ifade etmiştir (Tablo 5.5).

Tablo 5.5. Katılımcıların kayıp sonrası günlük hayatlarının etkilenen alanları

		n	%
Kayıp sonrası günlük hayatın etkilenen alanları	Aile ve sosyal hayat	41	50.0
	Aile hayatı	15	18.3
	Sosyal hayat	4	4.9
	Hepsi	15	18.3
	Hiçbiri	7	8.5

Profesyonel psikolojik destek alma oranı ise sınırlı izlenmiş olup, katılımcıların yalnızca %28.0'ı kayıp sonrası bir uzmandan destek aldığını ifade etmiştir. Bunlara ek olarak, kayıp sonrasında azınlık bir grupta (%12.2) intihar düşüncesi gözlenmiş olup, girişimde bulunduğunu belirten olmamıştır (Tablo 5.6).

Tablo 5.6. Katılımcıların kayıp sonrası profesyonel destek alma ve intihar düşüncesine dair özellikler

		n	%
Kayıp sonrası profesyonel psikolojik destek alma	Evet	23	28.0
	Hayır	59	72.0
Kayıp sonrası intihar düşüncesi	Evet	10	12.2
	Hayır	72	87.8

5.4. Dini İnanç Özellikleri ve Kayıp Deneyiminde Değişimi

Katılımcıların dini inançları hakkındaki düşüncelerine bakıldığında, %46.3'ü inancını “kuvvetli” olarak, %42.7'si inancını “inanırım” şeklinde, %11.0'ı ise inancını “zayıf” olarak ifade ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların hiçbiri (n:0) “inanmam” seçeneğini işaretlememiştir.

Kayıp sonrasında dini inanç değişimi incelendiğinde, katılımcıların %37.8'i kayıp sonrasında inancının güçlendiğini, %57.3'ü değişmediğini belirtirken, yalnızca %4.9'u inancının zayıfladığını bildirmiştir. Ayrıca, ölümden sonra bir yaşam olup olmadığına dair inançları sorgulandığında, katılımcıların %58.5'i ahiret inancına sahip olduğunu ifade ederken, %14.6'sı buna inanmadığını, %26.8'i ise emin olmadığını belirtmiştir. Ölen kişinin dünyada olup bitenlerden haberdar olup olmadığı konusundaki inançlara bakıldığında ise, katılımcıların %42.7'si vefat eden yakınlarının dünya hayatındaki olaylardan haberdar olduğuna inandığını, %20.7'si haberdar olmadığına inandığını, %36.6'sı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.7).

Tablo 5.7. Katılımcıların dini inanç özellikleri ve kayıptan sonra dini inanç değişimine dair özellikler

		n	%
Dini inanç beyanı	İnancım kuvvetli	38	46.3
	İnanırım	35	42.7
	İnancım zayıf	9	11.0
Kayıp sonrası dini inanç değişimi	Kayıp sonrası güçlendi	31	37.8
	Bir değişiklik olmadı	47	57.3
	Kayıp sonrası zayıfladı	4	4.9
Ölümden sonra olan bir hayata inanç	İnanırım	48	58.5
	İnanmam	12	14.6
	Bilmiyorum/Kararsızım	22	26.8
Ölen insanlar dünyada olup bitenlerden haberdar olur mu?	Haberdar olurlar	35	42.7
	Haberdar olmazlar	17	20.7
	Bilmiyorum/Kararsızım	30	36.6

5.5 Sürekli Demografik Değişkenler

Sürekli demografik değişkenlere ait betimsel istatistikler incelendiğinde, katılımcıların yaşlarının 60 ile 87 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 71.67 (SD = 6.248) olduğu görülmektedir. Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı 0 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama 3.24 (SD = 1.576) olarak bulunmuştur.

Kaybedilen kişinin ölümünün üzerinden geçen sürenin 6 ay ile 40 yıl arasında değiştiği ve ortalama sürenin 10.58 yıl (SD = 10.35) olduğu belirlenmiştir. Bu değer, örnekleme hem yakın zamanda kayıp yaşayan bireylerin hem de üzerinden uzun yıllar geçmiş yaş deneyimlerinin bulunduğunu göstermektedir.

Kaybedilen kişilerin ölüm yaşları 2 ile 94 arasında değişmekte olup ortalama 60.12 (SD = 20.159) olarak hesaplanmıştır. Bu durum, örneklemin farklı yaş gruplarında kayıplar içermekte olduğunu göstermektedir.

Mezar ziyaret sıklığına ilişkin veriler incelendiğinde ziyaret sayısının yılda 0 ile 104 arasında değiştiği ve ortalama 7.72 ziyaret (SD = 15.082) olduğu görülmüştür. Bu geniş dağılım, katılımcılar arasında mezar ziyaret davranışının oldukça heterojen olduğunu ve bireysel farklılıkların belirgin olduğunu göstermektedir. Sürekli demografik değişkenlere dair özellikler Tablo 5.8’de gösterilmektedir.

Tablo 5.8 Sürekli demografik değişkenlere dair özellikler

	N	Değişken aralığı	Minimum değer	Maksimum değer	Ortalama	Standart Deviasyon
Yaş	82	27	60	87	71.67	6.248
Çocuk sayısı	82	8	0	8	3.24	1.576
Kaybedilen kişinin ölümü üzerinden geçen süre (yıl)	82	39.50	0.50	40.00	10.5805	10.35345
Kaybedilen kişinin ölüm yaşı	82	92	2	94	60.12	20.159
Mezar ziyaret sıklığı (yılda)	82	104	0	104	7.72	15.082

5.6 Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, katılımcıların Uzamış Yas Belirti Şiddeti (PG-13) puanlarının 14 ile 53 arasında değiştiği ve ortalama puanın 33.39 (SD = 11.139) olduğu görülmüştür. Bu değer, örneklemin önemli bir kısmında uzamış yas belirtilerinin belirli bir seviyede olduğuna işaret etmektedir.

Katılımcıların psikolojik durumlarına ilişkin bir diğer değişken olan Beck Depresyon Ölçeği puanları ise 2 ile 44 arasında değişmekte olup ortalama 15.45 (SD = 9.936) olarak bulunmuştur. Bu ortalama, örnekleminde depresif belirti düzeylerinin genel olarak hafif–orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Süregiden Bağlar Ölçeği (SBÖ) toplam puanı 52.88 (SD = 14.269) olup, katılımcıların kayıp sonrası bağlanma figürüyle ilişkilerini çeşitli biçimlerde sürdürdüklerini göstermektedir. Alt boyutlar incelendiğinde; fiziksel yakınlık arayışı (Ort.= 19.65) ve özdeşim (Ort.= 17.32) puanlarının diğer boyutlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, bireylerin kaybettikleri kişiyle sembolik bağlarını canlı tutma eğilimlerinin kuvvetli olduğunu düşündürmektedir.

Kayıp sonrası anlam oluşturma süreçlerini değerlendiren Anlam Yeniden Yapılandırma Envanteri (AYYE) toplam puanı ortalama 87.26 (SD = 6.899) olup yüksek bir değer olarak izlenmiştir. Alt ölçekler incelendiğinde en yüksek ortalama “Teselli” (Ort.= 27.35), en düşük

ortalama ise “Huzur” (Ort.= 10.91) alt boyutunda görülmüştür. Bu durum, katılımcıların kayıp sonrası anlam arayışında daha çok teselli edici bilişsel süreçlere yöneldiğini, ancak içsel huzurun daha sınırlı olabileceğini göstermektedir.

Kullanılan başa çıkma stratejileri değerlendirildiğinde, Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği (SBÇBÖ) alt boyutlarında en yüksek puan “aktif planlama” (Ort.= 33.09), en düşük puan ise “biyokimyasal kaçınma” (Ort.= 4.91) alt boyutunda bulunmuştur. Bu bulgu, katılımcıların büyük ölçüde problem odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih ettiklerine işaret etmektedir. Öte yandan “dine sığınma” ve “dış yardım alma” puanlarının da görece yüksek olması, başa çıkma repertuarının kültürel ve sosyal boyutlara da uzandığını göstermektedir.

Katılımcıların sosyal destek düzeyleri Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) üzerinden değerlendirildiğinde en yüksek desteğin “aile” alt boyutunda (Ort.= 5.52) olduğu görülmüştür.

Son olarak günlük yaşam aktivitelerine ilişkin Lawton–Brody Enstrümantal Yaşam Aktivitesi Ölçeği (LBEGYAÖ) puanları ortalama 6.73 (SD = 1.491) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, katılımcıların genel olarak günlük yaşam becerilerini bağımsız şekilde sürdürebildiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda kullanılan psikometrik değerlendirme ölçeklerine dair özellikler Tablo 5.9’da gösterilmiştir.

Tablo 5.9. Kullanılan psikometrik ölçeklere dair özellikler

	N	Aralık	Minimum değer	Maksimum değer	Ortalama	Standart Deviasyon
Beck depresyon ölçeği puanı	82	42	2	44	15.45	9.936
PG-13 ölçeği puanı	82	39	14	53	33.39	11.139
Süregiden bağlar ölçeği- toplam puanı	82	51	30	81	52.88	14.269
Süregiden bağlar ölçeği- Fiziksel yakınlık arayışı puanı	82	21	11	32	19.65	5.779
Süregiden bağlar ölçeği- Özdeşim puanı	82	19	9	28	17.32	4.876
Süregiden bağlar ölçeği- Algısal yanılısama puanı	82	10	5	15	7.34	2.825
Süregiden bağlar ölçeği- Sitem ve öfke puanı	82	10	5	15	8.57	2.906
Anlamı yeniden yapılandırma envanteri- Toplam puanı	82	32	70	102	87.26	6.899

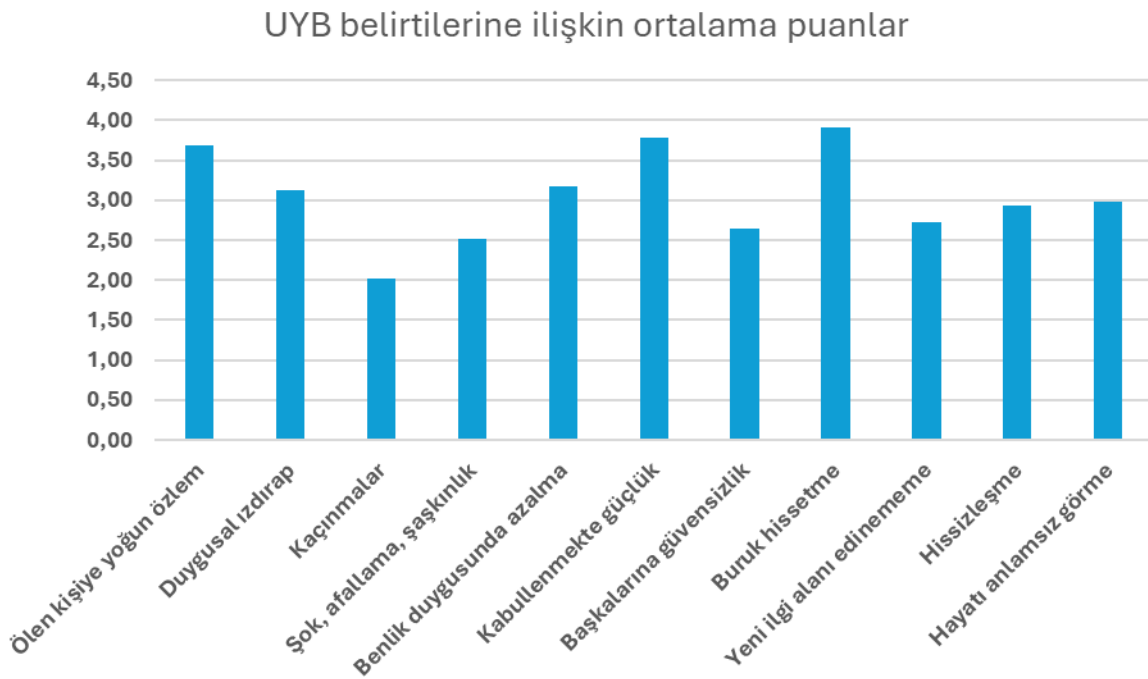
Tablo 5.10 (Devamı)

	N	Aralık	Minimum değer	Maksimum değer	Ortalama	Standart Deviasyon
Anlamı yeniden yapılandırma envanteri- Büyüme puanı	82	25	19	44	31.17	6.807
Anlamı yeniden yapılandırma envanteri- Anlamsızlık/Boşluk puanı	82	23	7	30	17.82	5.838
Anlamı yeniden yapılandırma envanteri- Teselli puanı	82	14	21	35	27.35	2.873
Anlamı yeniden yapılandırma envanteri- Huzur puanı	82	16	4	20	10.91	3.703
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği- Aktif planlama puanı	82	28	20	48	33.09	7.431
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği- Dış yardım alma puanı	82	31	8	39	22.35	7.304
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği- Dine sığınma puanı	82	25	5	30	17.54	6.823
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği- Kaçınma- soyutlama (duygusal/eylemsel) puanı	82	18	12	30	21.63	4.282
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği- Kaçınma- soyutlama (biyokimyasal) puanı	82	6	4	10	4.91	1.259
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği- Bilişsel yeniden yapılandırma/kabul puanı	82	15	17	32	24.37	3.773
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği- Toplam ortalama puan	82	5.42	1.17	6.58	4.0461	1.28164
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği- Özel insan ortalama puanı	82	5.25	1.00	6.25	2.6616	1.55276
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği- Aile ortalama puanı	82	5.50	1.50	7.00	5.5213	1.35070
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği- Arkadaş ortalama puanı	82	6.00	1.00	7.00	3.9573	1.49216
Lawton ve Brody enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği- Toplam puanı	82	7	1	8	6.73	1.491

5.7. Uzamış Yas Belirtilerinin Şiddeti

Uzamış Yas bozukluğu belirtilerini ve uzamış yas şiddetini değerlendirmek için uygulanan PG-13 ölçeğinde belirtilerin madde düzeyindeki ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puanların “Buruk hissetme” (Ort.=3.91), “Kabullenmekte güçlük” (Ort.=3.79) ve “Ölen kişiye yoğun özlem” (Ort.=3.68) maddelerinde toplandığı görülmektedir. Bu sonuç, katılımcıların özellikle kaybın ardından yoğun özlem yaşadıklarını, kabullenme süreçlerinde zorlandıklarını ve duygusal olarak belirgin düzeyde burukluk hissettiklerini göstermektedir. Buna karşın en düşük puanlar “Kaçınmalar” (Ort.=2.02), “Şok, afallama, şaşkınlık” (Ort.=2.52) ve “Yeni ilgi alanları edinememe” (Ort.=2.72) maddelerinde görülmüştür.

Uzamış Yas belirtilerinin şiddetine ilişkin betimleyici bilgiler Şekil 5.2’de gösterilmiştir.



Şekil 5.2. Uzamış yas belirtilerine ilişkin ortalama puanlar

5.8. Uzamış Yas Belirtileri (PG-13) ile Demografik, Psikolojik ve Sosyal Değişkenler Arasındaki İlişkiler

5.8.1. Sürekli Değişkenler ile PG-13 Toplam Puanı Arasındaki İlişkiler

Korelasyon analizi sonuçları, Uzamış Yas Belirti Şiddeti (PG-13 toplam puanına göre) ile çeşitli psikososyal değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. PG-13

toplam puanı özellikle depresyon düzeyi ($r = .780, p < .001$) ve süregiden bağlar ($r = .829, p < .001$) ile çok güçlü pozitif ilişki göstermiştir. Bu bulgu, depresyon belirtilerinin şiddetinin artması ve kaybedilen kişiyle devam eden bağların artmasının, uzamış yas belirtilerini anlamlı düzeyde arttırdığını göstermektedir.

Baş etme becerileri incelendiğinde, aktif baş etme ($r = -.724, p < .001$) ve dış yardım alma ($r = -.547, p < .001$) gibi daha uyumlu baş etme stratejilerinin PG-13 puanlarını azaltıcı yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Buna karşın, duygusal/eylemsel kaçınma ($r = .655, p < .001$) ve bilişsel yeniden yapılandırma/kabul puanı ($r = .668, p < .001$) uzamış yas belirti şiddeti ile pozitif yönde güçlü ilişkilidir. Ayrıca dine sığınmanın ($r = -.370, p < .001$) da PG-13 puanı ile negatif ve anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür.

Anlamı Yeniden Yapılandırma toplam puanı ($r = -.480, p < .001$) PG-13 ile orta düzeyde negatif ilişki göstermiştir. Bu durum, kişide kayıp sonrası yeniden bir anlam inşa edebilmenin yas belirtilerini azalttığını göstermektedir.

Algılanan sosyal destek ile PG-13 arasında ise güçlü ve negatif bir ilişki görülmektedir ($r = -.745, p < .001$). Sosyal desteğin artması uzamış yas belirti şiddetinde belirgin düşüş sağlamaktadır. Benzer şekilde, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürebilme düzeyi (LBEGYAÖ), PG-13 puanıyla orta düzeyde negatif ilişkilidir ($r = -.468, p < .001$).

Son olarak sosyodemografik ve kayıpla ilişkili değişkenlere baktığımızda, mezar ziyareti sıklığı (yılda) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,253, p=0,022$). Buna karşılık PG-13 puanı ile kaybedilenin ölüm yaşı ($r=-0,226, p=0,041$) ve ölümün üzerinden geçen süre ($r=-0,282, p=0,010$) arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Katılımcı yaşı ile PG-13 puanı arasındaki ilişki ise anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Değişkenlerin PG-13 puanıyla ilişkisine yönelik korelasyon sonuçları Tablo 5.10'da gösterilmektedir.

Tablo 5.10. PG-13 toplam puanı ile sürekli değişkenler arasındaki pearson korelasyonları

Değişken	r	p
Beck Depresyon Puanı	.780	.000
Süregiden Bağlar Toplam Puanı	.829	.000
Anlamı Yeniden Yapılandırma Toplam Puanı	-.480	.000
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği – Aktif Planlama	-.724	.000
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği – Dış Yardım Alma	-.547	.000
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği – Dine Sığınma	-.370	.001

Tablo 5.10 (Devamı)

Değişken	r	p
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği – Kaçma– Soyutlama (Duygusal/Eylemsel)	.655	.000
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği – Kaçma– Soyutlama (Biyokimyasal)	.196	.077
Stresle başa çıkma becerileri ölçeği – Bilişsel Yeniden Yapılanma / Kabul	.668	.000
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği – Algılanan Sosyal Destek	-.745	.000
Lawton–Brody Enstrümantal Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	-.468	.000
Yaş	.112	.318
Kaybedilenin ölüm yaşı	-.226	.041
Ölümün üzerinden geçen süre	-.282	.010
Mezar ziyareti sıklığı (yılda)	.253	.022

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5.8.2. Kategorik değişkenlere göre PG-13 puanlarındaki farklılıklar

Kategorik değişkenler, bağımsız örneklem t-testi (iki gruplu değişkenler) ve tek yönlü varyans analizi (üç ve üzeri gruplu değişkenler) ile incelenmiştir. Analizler sonucunda cinsiyet, cenazeye katılım durumu ve kaybedilen kişinin cinsiyeti gibi değişkenlere göre PG-13 puanlarının anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmüştür ($p > .05$). Buna karşın, kayıp sonrası profesyonel destek alan bireylerin (Ort.=40.22, SS=9.18) PG-13 puanlarının destek almayanlara (Ort.=30.73, SS=10.75) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .001$). Benzer şekilde, ölümün ani/beklenmedik olması durumunda (Ort.=37.02, SS=9.80) PG-13 puanları beklenen ölümlere (Ort.=27.10, SS=10.64) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .001$). Ölümün “şiddetli” olarak algılanması da PG-13 puanlarıyla güçlü biçimde ilişkili bulunmuş; şiddetli algılayanların puanları (Ort.=35.91, SS=10.06), şiddetli algılamayanlara (Ort.=20.00, SS=5.76) göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p < .001$).

Üç kategorili “kaybedilen kişi ile ilişkinin niteliği” değişkeninde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış; post-hoc karşılaştırmalar, kaybedilen kişiyle ilişkiyi “iyi” olarak tanımlayan grubun PG-13 puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Grup büyüklüklerinin dengesizliği nedeniyle bu değişken iki kategoriye indirgenerek (iyi ve iyi olmayan şeklinde) yeniden analiz edilmiş ve iki grup arasında PG-13 puanları açısından anlamlı fark olduğu doğrulanmıştır ($p<.001$). Öte yandan, ölüm nedeni ve ölüm yeri değişkenlerine göre PG-13 puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>.05$). Kategorik değişkenlere ilişkin karşılaştırma sonuçları Tablo 5.11’de sunulmuştur.

Tablo 5.11. Kategorik değişkenlere göre PG-13 puanlarının karşılaştırılması (t-testi / tek yönlü ANOVA)

Değişken	Gruplar (N)	PG-13 Ort.±SS	Test	İstatistik (df)	p
Cinsiyet	Kadın (62) / Erkek (20)	33,52±11,08 / 33,00±11,59	Bağımsız örneklem t-testi	t(80)=0,179	0,858
Cenazeye katılım	Evet (74) / Hayır (8)	32,89±10,83 / 38,00±13,63	Bağımsız örneklem t-testi	t(80)=-1,236	0,220
Kayıp sonrası profesyonel destek	Evet (23) / Hayır (59)	40,22±9,18 / 30,73±10,75	Bağımsız örneklem t-testi	t(80)=3,732	<0,001
Kaybedilenin cinsiyeti	Kadın (33) / Erkek (49)	35,03±9,77 / 32,29±11,94	Bağımsız örneklem t-testi (Welch)*	t(76,879)=1,139	0,258
Ölümün beklenmedikliği	Ani/beklenmedik (52) / Beklenen (30)	37,02±9,80 / 27,10±10,64	Bağımsız örneklem t-testi	t(80)=4,279	<0,001
Ölümün şiddetli algılanması	Şiddetli (69) / Şiddetli değil (13)	35,91±10,06 / 20,00±5,76	Bağımsız örneklem t-testi (Welch)*	t(28,122)=7,939	<0,001
Kaybedilenle ilişki (2 grup)	İyi (67) / İyi Olmayan (15)	36,13±9,80 / 21,13±8,27	Bağımsız örneklem t-testi	t(80)=5,501	<0,001
Ölüm nedeni	Kronik hastalık (32) / Ani hastalık (38) / Kaza (12)	35,19±11,15 / 30,74±11,74 / 37,00±7,21	Tek yönlü ANOVA**	F(2,79)=2,187	0,119
Ölüm yeri	Hastane (48) / Ev (22) / Açık alan (12)	31,77±12,09 / 35,36±10,26 / 36,25±7,78	Tek yönlü ANOVA**	F(2,79)=1,256	0,290

* “Welch” satırları, ilgili karşılaştırmada varyans homojenliği sağlanmadığı için (Levene $p<0,05$) “Equal variances not assumed” satırından raporlanmıştır.

**ANOVA sonuçları anlamsız olduğundan ölüm nedeni ve ölüm yeri için post-hoc yorum raporlanmamıştır ($p>.05$).

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5.8.3. Depresyon Düzeylerine Göre Uzamış Yas Şiddetinin Karşılaştırılması

Katılımcıların uzamış yas belirti şiddeti (PG-13 toplam puanı) ile depresyon belirti şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek için tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Depresyon şiddeti, Beck depresyon ölçeğinden alınan puanlara göre üç gruba ayrılmıştır: Depresyon yok, hafif depresyon, şiddetli depresyon. Depresyon belirti şiddetine göre PG-13 ortalama değerlerine dair bulgular Tablo 5.12’de gösterilmiştir. Depresyon şiddeti arttıkça uzamış yas belirti şiddetinin düzenli ve belirgin biçimde arttığı görülmektedir.

Tablo 5.12. Depresyon belirti şiddetine göre uzamış yas belirti şiddetinin (PG-13) tanımlayıcı istatistikleri

Depresyon Düzeyi	n	Ortalama PG-13 Puanı	Standart Sapma	Minimum–Maksimum
Depresyon yok	38	25.42	8.585	14–45
Hafif depresyon	11	32.73	7.212	22–44
Şiddetli depresyon	33	42.79	6.777	25–53
Toplam	82	33.39	11.139	14–53

Levene testi varyansların gruplar arasında eşit olduğunu göstermiştir ($F = 0.981$, $p = 0.379$).

Dolayısıyla varyans homojenliği sağlanmış ve ANOVA sonuçlarının yorumlanması için uygun koşullar sağlanmıştır. ANOVA sonuçları Beck depresyon ölçeği ile belirlenen depresyon düzeyinin PG-13 puanlarını anlamlı düzeyde farklılaştırdığını göstermiştir ($F(2,79) = 44.655$, $p < .001$). Bu sonuç depresyon şiddeti arttıkça uzamış yas belirti şiddetinin anlamlı biçimde arttığını göstermektedir.

Hangi gruplar arasında farklılaşma olduğunu anlamak için Post Hoc (çoklu karşılaştırma) testleri olan Tukey HSD ve LSD testleri uygulandığında her iki testte de üç grubun birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmektedir. Depresyonu olmayan bireylerin PG-13 puanları düşük iken, hafif depresyonu olan bireylerde PG-13 puanında belirgin bir artış görülmüş, şiddetli depresyonu olan bireylerde ise PG-13 puanları dramatik biçimde yükselmiştir (Tablo 5.13)

Tablo 5.13. Depresyon düzeylerine göre PG-13 puanlarının Post Hoc çoklu karşılaştırma sonuçları (Tukey HSD ve LSD)

	Karşılaştırma	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Tukey HSD	Depresyon yok – Hafif depresyon	-7.306	2.646	.019
	Depresyon yok – Şiddetli depresyon	-17.367	1.839	.000
	Hafif depresyon – Şiddetli depresyon	-10.061	2.690	.001
LSD	Depresyon yok – Hafif depresyon	-7.306	2.646	.007
	Depresyon yok – Şiddetli depresyon	-17.367	1.839	.000
	Hafif depresyon – Şiddetli depresyon	-10.061	2.690	.000

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5.8.4. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki

Uzamış yas bozukluğu tanısının depresyon düzeyine göre dağılımı incelenmiştir. Elde edilen bulgular, uzamış yas tanısı ile depresyon şiddeti arasında belirgin bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların %32.9'u (n = 27) Prigerson ve arkadaşları'nın (2009) PG-13'e göre oluşturdukları tanı algoritmasına göre uzamış yas bozukluğu tanısı olan bireylerden, %67.1'i (n = 55) ise tanı almayan bireyler oluşmuştur. Depresyon düzeylerine göre dağılım incelendiğinde, depresyonu olmayan bireylerin büyük çoğunluğu (%94.7, n = 36) uzamış yas tanısı almamıştır. Bu grupta yalnızca %5.3 (n = 2) uzamış yas bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Hafif depresyon grubuna bakıldığında uzamış yas tanısı oranı %9.1 (n = 1) olarak görülmüş ve bu bireylerin %90.9'u (n = 10) tanı almamıştır. Şiddetli depresyon yaşayan bireylerde ise durum belirgin şekilde farklılaşmaktadır. Bu grupta yer alan bireylerin %72.7'sinin (n = 24) uzamış yas bozukluğu tanısı aldığı, yalnızca %27.3'ünün (n = 9) tanı almadığı görülmüştür. Uzamış Yas Bozukluğu tanısı ile depresyon düzeyi arasındaki dağılım Tablo 5.14'te gösterilmiştir.

Tablo 5.14. Uzamış Yas Bozukluğu tanısı ile depresyon düzeyi arasındaki dağılım

Uzamış yas bozukluğu tanısı		Depresyon yok	Hafif depresyon	Şiddetli depresyon	Toplam
	n	2	1	24	27
Tanı var	UYB tanısı olanlar içinde yüzdesi (%)	7.4%	3.7%	88.9%	100.0%
	Depresyon düzeyi grubu içinde yüzdesi (%)	5.3%	9.1%	72.7%	32.9%
	Toplam katılımcı içindeki yüzde (%)	2.4%	1.2%	29.3%	32.9%
	n	36	10	9	55
Tanı yok	UYB tanısı olmayanlar içinde yüzdesi (%)	65.5%	18.2%	16.4%	100.0%
	Depresyon düzeyi grubu içinde yüzdesi (%)	94.7%	90.9%	27.3%	67.1%
	Toplam katılımcı içindeki yüzde (%)	43.9%	12.2%	11.0%	67.1%
	n	38	11	33	82
Toplam	Toplam katılımcı içindeki yüzde (%)	46.3%	13.4%	40.2%	100.0%

Bu sonuçlarla, depresyon şiddeti arttıkça uzamış yas bozukluğu tanısı alma olasılığının anlamlı biçimde yükseldiği anlaşılmaktadır. Özellikle şiddetli depresyon grubunda uzamış yas tanısının oldukça yüksek bir prevalansa sahip olduğu görülmektedir.

Uzamış yas bozukluğu tanısı almayan bireylerin dağılımına bakıldığında bu grupta yer alan kişilerin önemli bir kısmının depresyon belirtisi göstermediği (%65.5), daha küçük bir bölümünün hafif depresyon düzeyinde olduğu (%18.2) ve yalnızca sınırlı bir kısmının şiddetli depresyon yaşadığı (%16.4) belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre uzamış yas bozukluğu tanısı almayan bireylerde depresyonun çok daha düşük düzeyde seyrettiği görülmüştür.

5.8.5. Kayıp Türüne Göre Uzamış Yas Belirti Şiddetinin Karşılaştırılması

Kayıp türüne göre uzamış yas belirti şiddeti puanlarının (PG-13) farklılaşım farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Varyansların homojenliği testi anlamlı bulunmuştur (Levene (3, 78) = 5.746, p = .001). Ayrıca, tek yönlü ANOVA sonuçları kaybı en çok etkileyen yakın değişkenine göre PG-13 puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermiştir (F (3, 78) = 6.196, p = .001. Tanımlayıcı istatistikler, en

yüksek uzamış yas belirti şiddeti puanına sahip grubun çocuk kaybı yaşayanlar olduğunu ortaya koymuştur (Ort = 42.80, SS = 7.36, n = 15). Bunu sırasıyla kardeş kaybı (Ort = 35.62, SS = 9.91, n = 13), eş kaybı (Ort = 30.47, SS = 12.23, n = 36) ve ebeveyn kaybı (Ort = 29.78, SS = 7.46, n = 18) izlemektedir (Tablo 5.15).

Tablo 5.15. Kayıp Türüne Göre Uzamış Yas Belirti Şiddeti (PG-13) Tanımlayıcı İstatistikleri

Kayıp türü	n	Ortalama PG-13 puanı	Standart sapma
Çocuk	15	42.80	7.36
Kardeş	13	35.62	9.91
Eş	36	30.47	12.23
Ebeveyn	18	29.78	7.46
Toplam	82	33.39	11.14

Tukey HSD çoklu karşılaştırma testinde, çocuk kaybı yaşayan grubun, eş kaybı (Ort farkı = 12.33, $p = .001$) ve ebeveyn kaybı (Ort farkı = 13.02, $p = .003$) gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek uzamış yas belirti şiddeti puanına sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak çocuk kaybı ile kardeş kaybı grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmamıştır ($p = .254$). Benzer şekilde kardeş kaybı ile eş ve ebeveyn kaybı grupları arasında da anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$). Homojen alt kümeler tablosu da ebeveyn ve eş kaybı gruplarının benzer ortalamalara sahip olduğunu, kardeş kaybı grubunun bu gruplarla kısmen örtüştüğünü, çocuk kaybı grubunun ise en yüksek ortalama ile diğer gruplardan ayrıştığını desteklemektedir. Bu bulgular, ham ortalamalar düzeyinde çocuk kaybının uzamış yas belirtilerinin şiddeti açısından en riskli kayıp türü olduğunu göstermektedir.

5.9. Uzamış Yasın Yordayıcıları: Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerde uzamış yas toplam belirti şiddeti puanını (PG-13 toplam puanı) yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla altı grup oluşturularak hiyerarşik regresyon analizi kurulmuştur. Regresyon analizinde sayıltıyı sağlamak için bazı değişkenler çıkarılmıştır. Sayıltıyı sağlamak için ilk olarak psikometrik testlere ait sürekli değişkenler çoklu doğrusal bağlantı (multikolinerite) VIF ve tolerans değerleriyle değerlendirilmiştir. VIF değerlerinin 5'in altında ve tolerans değerlerinin 0.20'nin üzerinde olması kabul edilebilir düzey olarak yorumlanmıştır. Bu değerlerin dışında izlendiği için süregiden bağlar ölçeği ve anlamı yeniden yapılandırma envanterinin tüm alt ölçek puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin "özel bir insan" alt boyutu puanı modelden çıkarılmıştır. Diğer

psikometrik ölçeklere ait sürekli değişkenlerin çoklu bağlantı açısından VIF değerleri değerlendirildiğinde, 1,20-3,28 aralığında oldukları ve ciddi düzeyde multikolineriteye işaret etmedikleri görülmüştür.

Modelden çıkarılan bu değişkenlerden sonra kalan psikometrik ölçeklere ait sürekli değişkenler için regresyon varsayımları kapsamında artık değerler incelenmiş, standartlaştırılmış ve studentize edilmiş artıkların ± 3 sınırını aşmadığı görülmüştür. Modele aşırı etkisi olabilecek gözlemler Cook's distance değerleri kullanılarak değerlendirilmiş ve Cook's distance değerlerinin 1'in altında kaldığı görülerek, modeli belirgin biçimde yönlendiren (yüksek etkili) gözlem olmadığı kanaatine varılmıştır.

Çoklu hiyerarşik regresyon analizinde modele dahil edilecek değişkenler belirlenirken, örneklem büyüklüğü ve aşırı değişken kullanımıyla ortaya çıkabilecek aşırı uyum (overfitting) riski dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda, öncelikle sürekli ve kategorik değişkenlerin PG-13 puanı ile tek yönlü ilişkileri incelenmiş; PG-13 ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermeyen değişkenler regresyon modellerine dahil edilmemiştir. Sürekli değişkenler için Pearson korelasyon analizleri, kategorik değişkenler için ise iki gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri gruplu değişkenlerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bu ön analizler sonucunda PG-13 puanlarıyla anlamlı ilişki göstermediği belirlenen bazı demografik ve kayba ilişkin değişkenler (yaş, cinsiyet, cenazeye katılım, kaybedilenin cinsiyeti, ölüm nedeni, ölüm yeri) çoklu regresyon modellerine alınmamıştır. Böylece model parsimony (yalınlık) ilkesi doğrultusunda gereksiz değişken yükü azaltılmış, böylece regresyon katsayılarının daha kararlı ve yorumlanabilir olması amaçlanmıştır. Ölümün şiddetli algılanması değişkeninin PG-13 puanıyla anlamlı ilişkisi olduğu görülse de bu değişkenin bağımlı değişken olan PG-13 puanı yani uzamış yas belirti şiddeti ile kavramsal örtüşmesi nedeniyle değişken regresyon analizine dahil edilmemiştir.

Çoklu hiyerarşik regresyon analizinde bağımlı değişken PG-13 toplam puanı olarak belirlenmiş ve bağımsız değişkenler kavramsal bütünlük içinde gruplar halinde genel modele dahil edilmiştir.

Kullanılan modeller:

Model 1: Kaybı yaşayan kişiye ait sosyodemografik ve kayıp deneyimi özellikleri bu modelde yer almaktadır. Burada modele kaybı en çok etkileyen yakın, kaybedilen kişiyle ilişkinin niteliği, yıllık mezar ziyaret sıklığı, kayıp sonrası profesyonel destek alma durumu değişkenleri eklenmiştir.

Model 2: Kaybedilen kişiye dair bilgiler ve ölümüyle ilgili özellikler burada modele eklenmiştir. Bu değişkenleri; kaybedilenin ölüm yaşı, ölümün üzerinden geçen süre, ölümün beklenme durumu oluşturmaktadır.

Model 3: Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeğinin alt boyutlarının puanları burada modele eklenmiştir.

Model 4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin aile ve arkadaş alt ölçeklerinin puanları burada modele eklenmiştir.

Model 5: Süregiden Bağlar Ölçeği ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri toplam puanları burada modele eklenmiştir.

Model 6: Beck Depresyon Ölçeği puanı ve Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği işlevsellik puanı burada modele eklenmiştir.

5.9.1. Model Uygunluğu ve Genel Açıklanan Varyans

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda elde edilen nihai modelin oldukça güçlü bir açıklayıcılığa sahip olduğu görülmüştür. Modelin regresyon katsayısı $R = .958$, açıklanan varyans oranı $R^2 = .919$ ve düzeltilmiş R^2 değeri $.890$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, modele dahil edilen tüm değişkenlerin birlikte uzamış yas belirti şiddetindeki toplam varyansın yaklaşık %91.9'unu açıkladığını göstermektedir. ANOVA sonuçları da modelin anlamlı olduğunu doğrulamaktadır ($F(21,60)=32,210$, $p<0,001$).

Düzeltilmiş R^2 değerinin yüksekliği, modele eklenen çok sayıda yordayıcıya rağmen modelin açıklayıcılığının korunduğunu ve bağımsız değişkenlerin önemli bir bölümünün gerçekten uzamış yas üzerinde anlamlı katkı sunduğunu göstermektedir.

5.9.2. Model 1 – Kaybı Yaşayan Kişiye Ait Özellikler

Hiyerarşik regresyon analizinin ilk basamağında, kaybı yaşayan bireyin sosyodemografik özellikleri ve kayıp deneyimine ilişkin temel değişkenler modele dahil edilmiştir. Bu model, kendi başına uzamış yas belirti şiddetinin önemli bir bölümünü açıklamaktadır. Model 1'in korelasyon katsayısı $R = 0.680$, açıklanan varyansı $R^2 = .463$ olup, model toplam varyansın yaklaşık %46.3'ünü açıklamıştır. Model 1'in genel olarak da istatistiksel anlamlılığı olduğu görülmüştür ($F(6,75)=10,775$, $p<.001$). Bu durum, bireyin demografik özellikleri ile kayıp yaşantısına ilişkin temel faktörlerin uzamış yas üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu basamaktaki yordayıcılara ait özellikler Tablo 5.16'da gösterilmiştir.

Tablo 5.16. Hiyerarşik regresyon model 1’de anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları: Kaybı yaşayan kişiye ait özellikler

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Çocuk kaybı	8,110	3,258	0,283	2,489	0,015
Kaybedilenle ilişkinin niteliği	-12,792	2,822	-0,447	-4,533	<0,001
Kayıp sonrası profesyonel destek alma	-6,136	2,336	-0,249	-2,627	0,010

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Kayıp türü açısından bakıldığında, çocuk kaybı yaşamanın uzamış yas belirti şiddetini anlamlı düzeyde artırdığı görülmüştür ($\beta = 0,283$, $p = 0,015$). Çocuk kaybı yaşayan bireylerin PG-13 puanları, çocuk kaybı yaşamayanlara göre ortalama 8.11 puan daha yüksektir. Kardeş kaybı ve eş kaybı ise bu basamakta anlamlı sonuçlanmamıştır. Kaybedilenle ilişkinin niteliği değişkeni uzamış yas belirti şiddetini negatif yönde yordamaktadır ($\beta = -0,447$, $p < 0,001$). İlişkinin niteliği kategorileri iyi ilişkiden iyi olmayan ilişkiye olacak şekilde sıralandığı için, aslında ilişkinin kötüleşmesinin PG-13 puanlarında yaklaşık 12.79 puanlık bir azalmaya neden olduğu görülmüştür. Son olarak kayıp sonrası profesyonel destek alıp almama durumunun uzamış yas belirti şiddetini anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür ($\beta = -0,249$, $p = 0,010$). Analize eklenen ”evet/hayır” kategorilerinde üst basamak “hayır” olduğu için profesyonel destek alanların PG-13 puanlarının almayanlara göre 6.13 puan daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer değişkenlerin (kardeş kaybı, eş kaybı, mezar ziyareti sıklığı) modele katkısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Bu bulgular, yalnızca bireysel ve ilişkiyle ilgili özelliklerin dahi uzamış yas belirti şiddetinde anlamlı bir varyans açıkladığını göstermektedir.

5.9.3. Model 2- Kaybedilen Kişiye Dair ve Ölümle İlişkili Özellikler

Hiyerarşik regresyon analizinin ikinci adımında, kaybedilen kişiye ve kayba ilişkin özelliklerle ilgili değişkenler modele eklenmiştir. Bu değişkenlerin eklenmesiyle birlikte modelin korelasyon katsayısı $R = 0.753$ ve açıklanan varyansı $R^2 = 0.567$ olmuştur. Dolayısıyla toplam açıklanan varyans %56.7’ye çıkmıştır. Birinci modele kıyasla R^2 ’deki %10,4’lük artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\Delta R^2 = .104$, $F \text{ change}(3,72) = 5.798$, $p = .001$). Yani kayba ve kaybedilen kişiye dair eklenen değişkenler modeli anlamlı düzeyde iyileştirmiştir. Bununla birlikte, model 2 genel olarak da anlamlıdır ($F(9,72) = 10,494$, $p < .001$).

Bu model basamağında; kayıp sonrası profesyonel destek alma, kaybedilenle ilişkinin niteliği ve kaybedilenin ölümünün üzerinden geçen süre uzamış yas belirti şiddetinin anlamlı

yordayıcıları olarak bulunmuştur. Bu basamaktaki yordayıcılara ait özellikler Tablo 5.17’de gösterilmiştir.

Tablo 5.17. Hiyerarşik regresyon model 2’de anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Kayıp sonrası profesyonel destek alma	-5,355	2,157	-0,217	-2,483	0,015
Kaybedilenle ilişkinin niteliği	-13,074	2,841	-0,457	-4,602	<0,001
Kaybedilenin ölümü üzerinden geçen süre	-0,364	0,133	-0,338	-2,737	0,008

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bu basamakta kayıp sonrası profesyonel destek alıp almama durumunun uzamış yas belirti şiddetine anlamlı düzeyde etkisinin devam ettiği görülmüştür ($B = -5,355$; $\beta = -0,217$; $p = 0,015$). Profesyonel destek alanların PG-13 puanlarının almayanlara göre 5.35 puan daha yüksek olduğu görülmüştür. Kaybedilenle ilişkinin niteliği değişkeni de uzamış yas belirti şiddetini negatif yönde yordamaya devam etmiştir ($B = -13,074$; $\beta = -0,457$; $p < 0,001$). İlişki niteliğini iyi değil olarak tanımlayanların PG-13 puanlarının iyi olarak tanımlayanlara göre yaklaşık 13.07 puan daha düşük olduğu görülmüştür. Son olarak, kaybedilen kişinin ölümünün üzerinden geçen süre arttıkça uzamış yas belirti şiddetinin azaldığı görülmüştür ($B = -0,364$; $\beta = -0,338$; $p = 0,008$). Ölümden sonra geçen süredeki her 1 yıl artış, PG-13 puanlarında yaklaşık 0.36 puanlık bir düşüşle ilişkilidir.

Bu sonuçlar, kayıp yaşayan bireyin kayıp sonrası profesyonel destek alma durumunun, kaybedilen kişiyle ilişkisinin niteliğinin ve ölümün üzerinden geçen sürenin uzamış yas belirtilerinin şiddetinde önemli rol oynadığını göstermektedir.

5.9.4. Model 3 – Stresle Başa Çıkma Becerilerinin Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı

Üçüncü adımda Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeğinin (SBCBÖ) 6 alt ölçek puanı (aktif planlama, dış yardım arama, dine sığınma, duygusal/eylemsel kaçınma, biyokimyasal kaçınma, bilişsel yeniden yapılandırma/kabul) modele eklenmiştir. Bu psikososyal değişkenlerin eklenmesiyle modelin korelasyon katsayısı $R = 0.896$ bulunmuş ve açıklanan varyansın $R^2 = 0.802$ düzeyine yükseldiği görülmüştür. Üçüncü model, bir önceki modele

kıyasla anlamlı bir iyileşme göstermektedir ($\Delta R^2 = .235$, F change (6,66)=13.053, $p < .001$). Model 3'ün genel anlamlılık düzeyi de yüksektir (F(15,66)=17,842, $p < .001$).

Bu model basamağında; kaybedilenle ilişkinin niteliği ve Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeğinin aktif planlama, dine sığınma, bilişsel yeniden yapılanma/kabul alt ölçekleri puanları uzamış yas belirti şiddetinin anlamlı yordayıcıları olarak bulunmuştur. Bu basamaktaki yordayıcılara ait özellikler Tablo 5.18'de gösterilmiştir.

Tablo 5.18. Hiyerarşik regresyon model 3'te anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Kaybedilenle ilişkinin niteliği	-7,384	2,176	-0,258	-3,394	0,001
Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği- Aktif planlama	-0,269	0,129	-0,179	-2,078	0,042
Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği- Dine sığınma	-0,231	0,109	-0,142	-2,125	0,037
Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği- Bilişsel yeniden yapılanma\ kabul	0,576	0,280	0,195	2,057	0,044

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Kaybedilenle ilişkinin niteliği değişkeni PG-13 puanlarını negatif yönde yordamaya devam etmiştir (B=-7,384; $\beta = -0,258$; $p = 0,001$). İlişki niteliğini iyi değil olarak tanımlayanların PG-13 puanlarının iyi olarak tanımlayanlara göre yaklaşık 7.38 puan daha düşük olduğu görülmüştür.

SBÇBÖ alt boyutları incelendiğinde, aktif planlama (B=-0,269; $\beta = -0,179$; $p = 0,042$) ve dine sığınma (B=-0,231; $\beta = -0,142$; $p = 0,037$) puanlarının PG-13 puanı ile anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre, aktif planlama puanındaki her 1 puanlık artış PG-13 puanında 0,269 puanlık, dine sığınma puanındaki her 1 puanlık artış ise PG-13 puanında 0,231 puanlık bir azalma ile ilişkilidir. Öte yandan bilişsel yeniden yapılanma/kabul alt boyutu da PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordamış (B=0,576; $\beta = 0,195$; $p = 0,044$) ve bu alt boyutta her 1 puanlık artışın PG-13 puanında 0,576 puanlık bir artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modele bu basamakta eklenen SBÇBÖ'nün diğer alt boyutları bu basamakta tek başına istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmamıştır (tüm p değerleri > 0.05).

5.9.5. Model 4 – Sosyal Destek Alt Boyutlarının Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı

Dördüncü aşamada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) iki alt ölçeğinin puanları (aile ve arkadaş desteği) modele eklenmiştir. Bu değişkenlerin eklenmesiyle korelasyon katsayısı $R = 0.914$, açıklanan varyans $R^2 = 0.835$ olarak hesaplanmıştır. Bu adımda modele eklenen sosyal destek değişkenleri, modele %3.3 oranında ek varyans açıklaması sağlamış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($\Delta R^2 = .033$, $F \text{ change}(2,64)=6.349$, $p = .003$). Ayrıca dördüncü model genel olarak da anlamlıdır ($F(17,64)=19,042$, $p<.001$). Bu basamaktaki yordayıcılara ait özellikler Tablo 5.19’da gösterilmiştir.

Tablo 5.19. Hiyerarşik regresyon model 4’te anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları

Değişken	B	Std. Hata	β	t	p
Kaybedilenle ilişkinin niteliği	-7,507	2,026	-0,262	-3,705	<0,001
Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği- Aktif planlama	-0,272	0,127	-0,181	-2,136	0,037
Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği- Bilişsel yeniden yapılanma\ kabul	0,630	0,262	0,213	2,402	0,019
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği - Aile desteği puanı	-2,346	0,660	-0,285	-3,556	0,001

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bu model basamağında, kaybedilenle ilişkinin niteliği, Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeğinin aktif planlama, bilişsel yeniden yapılanma/kabul alt ölçekleri puanları uzamış yas belirti şiddetinin anlamlı yordayıcıları olarak kalırken, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) aile desteği alt boyutu da yordayıcı olarak bulunmuştur.

Kaybedilen kişiyle ilişkinin niteliği PG-13 puanının anlamlı yordayıcısı olmaya devam etmiştir ($B=-7,507$; $\beta=-0,262$; $p<0,001$). İlişki niteliğini iyi değil olarak tanımlayanların PG-13 puanlarının iyi olarak tanımlayanlara göre yaklaşık 7.51 puan daha düşük olduğu görülmüştür.

Stresle başa çıkma becerilerinin alt boyutları incelendiğinde, aktif planlama ($B=-0,272$; $\beta=-0,181$; $p=0,037$) ve bilişsel yeniden yapılanma/kabul ($B=0,630$; $\beta=0,213$; $p=0,019$) değişkenlerinin PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür. Buna göre aktif planlama puanındaki her 1 puanlık artış PG-13 puanında 0,272 puanlık azalma, bilişsel yeniden yapılanma/kabul puanındaki her 1 puanlık artış ise PG-13 puanında 0,630 puanlık artış ile ilişkili bulunmuştur.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde, aile desteği puanı PG-13 puanının anlamlı bir yordayıcısı olarak saptanmıştır ($B=-2,346$; $\beta=-0,285$; $p=0,001$). Buna göre, algılanan aile desteği puanındaki her 1 puanlık artış PG-13 puanında 2,35 puanlık azalma ile ilişkilidir. Başka bir deyişle, aile desteği arttıkça uzamış yas belirtilerinin şiddeti anlamlı biçimde azalmaktadır. Buna karşılık arkadaş desteği alt ölçek puanının modele katkısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Modelde yer alan diğer değişkenlerin katkıları da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

5.9.6. Model 5 – Süregiden Bağlar ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Alt Boyutlarının Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı

Beşinci aşamada kayıp ile Süregiden Bağlar Ölçeği (SBÖ) ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri (AYYE) toplam puanları modele eklenmiştir. Bu psikolojik değişkenlerin eklenmesiyle modelin korelasyon katsayısı $R = 0.942$ gibi çok yüksek bir değere ulaşmış, açıklanan varyans $R^2 = 0.888$ ile %88.8'e çıkmıştır. Model 5, dördüncü modele kıyasla kayda değer bir iyileşme sağlamıştır ve bu artış istatistiksel olarak son derece anlamlıdır ($\Delta R^2 = .053$, F change (2,62)=14.689, $p<.001$). Beşinci model genel olarak da oldukça anlamlıdır ($F(19,62)=25,872$, $p<.001$). Bu basamaktaki yordayıcılara ait özellikler Tablo 5.20'de gösterilmiştir.

Tablo 5.20. Hiyerarşik regresyon model 5'te anlamlı uzamış yas belirtileri yordayıcıları

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Eş kaybı	-5,050	2,023	-0,226	-2,497	0,015
Kaybedilenle ilişkinin niteliği	-3,886	1,825	-0,136	-2,129	0,037
Kaybedilenin ölümü üzerinden geçen süre	-0,173	0,080	-0,161	-2,150	0,035
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği – Aile desteği puanı	-1,215	0,596	-0,147	-2,037	0,046
Süregiden Bağlar Ölçeği-Toplam puanı	0,345	0,064	0,442	5,406	<0,001

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bu basamakta, eş kaybı ($B=-5,050$; $\beta=-0,226$; $p=0,015$), kaybedilenle aradaki ilişkinin niteliği ($B=-3,886$; $\beta=-0,136$; $p=0,037$), ölümün üzerinden geçen süre ($B=-0,173$; $\beta=-0,161$; $p=0,035$), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile desteği alt puanı ($B=-1,215$; $\beta=-0,147$; $p=0,046$) ve Süregiden Bağlar Ölçeğinin toplam puanı ($B=0,345$; $\beta=0,442$; $p<0,001$), PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordayan değişkenler olarak bulunmuştur.

Bu bulgulara göre, diğer değişkenler sabit tutulduğunda eş kaybı değişkeninde (1=evet, 0=hayır) gruplar arasında PG-13 puanında yaklaşık 5,05 puanlık bir fark bulunduğu ve eş kaybı olan grubun daha düşük PG-13 puanı olduğu görülmüştür. Kaybedilenle aradaki ilişkinin niteliğini iyi değil olarak tanımlayanların PG-13 puanlarının iyi olarak tanımlayanlara göre yaklaşık 3.89 puan daha düşük olduğu görülmüştür. Ölümün üzerinden geçen süre değişkeninde her 1 yıllık artış, PG-13 puanında 0,173 puanlık azalma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca algılanan aile desteği puanındaki her 1 puanlık artışın PG-13 puanında 1,215 puanlık azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Süregiden bağlar toplam puanı ise PG-13 puanının anlamlı bir yordayıcısı olup, bu puandaki her 1 puanlık artışın PG-13 puanında 0,345 puanlık artış ile ilişkili olduğu görülmüştür ($\beta=0,442$; $p<0,001$).

Bu basamakta Anlamı Yeniden Yapılandırma toplam puanının modele katkısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun yanı sıra çocuk kaybı, ziyaret sıklığı, kayıp sonrası profesyonel destek, ölümün beklenme durumu, SBÇBÖ alt boyutları ve ÇBASDÖ-arkadaş alt ölçeği gibi diğer değişkenlerin katkıları da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

5.9.7. Model 6 – Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevselliğinin Uzamış Yas Üzerindeki Yordayıcılığı

Hiyerarşik regresyon analizinin altıncı ve son aşamasında modele depresyon (Beck Depresyon Ölçeği puanı) ve günlük yaşam işlevselliği (Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı) eklenmiştir. Altıncı modelin korelasyon katsayısı $R = 0.958$, açıklanan varyansı $R^2 = 0.919$ olup, kurulan bu modelin nihai olarak toplam varyansın %91.9'unu açıkladığı görülmüştür. Beşinci modele kıyasla açıklanan varyansta %3.1'lik ek artış elde edilmiş ve bu anlamlı bir artış olarak bulunmuştur ($\Delta R^2 = .031$, F change (2,60)=11.239, $p<.001$). Son model de genel olarak istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(21,60)=32,210$, $p<.001$).

Nihai modelde PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordayan değişkenler; çocuk kaybı, kardeş kaybı, eş kaybı, kaybedilenin ölüm yaşı, ölümün üzerinden geçen süre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Aile Desteği puanı, Süregiden Bağlar Ölçeği toplam puanı, Beck depresyon Ölçeği puanı ve Lawton–Brody Enstrümantal Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Nihai modelde uzamış yas belirtilerinin yordayıcılarına ait özellikler Tablo 5.21'de gösterilmiştir.

Tablo 5.21. Hiyerarşik regresyon model 6’da (nihai modelde) uzamış yas belirtilerinin anlamlı yordayıcıları

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p
Çocuk kaybı	-7,562	3,394	-0,264	-2,228	0,030
Kardeş kaybı	-6,445	2,337	-0,213	-2,757	0,008
Eş kaybı	-6,447	1,781	-0,290	-3,637	0,001
Kaybedilenin ölüm yaşı	-0,115	0,054	-0,209	-2,135	0,037
Kaybedilenin ölümü üzerinden geçen süre	-0,203	0,070	-0,189	-2,905	0,005
Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği-Bilişsel yeniden yapılanma\ kabul	0,396	0,198	0,134	2,004	0,048
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği – Aile desteği puanı	-1,134	0,523	-0,138	-2,170	0,034
Süregiden Bağlar Ölçeği-Toplam puanı	0,281	0,060	0,360	4,724	<0,001
Beck Depresyon Ölçeği puanı	0,203	0,074	0,181	2,750	0,008
Lawton–Brody Enstrümantal Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı	-1,114	0,335	-0,149	-3,323	0,002

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Kayıp türü değişkenleri açısından değerlendirildiğinde, diğer tüm değişkenler sabit tutulduğunda çocuk kaybı olan katılımcıların (1=evet, 0=hayır) PG-13 puanlarının olmayanlara göre 7,56 puan düşük olduğu görülmüştür ($B = -7,562$; $\beta = -0,264$; $p = 0,030$). Benzer biçimde kardeş kaybı ($B = -6,445$; $\beta = -0,213$; $p = 0,008$) ve eş kaybı ($B = -6,477$; $\beta = -0,290$; $p = 0,001$) değişkenleri de PG-13 puanında sırasıyla 6,45 ve 6,48 puanlık fark ile ilişkili bulunmuştur.

Ölüme ilişkin değişkenler incelendiğinde, kaybedilenin ölüm yaşı ($B = -0,115$; $\beta = -0,209$; $p = 0,037$) ve ölümün üzerinden geçen süre ($B = -0,203$; $\beta = -0,189$; $p = 0,005$) PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordamıştır. Buna göre, kaybedilenin ölüm yaşındaki her 1 yıllık artış PG-13 puanında 0,115 puanlık azalma ile ilişkili bulunmuştur. Ölümün üzerinden geçen süredeki her 1 yıllık artışın da PG-13 puanında 0,203 puanlık azalma ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Psikososyal değişkenler açısından değerlendirildiğinde, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Aile Desteği alt ölçek puanı PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordamakta olup ($B = -1,134$; $\beta = -0,138$; $p = 0,034$), aile desteği puanındaki her 1 puanlık artış PG-13 puanında 1,13 puanlık azalma ile ilişkili bulunmuştur. Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeğinin Bilişsel yeniden yapılanma/kabul alt boyutu da PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordamıştır ($B = 0,396$; $\beta = 0,134$; $p = 0,048$). Buna göre, diğer değişkenler sabit tutulduğunda bilişsel yeniden

yapılanma/kabul puanındaki her 1 puanlık artış, PG-13 puanında 0,396 puanlık artış ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca Süregiden Bağlar toplam puanı da PG-13 puanının anlamlı bir yordayıcısıdır ($B=0,281$; $\beta=0,360$; $p<0,001$) ve bu toplam puandaki her 1 puanlık artışın PG-13 puanında 0,281 puanlık artış ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Son basamakta eklenen değişkenlerden Beck Depresyon Ölçeğine göre belirlenen depresyon puanı PG-13 ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiş ($B=0,203$; $\beta=0,181$; $p=0,008$) ve depresyon puanındaki her 1 puanlık artış PG-13 puanında 0,203 puanlık artış ile ilişkili bulunmuştur. Lawton–Brody Enstrümantal Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı ise PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordadığı görülmüş ($B=-1,114$; $\beta=-0,149$; $p=0,002$) ve işlevsellik puanındaki her 1 puanlık artış PG-13 puanında 1,114 puanlık azalma ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Nihai modelde ziyaret sıklığı, kayıp sonrası profesyonel destek, kaybedilenle ilişkinin niteliği, ölümün beklenme durumu, SBÇBÖ'nün diğer alt boyutları, ÇBASDÖ-arkadaş ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri toplam puanının PG-13 puanına katkıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.9.8. Nihai Modelde Uzamış Yas Belirtilerini Yordayan Değişkenler

Altı aşamalı hiyerarşik regresyon analizi sonucunda, modelin son aşamada PG-13 puanıyla tespit edilen uzamış yas belirtilerine ait varyansın %91.9 gibi büyük bir kısmını açıkladığı görülmüştür. Anlamlı sonuçlanan yordayıcılara ait özellikler Tablo 5.22'de özetlenmiştir.

Tablo 5.22. Nihai modelde uzamış yas belirtilerini yordayan faktörler ve yas belirtilerine etki yönleri

Kategori	Anlamlı Değişkenler ve Etki yönü
Kayıp deneyimi	Çocuk kaybı (-), kardeş kaybı (-), eş kaybı (-), süregiden bağlar (+)
Kaybın özellikleri	Ölümün üzerinden geçen sürenin artması (-), kaybedilenin genç olması (+)
Başa çıkma becerileri	Kabul (+)
Sosyal destek	Aile (-)
Psikopatoloji/İşlevsellik	Depresyon (+), yüksek günlük işlevsellik (-)

Son modele göre uzamış yası anlamlı olarak yordayan başlıca faktörlere bakıldığında; kaybın daha genç yaşta gerçekleşmesi, kaybın üzerinden geçen sürenin kısalığı kayba ve yas

tutan bireye ait yordayıcılar olurken kaybedilenle akrabalık türü ise bu gruplar içinde koruyucu etki göstermiştir. Kaybedilen kişiyle süregiden bağların şiddetinin ise uzamış yası yordadığı görülmektedir. Baş etme becerilerine bakıldığında bilişsel yapılandırma ve kabulün yas şiddetini yordadığı görülmektedir. Algılanan aile desteği ise koruyucu etkide sonuçlanmıştır. Son olarak depresyon şiddeti ve düşük günlük işlevselliğin de uzamış yas şiddetini yordadığı görülmektedir

6. TARTIŞMA

Bu çalışmada, psikiyatri ve geriatri poliklinik hizmetlerine herhangi bir sebeple başvuran yaşlı bireylerin uzamış yas belirtilerini etkileyen demografik, kayıp özelliklerine ilişkin, psikolojik ve sosyal değişkenlerin çok boyutlu bir çerçevede incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, katılımcıların yas tepkileri, depresif belirti şiddetleri, kaybedilenle süregiden bağları, kayıp sonrası anlamın yeniden yapılandırılması, kişinin algıladığı sosyal destek ve başa çıkma stratejileri çeşitli psikometrik ölçeklerle değerlendirilmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişkiler tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizleri ve hiyerarşik regresyon modelleri aracılığıyla ayrıntılı biçimde test edilmiştir. Çalışma, özellikle yaşlı bireylerde yasin seyrini belirleyen etkenlerin birbirinden bağımsız değil, aksine biyopsikososyal bir bütünün parçaları olarak nasıl etkileşim gösterdiğini ortaya koymayı hedeflemiştir. Literatürde Türkiye’de yaşlı bireylerde uzamış yas sıklığına ve uzamış yas belirtilerinin yordayıcılarına dair kapsamlı çalışma bulunmamaktadır. Bu tartışma bölümünde elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında ele alınacak ve sonuçların klinik uygulamalar ile gelecekteki araştırmalar açısından taşıdığı anlamlar tartışılacaktır.

6.1. Örneklemin Özellikleri

Bu araştırmanın örneklemini, yaşları 60 ile 87 arasında değişen ve büyük çoğunluğu kadın olan 82 yaşlı bireyden oluşmaktadır. Örneklemin demografik dağılımı, Türkiye’de yaşlı nüfus üzerine yapılan önceki saha çalışmalarında da gözlenen eğilimlerle uyumludur (TÜİK, 2023). Özellikle ileri yaşlarda kadınların demografik olarak daha yüksek oranda temsil edilmesi, kadınların yaşam beklentisinin görece daha uzun olmasıyla açıklanmaktadır. Bu durum, gerontoloji literatüründe sıkça vurgulanan "yaşlılığın kadınsılaşması" (feminization of aging) olgusunu desteklemektedir (Davidson ve ark., 2011). Kadınların beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olması, onların ileri yaşta eş kaybını deneyimleme ve dolayısıyla "dul" statüsünde yas tutma olasılığını da artırmaktadır.

Çalışmada katılımcıların önemli bir bölümü eş kaybı yaşamış olup, bu durum yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan kayıp türlerinden biri olarak literatürde geniş biçimde tanımlanmaktadır. Eş kaybının özellikle ileri yaş yetişkinlerde daha yoğun duygusal etkiler yarattığı ve yas sürecinin niteliğini belirgin biçimde etkilediği çeşitli araştırmalarda belirtilmiştir (Carr, 2004; Lee ve DeMaris, 2007). Bu nedenle de örnekleminizde eş kaybının yüksekliği beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Özellikle Carr'ın (2004) dul kalmış ileri yaş yetişkinlerle yaptığı uzunlamasına çalışmada eş kaybının hem duygusal iyi oluş için hem de günlük işlevler ve yeni sosyal bağlar kurma üzerinde güçlü ve kalıcı etkileri olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde Lee ve DeMaris (2007), eş kaybının yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık ve işlevsellik kaybı açısından en yüksek riskle ilişkilendiğini bildirmiştir. Bu bulgular, eş kaybının yaşlılık döneminde yüksek etkili bir kayıp türü olarak değerlendirilmesini desteklemekte ve bu çalışmada eş kaybı oranının yüksek olmasını bağlamsal olarak anlamlı kılmaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyinin ağırlıklı olarak temel eğitim seviyesinde olduğu (%65.9 ilkokul ve altı) görülmektedir. Düşük eğitim düzeyi, uzamış yas belirtileri açısından risk artırıcı bir değişken olarak literatürde sıklıkla rapor edilmektedir (Parro-Jiménez ve ark., 2021; Buur ve ark., 2024). Bu nedenle eğitim düzeyinin sonuçları etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir.

Katılımcıların kaybettikleri kişilerin çoğunluğunun kronik hastalık nedeniyle, bir kısmının ise ani bir şekilde yaşamını yitirmesi yine literatürle uyumludur. Özellikle ani ölümlerin yas sürecini daha zorlayıcı hale getirdiği ve bireylerde daha yüksek düzeyde travmatik stres ve uzamış yas belirtilerine yol açabildiği bilinmektedir (Kristensen, Weisæth ve Heir, 2012). Çalışmada kaybın üzerinden geçen sürenin geniş aralık göstermesi (6 ay–40 yıl), yasin kronikleşme potansiyeline işaret etmektedir. Nitekim bazı bireylerde uzun yıllar sonra bile devam eden yoğun yas tepkileri, uzamış yas bozukluğunun zamana dirençli doğasına ilişkin önceki bulgularla da tutarlıdır (Prigerson ve ark., 2009).

Örnekleme mezar ziyareti sıklığının geniş bir dağılım göstermesi, yaşlı bireylerin yas ritüellerine ve kültürel/dinsel pratiklere bağlılık düzeylerindeki farklılıklara işaret etmektedir. Türk kültüründe mezarlık ziyaretinin hem yasin anlamlandırılması hem de ölen kişiyle bağın sürdürülmesi açısından önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ziyaret sıklığının duygusal süreçlerle birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Bu ritüellerin yas sürecine uyumu kolaylaştırabilir veya zorlaştırabilir nitelikte olduğu daha önceki çalışmalarda da bildirilmektedir (Klass, Silverman & Nickman, 1996). Bununla birlikte bu çalışmada mezar ziyareti yapılamama nedeni değerlendirilememiştir. Bu konuda özellikle yaşlı nüfusun kültürümüzde ve büyük şehirlerde yaşadıkları bağımlılık düzeyi düşünüldüğünde kişi için mezara ulaşımın kolay olup olmadığı konusunu da gündeme getirmek gerekmektedir. Kayıp sonrası profesyonel destek alma oranlarının oldukça düşük olması ise, yaşlı nüfusta ruh sağlığı hizmetlerine başvuru davranışlarının sınırlı olmasıyla tutarlıdır ve bu durum klinik hizmetlere erişim açısından önemli bir tartışma alanı sunmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, bu örneklemin sosyodemografik ve kayıp özellikleri, hem Türkiye’deki yaşlı nüfusun yapısal özellikleriyle hem de yas literatüründe yer alan eğilimlerle büyük oranda örtüşmektedir. Örneklemin bu özellikleri, çalışmada elde edilen bulguların yorumlanması açısından önemli bir bağlamsal çerçeve sunmakta ve sonraki bölümlerde ele alınan ilişki örüntülerinin daha bütüncül şekilde anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır.

6.2. Ölçeklerin Betimsel Bulguları

Bu çalışmada kullanılan psikometrik ölçeklerin betimsel istatistikleri, yaşlı bireylerde uzamış yas sürecinin duygusal, bilişsel ve sosyal yönlerine ilişkin önemli bir genel görünüm sağlamaktadır.

İlk olarak PG-13 Uzamış Yas Belirti Şiddeti Ölçeği’nden elde edilen ortalama puanın (ortalama puan = 33.39, SD = 11.139) görece yüksek düzeyde olması, uzamış yas bozukluğu tanısı konulsun ya da konulmasın örneklemin büyük bir bölümünde yas belirtilerinin klinik olarak dikkat gerektirecek seviyede devam ettiğini göstermektedir. Bu bulgu, yaşlı bireylerde yas tepkilerinin daha uzun sürdüğünü ve kronikleşmeye daha yatkın olduğunu bildiren önceki çalışmalarla da uyumludur (Newson ve ark., 2011; Lundorff ve ark., 2017). Yaşlı bireylerde sosyal rollerin daralması, yalnızlık, fiziksel hastalık komorbiditeleri ve eş kaybının yoğunluğu, yasin daha kalıcı hale gelmesine katkıda bulunan başlıca etmenler arasında sayılabilmektedir.

Katılımcıların depresyon belirti şiddetinin BDÖ ile değerlendirilmesinde ortalama olarak düşük-orta şiddet düzeyinin görülmesi (ortalama puan = 15.45, SD = 9.936), örnekleimde depresif belirtilerin yaygın olduğunu ancak her bireyde patolojik düzeye ulaşmadığını göstermektedir. Bununla birlikte depresyon puanlarının geniş bir dağılım göstermesi (puanlar arası aralık =42), yaşlı bireylerde duygudurum semptomlarının heterojenliğine işaret etmektedir. Yas ve depresyon ilişkisine dair literatürde, özellikle uzamış yas yaşayan bireylerde depresif belirtilerin sık görüldüğü ve iki durumun klinik olarak sıklıkla iç içe geçtiği belirtilmiştir (Shear ve ark, 2011). Çalışmada elde edilen bulguların bu çerçevede değerlendirilmesi yerinde olacaktır.

Süregiden Bağlar Ölçeği’nden elde edilen ortalama puanların (ortalama toplam puan = 52.88) görece yüksek olması, katılımcıların kaybettiikleri kişiyle duygusal ve bilişsel düzeyde anlamlı bir bağlılığı sürdürdüklerini göstermektedir. Süregiden bağların yas sürecinde hem adaptif hem de maladaptif fonksiyonlar üstlenebildiği bilinmektedir (Klass, Silverman & Nickman, 1996). Özellikle “özdeşim” ve “fiziksel yakınlık arayışı” alt boyutlarında yüksek

puanların görülmesi, katılımcıların kayba bağlı duygusal yükü yoğun biçimde deneyimlemeye devam ettiklerini düşündürmektedir. Bu durum, yaşlı bireylerde eş veya birincil yakın kaybı sonrası süregiden bağların güçlü bir şekilde devam ettiği yönündeki bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri sonuçları incelendiğinde, “büyüme” ve “teselli” alt ölçeklerinde görece yüksek, “huzur” alt ölçeğinde ise daha düşük puanların elde edilmesi dikkat çekmektedir. Yaşlı bireylerde kayıp sonrası anlam oluşturma süreçlerinin, çoğunlukla dini inançlar, yaşam boyu edinilen deneyimler ve geçmiş yaşamın bütüncül bir değerlendirmesi üzerinden şekillendiği görülmektedir (Neimeyer, 2019). Ancak huzur ve içsel bütünlük duygusunun daha düşük düzeyde olması, yas sürecinin bazı bireylerde tam olarak bütünleştirilemediğini gösterebilir. Bu durum, bazı bireylerde kaybın üzerinden uzun süre geçmesine rağmen yas belirtilerinin devam etmesini açıklayabilir.

Baş etme stratejilerinden elde edilen puanlar, örnekleme özellikle aktif planlama, dine sığınma, bilişsel yeniden yapılandırma/kabul ve dış yardım alma gibi stratejilerin daha sık kullanıldığını göstermektedir. Bu sonuç, yaşlı bireylerin problem çözme ve dini başa çıkma stratejilerini kültürel bağlamda sık tercih ettiklerine ilişkin çalışmalarla örtüşmektedir (Pargament, 2011). Kaçınma temelli başa çıkma stratejilerinin görece daha düşük puanlara sahip olması ise, uzun süreli yas süreçlerinde kaçınmanın etkisinin zamanla azalabileceğini düşündürmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nden elde edilen toplam ve alt boyut ortalamaları, katılımcıların özellikle aile desteğini yüksek düzeyde algıladıklarını, buna karşın “özel bir insan” ve “arkadaş” desteğinin daha düşük düzeyde olduğunu ya da algılandığını göstermektedir. Bu bulgu, Türk kültüründe aile bağlarının yaşlılıkta en temel sosyal destek kaynağı olduğu yönündeki araştırmalarla uyumludur (Kaya & Tuna, 2020). Aile desteğinin yüksek, arkadaş desteğinin daha sınırlı olması, yaşlılıkla birlikte sosyal çevrenin daralması ve eş/arkadaş kayıplarının artmasıyla da açıklanabilir.

Son olarak, Lawton–Brody Enstrümantal Yaşam Aktiviteleri Ölçeği’nden elde edilen ortalama puanlar, örnekleme genel işlevsellik düzeyinin yaşa göre beklenen seviyede olduğunu, ancak bazı bireylerde işlev kaybının belirginleştiğini göstermektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde azalma hem ileri yaşla hem de yas sürecinin psikolojik yüküyle ilişkili olabilir. İşlevsel kapasitedeki düşüşün, uzamış yas belirtilerini artırabileceği yönünde bulgular da göz önüne alındığında (Lenger ve ark., 2020), bu sonuçlar çalışmanın genel örüntüsüyle tutarlıdır.

6.3. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yaygınlığı ve Uzamış Yas Belirtileri

Mevcut çalışmada, PG-13 Uzamış Yas Belirtileri Ölçeği'nde yer alan, uzamış yas bozukluğuna ilişkin belirti şiddetini değerlendiren 11 Likert tipi maddeye ek olarak, belirtilerin süresini ve mesleki-sosyal işlevsellik kaybını değerlendiren ikisi “Evet/Hayır” şeklinde kategorik yanıtı toplam 2 madde kullanılarak Uzamış Yas Bozukluğu tanısı alan katılımcılar belirlenmiştir. Uzamış Yas Ölçeği ile Uzamış Yas Bozukluğu tanısının nasıl saptandığını açıklayan algoritma yöntem bölümünde ayrıntılı bir biçimde sunulmuştur. Bu algoritmaya göre, kayıp yaşayan bireylerin, kaybın üzerinden en az 6 ay geçtikten sonra en az bir aylık anksiyetesi belirtisi ile en az beş bilişsel, duygusal veya davranışsal belirti göstermesi ve işlevsellikte bozulma bildirmesi tanı için gereklidir.

Bu algoritmaya göre yapılan hesaplama sonucunda, katılımcıların %32.9'unun Uzamış Yas Bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. Bu oran, yaşlı yetişkinlerde bildirilen UYB yaygınlığıyla kısmen uyumlu olmakla birlikte, literatürdeki bazı çalışmalara göre yüksek oranda görünmektedir. Örneğin, Lundorff ve arkadaşlarının (2017) geniş kapsamlı meta-analizinde UYB prevalansı genel yetişkin nüfusunda %9.8 olarak bildirilmiştir. Yaşlı yetişkinlere özel çalışmalarda ise oranın genellikle %10–30 aralığında seyrettiği görülmektedir. Newson ve arkadaşları (2011) Hollanda'da en az bir yakını kaybeden 65 yaş üstü 1089 bireyde UYB prevalansını %25.4 olarak bulmuş, Trembl ve arkadaşları (2020) ise Almanya'da LIFE-Adult çalışması kapsamında 60–80 yaş arası 2865 kişinin değerlendirildiği bir toplum temelli inceleme çalışmasında UYB prevalansını %5.2 bulmuştur. Bu çalışmalar göz önüne alındığında, bizim çalışmamızdaki %32.9'luk oran literatürdeki bazı bulgularla benzerlik gösterse de, düşük prevalans bildiren çalışmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek bir düzeye işaret etmektedir.

Oluşan bu farklılığın önemli bir nedeni, araştırmamızın örnekleminin genel nüfusu temsil etmeyen, psikiyatri ve geriatri polikliniğine başvuran yaşlı bireylerden oluşması olarak gösterilebilir. Klinik başvurusu olan yaşlı bireylerin gerek fiziksel sağlık sorunları gerek ruhsal zorlanmaları nedeniyle yas sürecinde daha kırılgan bir yapıda olmaları beklenmektedir. Nitekim, ciddi fiziksel hastalık, kronik ağrı, işlevsellik kaybı, yalnızlık, depresyon ve çoklu kayıplar gibi faktörler yaşlı yetişkinlerde uzamış yas riskini artırmaktadır (Ghesquiere ve ark., 2020). Klinik başvuru yapan bireylerde bu tür risk faktörlerinin daha yoğun görülmesi, çalışmamızdaki prevalansın daha yüksek çıkmasını açıklayabilir. Bu bağlamda, çalışmamızdaki UYB oranının literatürdeki bazı topluma dayalı örneklemlerden yüksek olması beklenen bir durumdur ve örneklemin özellikleriyle tutarlı görünmektedir. Bulgular, klinik

başvuru yapan yaşlı bireylerde uzamış yas belirtilerinin daha dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini ve bu grubun ruh sağlığı hizmetlerine erişimde özel gereksinimleri olabileceğini göstermektedir.

PG-13 ölçeğinde uzamış yas belirtilerine ait maddeler düzeyindeki bulgular incelendiğinde, katılımcıların belirli uzamış yas belirtilerini daha yoğun biçimde deneyimledikleri dikkat çekmektedir. Bulgulara göre, en yüksek ortalama puan 3.91 ile “buruk hissetme” maddesine aittir. Bu sonuç, yas sürecindeki bireylerin günlük yaşamlarında sürekli bir içsel boşluk ya da tamamlanamamışlık hissi yaşadıklarını göstermektedir. Bu duygu, uzamış yasin karakteristik bir belirtisidir ve kişinin yaşamdan aldığı doyumunu önemli ölçüde etkileyebilir (Prigerson ve ark., 2009).

İkinci en yüksek ortalama, 3.79 puan ile “kabullenmekte güçlük” maddesinde gözlemlenmiştir. Bu bulgu, katılımcıların kayıp sonrası dönemde ölümü zihinsel ve duygusal olarak içselleştirmekte zorlandıklarını göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerde uzun süreli sosyal bağların kopması, kabullenme sürecini daha da zorlaştırabilmektedir (Shear ve ark., 2013). Benzer şekilde, “ölen kişiye yoğun özlem” maddesinin ortalama puanı 3.68 olup, bu durum katılımcıların kaybettikleri kişiye karşı yoğun bir özlem duygusu taşıdıklarını göstermektedir. Bu bulgu, uzamış yasin merkezinde yer alan duygusal bağlılığın devam ettiğini işaret eder (Boelen ve Lenferink, 2020).

Bu maddeler dışında, “duygusal ızdırap” (ort. = 3.12), “benlik duygusunda azalma” (ort. = 3.18), “hayatı anlamsız görme” (ort. = 2.98) ve “hissizleşme (ort. = 2.93) maddelerinin de ortalama puanlarının görece yüksek olması, yaşlı bireylerin yas sürecinde hem duygusal yoğunluk hem de bilişsel dağılma yaşadıklarını göstermektedir. Bu tür belirtiler, bireyin kendilik algısını ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilir.

Diğer taraftan, “kaçınmalar” (ort. = 2.02) ve “şok-afallama-şaşkınlık” (ort. = 2.52) gibi maddelere verilen düşük puanlar, örnekleme akut yas tepkilerinin daha az hissedildiğini göstermektedir. Bu durum, kayıp sonrası belirli bir zaman geçmiş olmasının da etkisiyle yasin erken dönemine özgü reaksiyonların yerini daha kalıcı duygusal belirtilere bıraktığını düşündürmektedir (Boelen ve Lenferink, 2020). “Yeni ilgi alanları edinememe” maddesi puan ortalamasının 2.72 olması, bireylerin kayıp sonrası yaşamı sürdürme konusunda yaşadıkları güçlükleri ifade etmektedir. Yaşlı bireylerde bu durum, yaşlanmaya bağlı fiziksel kısıtlılıklar ve sosyal destek ağlarının zayıflığı nedeniyle daha belirgin hale gelebilmektedir (Rosner ve ark., 2021). Aynı şekilde, “başkalarına güvensizlik” maddesinin puan ortalaması 2.65 olup, yas sürecinde sosyal güven bağlarının zedelendiğine işaret etmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamızda hem uzamış yas tanı oranlarının yüksek olması hem de PG-13 maddelerindeki belirti şiddetinin özellikle özlem, kabullenme güçlüğü ve duygusal kırılganlık boyutlarında yoğunlaşması, yaşlı yetişkinlerin yas uyumunda özel bir risk grubu olduğunu göstermektedir. Bulgular, yaşlılık döneminde bir yakının kaybının yalnızca bir ilişkinin kaybı ile sınırlı olmadığını, aynı zamanda kişide yaşamın anlamı, kimlik, bağlılık ve günlük işlevselliğe ilişkin bütünlüğün sarsıldığını göstermektedir ve bu haliyle çağdaş yas kuramlarıyla tutarlı bir sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

6.4. Uzamış Yas Belirti Şiddeti ile Sürekli Değişkenlerin İlişkileri

Mevcut çalışmada, yaşlı bireylerde uzamış yas bozukluğu ile ilişkili demografik, psikolojik ve sosyal sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiş ve değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı pek çok ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bulgulara göre, PG-13 ile ölçülen UYB belirtilerinin toplam puanı; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), SBÖ (Süregiden Bağlar Ölçeği), AYYE (Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri), SBCBÖ (Stresle Başa Çıkma Becerileri Ölçeği), ÇBASDÖ (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği), kaybedilenin ölüm yaşı, ölümün üzerinden geçen süre, yıllık mezar ziyareti sıklığı gibi kaybedilen kişiye, kayıp yaşantısına yönelik değişkenler ve birçok psikometrik değer ile anlamlı ve yönlü korelasyonlar sergilemiştir.

Korelasyon analizimizde PG-13 toplam puanı ile BDÖ puanı arasında güçlü ve pozitif bir ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu, uzamış yas belirtilerinin depresyon belirtileriyle yakın ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Güncel literatürde de yas ve depresyon belirtilerinin sıklıkla birlikte seyrettiği belirtilmiştir. Eisma ve Büyükcan-Tetik (2024), kayıp yaşayan ve ortalama yaşın 54 olduğu yetişkinlerle 6 ay arayla yaptıkları değerlendirme sonucu yürüttükleri çalışmada uzamış yas belirtilerinin varlığının bir sonraki ölçümde daha yüksek depresyon puanıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine Shear ve arkadaşları (2013), çalışmalarında uzamış yas yaşayan grupların yaklaşık yarısında depresyon komorbiditesi görüldüğünü belirtmiş ve bu iki klinik tablonun birbiri ile yakın ilişkide ama ayrı hastalıklar olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgular, yoğun ve uzun süren yas tepkisinin boşluk, umutsuzluk ve hayata dair ilginin azalması gibi duyguları içermesi ve bu durumun depresif belirtileri artırabilmesi ile açıklanabilir. Çalışmamızda da PG-13 ile BDÖ puanları arasındaki ilişkinin pozitif yönlü ve anlamlı çıkması, bu kuramsal beklentiyi desteklemektedir ($r = .780, p < .001$). Diğer yandan, bu bulgular ters yöndeki bir ilişkiye de ışık tutabilir. Örneklemimizde psikiyatri polikliniğine başvuran yaşlı bireylerde var olan depresyon ve kaygı bozukluğu belirtileri, kişilerin kaybı

farklı deneyimlemelerine ve uzamış yas tepkilerinin ortaya çıkmasına ya da sürmesine neden olmuş veya katkıda bulunmuş olabilir. Bu konuda değerlendirme yaparken, başa çıkma becerileri gibi durumsal olmayan, statik özelliklerin modere edici etkisini hesaplayarak çıkarımlar yapmak uygun olacaktır.

Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri toplam puanı ile PG-13 puanı arasındaki ilişkide ise orta düzeyde negatif ilişkili ve anlamlı bir bağlantı saptanmıştır ($r = -.480, p < .001$). Benzer şekilde, Duran ve Altun (2024) huzurevinde kalan yaşlı katılımcılarla yaptıkları çalışmada “Grief and Meaning Reconstruction Inventory” (GMRI) ölçeği ile kayıp sonrası anlam sürecini değerlendirmiş ve bu ölçek puanları ile PG-13 skorları arasında belirgin negatif ilişki bulunmuştur. Yani, kaybı bütünleyip hayatın yeni anlamını inşa eden yaşlı bireylerde uzamış yas belirtileri daha düşük yoğunlukta görülmüştür. Kuramsal açıdan bu sonuç, Neimeyer’in (2016) yapısal anlam kuramıyla uyumludur. Buna göre ölen kişiye ve ölüme anlam atfetme, yaşanan kaybın açıklamasını bulma ve bu süreçten hayat dersi çıkarma çabası, acının işlenmesini kolaylaştırır ve yasin patolojik biçimde sürmesini önler. Dolayısıyla araştırmamızda yüksek AYYE puanı alan bireylerin daha düşük PG-13 puanı alıyor olması beklenen bir sonuçtur. Anlamı yeniden yapılandırmadaki eksikliğin ise kişinin bütünsel dünya görüşünü sarsarak yasin uzamasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Süregiden bağlar toplam puanı ile PG-13 puanı arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki ($r = .829, p < .001$) olması, kaybın ardından kişide devam eden duygusal ya da zihinsel bağlılığın, uzamış yasin önemli bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Stroebe ve Schut’un (2001) ikili süreç modeline göre, kaybın ardından kişinin hem kayıp odaklı hem de iyileşme odaklı süreçleri dengede tutması önemlidir. Ancak süregiden bağlar, bu dengeyi kayıp odaklı yönde ağırlaştırabilir ve yas sürecini uzatabilir. Özellikle yaşlı bireylerde eş kaybı sonrası bu bağların kuvvetli olması, bireyin kimliğinde ve günlük yaşamındaki bütünlüğünde ciddi boşluklara yol açabilir.

Stesle başa çıkma becerileri ile ilişki incelendiğinde, aktif planlama yaparak baş etme ($r = -.724, p < .001$) ve dış yardım alma ($r = -.547, p < .001$) gibi daha uyumlu ve destek aramaya yönelik baş etme biçimlerinin uzamış yas belirtileriyle negatif ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu bulgular, Bonanno ve arkadaşlarının (2002) eşini kaybeden 205 yaşlı bireyle yürüttükleri ve sonucunda farklı yas yörüngelerini vurguladıkları çalışmada dayanıklılık ve destek mekanizmaları yüksek olan grupta yas sürecinin daha fazla olağan seyre uyduğu ve kronikleşme riskinin düşük olduğu sonucunu desteklemektedir. Özellikle de yaşlı bireylerde sosyal kaynaklara erişimin ve destek talebinin yas sürecini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Öte yandan, diğer başa çıkma becerileri alt boyutlarından olan duygusal ve davranışsal kaçınma ($r = .655$, $p < .001$) stratejisinin PG-13 puanı yani uzamış yas belirtileri ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermesi, baş etme süreçlerinin yalnızca biçimsel olarak değil, işlevsel olarak da değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle duygusal ve davranışsal kaçınma stratejilerinin yas sürecinde kullanımı, bireyin kayıp deneyimiyle yüzleşmesini ertelemesine neden olabilmekte, bu durum ise patolojik yas belirtilerinin sürmesine ya da yoğunlaşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu bulgu, Boelen, Van Den Bout ve Bout (2006) tarafından ortaya konan bilişsel-davranışçı modelle uyumlu olup, kaçınmanın yasin çözümünü geciktiren temel bir bilişsel engel olduğu fikrini pekiştirmektedir.

Beklenmedik bir sonuç olarak, “bilişsel yeniden yapılandırma/kabul” baş etme stratejisinin PG-13 ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermesi ($r = .668$, $p < .001$), bu stratejinin işlevselliği üzerine daha derin bir değerlendirme yapılmasını gerektirmektedir. İlk bakışta bu bulgu çelişkili gibi görünse de, stratejinin içeriği incelendiğinde bu durum anlam kazanmaktadır. Ölçek maddeleri incelendiğinde bu alt boyutun, bireyin yaşadığı kaybı olduğu gibi kabullenmesi, kayıpla mücadele etmeye çalışmaması, duygularını bastırarak hayatını eski düzeninde sürdürmeye çalışması gibi tutumları ifade eden maddeleri sıklıkla kapsadığı görülmektedir. Bu bağlamda, bu stratejinin “kabul” ile birlikte inkâr, bastırma ve duygusal yüzleşmeden kaçınma gibi pasif özellikler taşıyor olması, yasin sağlıklı bir şekilde yaşanmasını engelleyebilmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde bu tür pasif kabullenme eğilimleri, duygusal düzenleme çabalarının azalması ve bilişsel esneklik kapasitesinin düşmesi nedeniyle yasin çözüm sürecinde yavaşlamaya yol açabilir. Ayrıca, hiçbir şey olmamış gibi davranma ya da yaşanan kaybı gündeme almaktan kaçınma gibi tutumlar, bireyin kayıpla yüzleşmesini ve kaybın anlamını duygusal düzeyde işlemesini engelleyerek, uzamış yas belirtilerinin sürmesine neden olabilir. Smith, Wild ve Ehlers (2020), bazı yaşlı bireylerin çevrelerine yük olmamak veya yargılanmamak için "maskeleme" (duygularını saklama) davranışı geliştirdiklerini ve bu durumun paradoksal bir şekilde acılarını arttırabildiğini bildirmiştir. Yaşlı bireylerden oluşan üç ayrı örnekleme yürüttükleri ve geliştirdikleri “Oxford Grief-Social Disconnection Scale” (OG-SD) isminde 22 maddelik yeni bir ölçekle katılımcıları değerlendirdikleri çalışmada maskeleme yapmanın, kısa vadede sorunlardan kaçmayı sağlayarak kişiyi rahatlatsa da, uzun vadede iyileşmeyi engelleyen en güçlü faktörlerden biri olduğunu vurgulamışlardır. Maskeleme yaparak duygularını saklayan kişilerin yas sürecinde sosyal destek alma ihtimallerinin düştüğü ve uzamış yas, depresyon ve TSSB belirtilerinin şiddetlendiği sonucunu elde etmişlerdir (Smith, Wild ve Ehlers, 2020). Çalışmamızda “bilişsel yeniden yapılandırma/kabul” stratejisine

dair ölçek maddelerinin yaşlı kişileri daha çok bu konuda değerlendirdiğini düşünmek uygun olabilir. Nitekim “bilişsel yeniden yapılandırma/kabul” alt boyutu puanının depresyon puanıyla ($r = .441, p < .001$) pozitif yönde anlamlı ilişki gösterirken, algılanan sosyal destek puanıyla ($r = -.519, p < .001$) negatif yönde anlamlı ilişki göstermesi bu durumu destekler niteliktedir.

Başta çıkma becerilerinden son olarak “dini başa çıkmanın” rolüne baktığımızda, yasa olan etkisinin literatürde çelişkili sonuçlar barındırdığı görülse de, yaşlı bireylerde sıklıkla kullanılan bir yöntem olduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalarda dini başa çıkmanın yas yoğunluğunu azaltabileceği, bazen ise pasif kabullenmeye yol açarak yas sürecini uzatabileceği belirtilmiştir (Lee ve ark., 2013; Kokou-Kpolou ve ark., 2017). Çalışmamızda dine sığınma başa çıkma stratejisi ile PG-13 uzamış yas belirti şiddeti arasında orta düzeyde, negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r = -.370, p < .001$). Buna göre dine sığınmayı daha sık kullanan yaşlı bireylerde yas belirtileri görece daha düşük düzeyde görülmektedir.

Algılanan sosyal destek değişkeni açısından baktığımızda, çalışmamızda yaşlılarda artan sosyal destek algısının hem uzamış yas ($r = -.745, p < .001$) hem depresyon ($r = -.691, p < .001$) puanları ile güçlü negatif ilişkide olduğu görülmüştür. Bu bulgular, literatürde sosyal destek eksikliğinin uzamış yas için belirgin bir risk faktörü olduğu yönündeki görüşlerle uyumludur. Yoğun bakım ünitesinde COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden hastaların yakınlarının dahil olduğu 73 kişilik bir çalışmada kayıp sonrası sosyal desteğin az olmasının uzamış yas için bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rodriguez-Villar ve ark., 2024). Benzer şekilde, Smith, Wild ve Ehlers’in (2020) geniş örneklemlili ve yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışmada sosyal destek azlığı yerine "sosyal kopukluk" (social disconnection) terimi kullanılmış ve bu durumun sadece yalnızlıktan ibaret olmadığı, aktif bir süreç olduğu vurgulanmıştır. Çalışmalarında sosyal kopukluğun yası kronikleştirdiği sonucuna ulaşmışlardır. Scott ve arkadaşlarının (2020) yas tutan kişilerde sosyal desteğin psikolojik iyilik haline etkisini inceledikleri sistematik derlemesinde, sağlıklı bir yas süreci için sosyal desteğin miktarından çok kalitesinin önemli olduğu vurgulanmış ve kaybedilen kişinin ölüm şekline göre sosyal destek türlerinin farklılaşabileceği belirtilmiştir. Dolayısıyla bizim elde ettiğimiz PG-13 ile sosyal destek arasında ters yönlü (negatif) ilişki, önceki çalışmaların geneline uygun görünmektedir. Bu durum kuramsal olarak, yakın çevrenin sağlayacağı destek, empati ve kaynakların yas yükünü hafiflettiği şeklinde açıklanabilir. Yetersiz sosyal destek, yalnızlık ve izolasyon duygularını artırarak, duygusal iyileşmeyi güçleştirebilmektedir.

Bir başka değişken olarak yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürebilme düzeyleri ile uzamış yas belirti şiddeti arasında orta düzeyde ve negatif yönlü bir

ilişki saptanmıştır ($r = -.468, p < .001$). Başka bir deyişle, Lawton–Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği’nden daha yüksek puan alan, yani gündelik hayatını daha bağımsız sürdürebilen bireylerde PG-13 uzamış yas puanları daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, işlevsel bağımsızlığın yas sürecine uyumu kolaylaştıran koruyucu bir faktör olabileceğine işaret etmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmek; ev işleri, alışveriş, para yönetimi, ulaşım gibi alanlarda özerkliği sürdürmeyi, sosyal rollere devam edebilmeyi ve çevreyle etkileşimi korumayı içerir. Bu tür işlevler, bireyin kayıp sonrasında yaşamın akmaya devam ettiği duygusunu sürdürmesine, kendi kapasitesini ve yeterliliğini deneyimlemesine katkı sağlayarak yas belirtilerinin yoğunluğunu azaltabilir.

Buna karşılık, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin güçlük yaşayan yaşlı bireyler, hem kayıpla ilişkili “rol kaybı” hem de eşzamanlı “işlevsellik kaybı” yaşadıkları için bir nevi çoklu kayıpla karşı karşıya kalabilmektedirler. Fiziksel bağımlılığın artması, başkalarına muhtaç olma hissini, özgüven kaybını ve çevreden geri çekilmeyi artırarak yasin daha yoğun ve kronik bir biçimde yaşanmasına zemin hazırlayabilir. Bu çerçevede düşünüldüğünde bu sonuç, uzamış yasin yalnızca duygusal bir durum değil, aynı zamanda bireyin fiziksel, işlevsel ve sosyal alanlarıyla iç içe geçmiş çok boyutlu bir süreç olduğunu destekler niteliktedir. Klinik açıdan bakıldığında, yas değerlendirmesinde yalnızca duygusal belirtilerin değil, günlük yaşam aktivitelerinde ortaya çıkan bozulmaların da rutin olarak sorgulanması ve terapötik müdahalenin gerektiğinde psiko-sosyal müdahalelerin, fizik tedavi/rehabilitasyon ve mesleki uğraş terapileri ile bütüncül bir şekilde planlanması önem kazanmaktadır (Nielsen ve ark., 2020).

Güncel literatürde, Redican ve arkadaşları (2025) 65 yaş ve üzeri İsviçreli 627 yaşlı bireyden oluşan bir örnekleme stresle ilişkili bozukluklar ve dayanıklılık üzerine yaptıkları kesitsel çalışmada uzamış yas belirtilerinin, ICD-11 tanımına uygun şekilde kişisel, sosyal ve genel işlevsellikte belirgin bozulma ile birlikte ortaya çıktığını göstermişlerdir. Bu toplum temelli örneklemlerde dahi uzamış yasin belirgin işlevsel bozulma ile ilişkili olduğunun gösterilmesi, çalışmamızın klinik yaşlı örnekleminde PG-13 ile ölçülen belirti şiddeti arttıkça Lawton–Brody işlevsellik skorlarının düşmesini, yani yaşlı bireylerin yas sürecinde işlevselliklerinde azalma olduğu bulgusunu destekler niteliktedir. Sonuçlar, benzer şekilde hem Newson ve arkadaşlarının (2011) genel toplumdaki yaşlılarda uzamış yasin mental, fiziksel sağlık ve işlevsellik üzerinde bağımsız bir yük yarattığını gösteren sonuçlarıyla hem de Nielsen ve arkadaşlarının (2020) UYB belirtilerinin depresyonun ötesinde ek bir fonksiyon kaybı ile ilişkili olduğunu ortaya koyan bulgularıyla uyumludur. Ancak bu analizden çıkan sonuç,

işlevsellikte azalmanın uzamış yas için bir neden mi yoksa sonuç mu olduğunu kapsamamaktadır.

Çalışmamızda kaybedilenin ölüm yaşı ile PG-13 toplam puanı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Yani kaybedilenin yaşı arttıkça uzamış yas belirti şiddeti azalmaktadır. Bu sonuç, daha “erken/alışılmadık” kayıpların geride kalanlarda daha fazla yas tepkisi ve ayrılığa bağlı daha yoğun özlem yaratabileceği; buna karşın ileri yaşta gerçekleşen ölümlerin yaşam döngüsü içinde daha “beklenen” bir olay olarak değerlendirilmesi nedeniyle kabullenmenin görece daha kolay olabileceği görüşüyle uyumludur. Nitekim 447 yetişkin katılımcı ile yürütülen bir çalışmada, kaybedilen kişinin daha ileri yaşta olması uzamış yas belirtileri açısından daha düşük risk ile ilişkili bulunmuştur (Keser, Karci ve Danişman, 2022).

Bir başka kayıp deneyimine ait değişken olan “ölümün üzerinden geçen süre” ile PG-13 toplam puanı arasında negatif yönlü bir ilişki görülmüştür. Yani geçen zaman arttıkça uzamış yas belirti şiddeti azalma eğilimi göstermektedir. Bu bulgu, yas tepkilerinin doğal seyrinde zamana bağlı olarak şiddetinin azalması beklentisiyle uyumludur. Özellikle yaşlı örneklerde yapılan çalışmalarda, kayıptan sonra geçen sürenin uzamış yas belirtileriyle ilişkili olabildiği ve kaybın erken dönemlerinde daha yoğun belirtiler görülebileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte literatürde “zaman tek başına açıklayıcı değildir” vurgusu da öne çıkmaktadır. Buna göre belirtilerin süregenleşmesinde eşlik eden depresif belirtiler, travmatik/ani kayıplar ve baş etme süreçleri gibi etkenler, zaman değişkeninin etkisini güçlendirebilmekte ya da zayıflatabilmektedir (Trembl ve ark., 2022; Killikelly ve ark., 2025).

Çalışmamızda kayıp deneyiminin önemli ritüellerinden olan mezar ziyaretinin sıklığı arttıkça PG-13 puanlarının arttığı yönünde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, mezar ziyareti gibi yas ritüellerinin bazı bireylerde duygu düzenlemeyi destekleyen ve kaybı anlamlandırmayı kolaylaştıran bir işlev gösterebilmesine karşın; bazı durumlarda “kayba takılı kalma”yı artırarak ayrılık acısını canlı tutma, özlemi tetikleme ve süregiden bağları yoğunlaştırma üzerinden uzamış yas belirtileriyle birlikte seyredebilmesiyle açıklanabilir. Mezarı ziyaret etme davranışı, kültürel ve dinsel pratiklerin yanı sıra “süregiden bağlar”ın davranışsal bir görünümü olarak da değerlendirilmektedir. Bu nedenle bu ilişkinin yönü, ziyaretin işlevine (teselli/dua/veda mı, yoksa kaçınma–ruminasyon döngüsünü sürdürme mi) göre değişebilir. Süregiden bağların yas üzerine etkisinin daha sık değerlendirildiği güncel literatürde mezar ziyaretinin bir “ritüel” olarak bağın sürdürülmesiyle yakından ilişkili olduğu ve bazı koşullarda yas uyumunu etkileyebildiği bildirilmektedir (Kjærsgaard ve Venbrux, 2016; Phan ve ark., 2025).

Diğer yandan, bu çalışmada kronolojik yaş ile PG-13 uzamış yas puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > .05$). Bu sonuç, ileri yaşın tek başına uzamış yas için belirleyici bir risk faktörü olmadığını, yaşlı bireyler arasında önemli farklılıklar bulunduğunu düşündürmektedir. Aynı kronolojik yaşta olan bireyler dahi fiziksel sağlık durumu, bilişsel işlevler, sosyal destek ağı, ekonomik durum, önceki yaşam deneyimleri ve baş etme becerileri açısından oldukça farklı olabilir. Bu nedenle, yaşın kendisinden ziyade, yaşlanma sürecinin nasıl deneyimlendiği önemli olup, eşlik eden psikososyal koşulların uzamış yas belirtilerini daha fazla etkilediği söylenebilir. Bu sonuçlar, “daha ileri yaş = daha ağır yas” gibi basitleştirici varsayımların klinik açıdan her zaman geçerli olmadığını, değerlendirmelerde bireysel bağlamın mutlaka dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Newson ve arkadaşlarının (2011), yaşlı toplumu hedef alan çalışmasında yaş arttıkça uzamış yas olasılığının arttığı sonucu ortaya çıkmıştır. Sonuçlar arasındaki farklılık çalışmamızdaki örneklemin klinik başvuru içerdiği yapısı, yaş dağılımının görece dar ve örneklem sayısının kısıtlı olması sonucu yaş etkisinin ortadan kalkması ile ilişkili olarak da yorumlanabilir. Ancak Bruinsma ve arkadaşlarının (2015) yaşlı bireylerden oluşan eş kaybı örnekleminde, yaşın uzamış yas için bağımsız bir yordayıcı olmadığı ve asıl belirleyicinin kayıp öncesi depresyon olduğunu belirttiği şeklinde, çalışmamızla daha uyumlu sonuçlar elde eden çalışmalar da mevcuttur.

Sonuç olarak, çalışmamızda elde edilen korelasyon bulguları; UYB semptomlarının yalnızca bireyin kayıp sonrası yaşadığı duygusal durumla değil, aynı zamanda sosyal bağlanma kalıpları, başa çıkma yöntemleri ve yaşamda anlam bulma düzeyi gibi çok boyutlu yapılarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, UYB'nin değerlendirilmesi ve müdahale planlarının oluşturulmasında biyopsikososyal bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini desteklemektedir.

6.5. Uzamış Yas Belirti Şiddeti ile Kategorik Değişkenlerin İlişkileri

Kategorik değişkenlere ilişkin bulgularımızda PG-13 puanının cinsiyet, cenazeye katılım ve kaybedilen kişinin cinsiyeti gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmüştür. Buna karşın kayıp sonrası profesyonel destek alma, ölümün ani/beklenmedik olması, ölümün şiddetli algılanması ve kaybedilenle ilişkinin niteliği değişkenlerinde PG-13 puanının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bu sonuçlar güncel literatürle genel olarak uyumludur. Buur ve arkadaşlarının (2024), sistematik derleme/meta-analiz bulguları, beklenmedik ölüm ve şiddet içeren/şiddetli-doğal olmayan kayıp gibi ölüm koşullarının uzamış yas belirtileriyle küçük-orta düzeyde de olsa ilişkili olabildiğini göstermektedir. Milman ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen şiddet içeren ölümlerin uzamış yas belirtileri üzerindeki

etkisinin incelendiği 357 kişiden oluşan prospektif bir çalışmada şiddet içeren ölümlerin uzamış yas belirtilerini doğrudan bir etkiden ziyade, bireyin ölüm olayını "huzurlu" bir son olarak algılama ve ölen kişiyle sağlıklı bir sembolik ilişkiyi sürdürme kapasitesini bozarak dolaylı yoldan artırdığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda, çalışmamızda ölümün ani/beklenmedik olması ve şiddetli algılanması durumlarında PG-13 puanlarının daha yüksek bulunması, kaybın travmatik özellikler taşımasının yas uyumunu zorlaştırabileceği yönündeki bulgularla örtüşmektedir.

Kayıp sonrası profesyonel destek alan bireylerin PG-13 puanlarının daha yüksek bulunması bu durumun “koruyucu bir etken”den ziyade, belirti şiddeti yüksek olan bireylerin yardım arama olasılığının artması şeklinde yorumlanabileceğine işaret edebilir. Benzeri şekilde Maccallum ve arkadaşları (2025) tarafından yürütülen çalışmada, COVID-19 pandemisi sırasında yakınlarını kaybeden ve uzamış yas bozukluğu yaşayan yetişkinlerin yardım arama davranışları incelenmiş ve uzamış yas bozukluğu tanılı bireylerin, bu tanısı olmayanlara kıyasla profesyonel veya yapılandırılmış yas desteği arama olasılıklarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca “kaybedilen kişiyle ilişkinin iyi” olarak tanımlandığı grupta PG-13 puanlarının daha yüksek olması, güncel literatürde sık vurgulanan şekilde, kaybedilen kişiyle yakınlık/duygusal bağımlılık düzeyinin yüksekliğinin uzamış yas belirtileriyle ilişkili olabileceği bulgularıyla uyumludur (Buur ve ark., 2024). Öte yandan ölüm nedeni ve ölüm yerine göre PG-13 puanlarının anlamlı farklılaşmaması, bu değişkenlerin etkisinin örneklem özellikleri ve ölümün öznel algısı gibi etmenler tarafından gölgelenebileceğini düşündüren çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Szuhany ve ark., 2021; Buur ve ark., 2024).

6.6. Depresyon Düzeylerine Göre Uzamış Yas Şiddetinin Karşılaştırılması

Bu çalışmada elde edilen bulgular, depresyon şiddeti arttıkça uzamış yas belirti şiddetinin de düzenli ve anlamlı biçimde arttığını göstermektedir. Depresyonun olup olmaması, eğer varsa da düzeyine göre incelediğimizde, depresyonu olmayan grupta PG-13 puanıyla ölçülen uzamış yas belirti şiddeti puanları görece düşükken (ortalama PG-13 puanı = 25.42), hafif depresyonu olan grupta PG-13 puanlarında belirgin bir artış görülmüş (ortalama PG-13 puanı = 32.73), şiddetli depresyonu olan grupta ise PG-13 puanlarında dramatik bir yükselme (ortalama PG-13 puanı = 42.79) saptanmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda depresyon düzeylerinin uzamış yas belirtilerini anlamlı biçimde farklılaştırması ve post hoc testlerde üç depresyon grubunun da birbirinden anlamlı olarak ayrılması, bu ilişkinin yalnızca rastlantısal olmadığını, klinik açıdan da güçlü bir desen oluşturduğunu düşündürmektedir.

Bu sonuçlar, uzamış yasin depresyonla yüksek oranda birlikte görüldüğünü bildiren önceki çalışmalarla uyumludur. Literatürde depresyon ve yasin birlikteliğini değerlendirmek için genellikle korelasyon ve regresyon analizleri kullanılsa da, depresif belirti düzeyleri arttıkça UYB riski ve şiddetinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamıza benzer şekilde Ramstad ve arkadaşlarının (2023), Danimarka’da yürüttükleri ve terminal dönem hastaların 1.505 kişiden oluşan aileden bakımverenini yaklaşık üç yıl boyunca izledikleri, ulusal prospektif bir kohort çalışmasında depresyon düzeyleri BDÖ’ye göre “yok-hafif” ve “orta-şiddetli” şeklinde iki kategoriye ayrılmış ve orta-şiddetli depresyon kategorisindeki kişilerin PG-13 ile değerlendirilen uzamış yas tanısı ve şiddetinin diğer kategoridekilerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Uzamış yas bozukluğu, DSM-5 ve ICD-11’de depresyondan ayrı bir tanı olarak ele alınsa da, duygusal çökkünlük, ilgi kaybı, çaresizlik ve umutsuzluk gibi bazı ortak belirtiler nedeniyle bu iki tablonun sıklıkla iç içe geçtiği görülmektedir. Bu çalışmada depresyon düzeyi yükseldikçe PG-13 puanlarının kademeli biçimde artması, depresif belirtilerin karşılanmamış yas süreçlerini besleyen önemli bir duygu düzenleme zorluğu olabileceğine işaret etmektedir. Özellikle şiddetli depresyon grubunda uzamış yas belirtilerinin en yüksek düzeyde gözlenmesi, bu iki klinik tablonun yaşlı bireylerde birbirini güçlendiren bir döngü oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Bununla birlikte, depresyon ve uzamış yas arasındaki bu güçlü ilişki, iki tablonun tamamen aynı süreçler olmadığı gerçeğini ortadan kaldırmamaktadır. Uzamış yas, kaybedilen kişiye yönelik yoğun özlem, ayrılık acısı, kaybı kabullenememe ve kayıpla ilişkili bilişsel-duygusal takılmalar gibi daha bağlanma odaklı belirtilerle karakterizedir. Depresyon ise daha yaygın bir ilgi kaybı, genel enerji azalması ve değersizlik düşüncelerini kapsar. Bu çalışmanın bulguları, bu iki tablonun yaşlı popülasyonda birbirinden ayrıştırılması gerektiğini ancak klinik değerlendirmede mutlaka birlikte ele alınmasının zorunlu olduğunu göstermektedir. Yani depresyon, uzamış yasin “gölgesinde kalan” ikincil bir tablo değil, uzamış yas belirtilerini yoğunlaştıran ve işlevsellik kaybını artıran önemli bir eş tanıdır.

Yaşlı örneklem bağlamında bakıldığında, depresyonun uzamış yas üzerindeki bu güçlü etkisi ayrı bir önem taşımaktadır. Bu yaş grubunda literatürde pek çok çalışmada iki tanı arasında güçlü ve birbirleri ile ilişkili sonuçlar elde edilmektedir (Newson ve ark., 2011; Bruinsma ve ark., 2015; Schladitz ve ark., 2021; Escobar-Agreda ve ark., 2023). Geç yaş depresyonu sıklıkla kayıp, kronik hastalıklar, yalnızlık ve işlevsellik kaybı gibi yaşlanmaya özgü birçok stresörle ilişkili olduğundan, yas sürecinin uzaması için zemin hazırlayabilmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma depresyon şiddetinin yaşlı bireylerde uzamış yas belirti düzeyleriyle güçlü ve doğrusal bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, klinik uygulamada uzamış yas bozukluğu değerlendirilirken depresyonun mutlaka eş zamanlı olarak ele alınmasını, tedavi planlanırken de yalnızca yas odaklı müdahalelerin değil, depresif belirtileri hedefleyen psikoterapötik ve/veya farmakolojik yaklaşımların da entegrasyonunu gerekli kılmaktadır. Böylelikle hem duygu durum düzenlemesi güçlendirilerek yas süreci daha sağlıklı bir şekilde işlenebilir, hem de yaşlı bireyin günlük yaşam işlevselliği ve yaşam kalitesi desteklenebilir.

6.7. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki

Burada elde edilen bulgular, önceki bölümle tutarlı bir şekilde uzamış yas bozukluğu tanısı ile depresyon düzeyleri arasında güçlü ve sistematik bir ilişki olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yaklaşık üçte birine (%32.9) UYB tanısı konulmuş olması, özellikle psikiyatri ve geriatri polikliniğine başvuran yaşlı bir örnekleme uzamış yasin klinik açıdan önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Depresyon düzeylerine göre dağılım incelendiğinde, depresyonu olmayan grubun çok büyük çoğunluğunun (%94.7) UYB tanısı almamış olması ve bu grupta UYB oranının yalnızca %5.3 ile sınırlı kalması, depresyonu olmayan yas sürecindeki yaşlı bireylerde uzamış yas bozukluğunun görece düşük düzeyde seyrettiğine işaret etmektedir. Hafif depresyon grubunda UYB oranı bir miktar artsa da (%9.1), asıl belirgin farklılaşma şiddetli depresyon yaşayan bireylerde görülmektedir. Bu grupta yer alan katılımcıların yaklaşık dörtte üçüne yakınına (%72.7) UYB tanısı konmuş olması, yüksek depresyon şiddetinin uzamış yas bozukluğu ile çok güçlü biçimde örtüştüğünü göstermektedir.

Uzamış yasin tanısız düzeye ulaştığı bireylerin %88.9'unun şiddetli depresyon grubunda yer alması, UYB'nin bu örnekleme çoğunlukla ağır depresif belirtilerle birlikte seyrettiğini göstermektedir. Buna karşılık, UYB tanısı almayan grupta depresyonun daha düşük düzeyde yoğunlaştığı, bu grubun üçte ikisinden fazlasının (%65.5) depresyon belirtisi göstermediği, yalnızca daha küçük bir kısmının (%16.4) şiddetli depresyon yaşadığı görülmektedir. Bu desen, depresyon düzeyi arttıkça uzamış yas bozukluğu tanısı alma olasılığının belirgin biçimde yükseldiğini ve depresyonun eşlik etmediği durumlarda ise UYB'nin daha sınırlı bir yaygınlığa sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer biçimde, Hollanda'da toplum temelli geniş bir yaşlı örnekleme yürütülen Rotterdam Çalışması'nda, uzamış yas tanısı alan bireylerde depresyon ve anksiyete oranlarının anlamlı şekilde daha

yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma, yaşlılarda uzamış yasın sıklıkla artmış depresif belirti yüküyle birlikte seyrettiğini göstermektedir (Newson ve ark., 2011).

Öte yandan, şiddetli depresyon grubunda UYB tanısı almayan bireylerin de (%27.3) bulunması, bu iki tablonun tamamen üst üste binen yapılar olmadığını, her iki bozukluğun ortak ama kısmen de özgül süreçlere sahip olduğunu düşündürmektedir. Nitekim Rotterdam verileri kullanılarak yapılan başka bir çalışmada, eşi ölen yaşlılarda uzamış yas için en güçlü risk etmenlerinden birinin kayıp öncesi depresyon olduğu, ancak tüm depresif bireylerin uzamış yas geliştirmede gösterilmiştir (Bruinsma ve ark., 2015). Bu bulgu, depresyonun UYB için önemli ama tek başına belirleyici olmayan bir risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Almanya'da çok ileri yaşlı bir örnekleme yürütülen bir çalışmada, yas şiddeti ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuş ve yalnızlığın bu ilişkiyi kısmen açıkladığı gösterilmiştir. Bu çalışmada araştırmacılar, yaşlılarda yas şiddetinin depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamışlardır (Schladitz ve ark., 2021). Peru'da yapılan bir başka çalışmada ise, uzamış yas yaşayan yaşlı bireylerde depresyon ve intihar düşüncesi oranlarının, uzamış yas olmayanlara göre belirgin biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Escobar-Agreda ve ark., 2023).

Bu bulgular, yaşlı bireylerde UYB ve depresyonun klinik değerlendirmede birbirinden ayrıştırılmakla birlikte mutlaka birlikte ele alınması gerektiğini tekrar göstermektedir. Ağır depresyon varlığının, yasın entegrasyonunu zorlaştırarak kayıp sonrası belirtilerin kronikleşmesine ve yoğunlaşmasına zemin hazırlayabileceği ve diğer yandan uzamış yas tepkilerinin de umutsuzluk, suçluluk ve değersizlik gibi depresif duygulanımı besleyebileceği düşünülebilir. Bu nedenle, UYB tanısı alan yaşlı bireylerde depresyonun mutlaka sistematik biçimde taranması, aynı şekilde şiddetli depresyonla başvuran yaşlılarda ayrıntılı bir yas öyküsü alınarak uzamış yas belirtilerinin sorgulanması klinik açıdan önem taşımaktadır. Çalışmanın kesitsel deseni nedensel yönelimi göstermeye izin vermese de, depresyon şiddeti ile UYB tanısı arasındaki bu güçlü ilişki, müdahale programlarında yas odaklı psikososyal yaklaşımların depresyon tedavisiyle bütünleştirilmesinin gerekli olabileceğini ima etmektedir.

6.8. Kayıp Türü ile Uzamış Yas Belirti Şiddeti Arasındaki İlişki

Bu çalışmada, kaybı en çok etkileyen yakının kim olduğuna göre uzamış yas belirti şiddetinde anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Tek yönlü varyans analizinde kayıp türüne göre en yüksek PG-13 ortalamasına sahip grup çocuk kaybı yaşayan bireyler (ortalama PG-13 puanı = 42.80) olarak bulunmuştur. Bu ortalamayı sırasıyla kardeş kaybı (ortalama PG-13 puanı

= 35.62), eş kaybı (ortalama PG-13 puanı = 30.47) ve ebeveyn kaybı (ortalama PG-13 puanı = 29.78) yaşayanlar izlemiştir. Bu bulgu, yakınlık derecesi yüksek ilişkilerin (özellikle çocuk ve eş kaybının) uzamış yas belirtileri açısından daha büyük risk taşıdığını gösteren güncel sistematik derleme ve meta-analizlerle uyumludur. Güncel literatür çalışmalarında, kaybedilenle ilişkinin yakınlık seviyesi değerlendirildiğinde çocuk ve eş kaybının belirgin bir risk faktörü olduğu ve bu kayıpların diğer aile üyelerinin kaybına göre daha yüksek UYB belirti düzeyleriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Kristensen ve ark., 2020; Buur ve ark., 2024).

Özellikle çocuk kaybına ilişkin bulgumuz, yas literatüründe vurgulanan “ebeveyn yasının özgün zorlukları” ile de örtüşmektedir. Yaffe ve Levkovich tarafından 2025 yılında yayınlanan derlemede, çocuk kaybının bir ebeveynin yaşayabileceği en ağır duygusal zorluklardan biri olduğu ve ebeveynlerin diğer kayıp türlerine kıyasla daha fazla UYB geliştirme riski olan grup olduğu belirtilmiştir. Bu durum, çocuğun ölümünün yaşam döngüsüne “ters” bir kayıp olması, ebeveynlik rolünün ve kimliğinin sarsılması, yoğun suçluluk ve kendini suçlama temalarının eşlik etmesi gibi faktörlerle açıklanabilmektedir. Ani, beklenmedik ya da şiddet içeren çocuk ölümlerinin, uzamış yas riskini daha da yükselttiğini gösteren çalışmalar da, çocuk kaybının özgül kırılganlığını desteklemektedir (Champion ve Kilcullen, 2023). Güncel literatürde, bu grupta teşhisin dikkatli yapılması gerektiği ve tedavi sürecinde ebeveynlerin yaşadığı benzersiz travmanın (kimlik kaybı, anlam yitimi vb.) merkeze alındığı özel terapötik yaklaşımların uygulanması gerektiği de vurgulanmıştır (Yaffe ve Levkovich, 2025).

Kristensen ve arkadaşlarının (2020), 2011 yılında Norveç’te meydana gelen terör saldırıları sonrası çocuklarını veya kardeşlerini kaybeden aileleri inceleyen boylamsal çalışmasında çocuklarını kaybeden ebeveynlerin, kardeşlerini kaybeden bireylere göre çok daha şiddetli ve uzun süreli yas belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Kardeş kaybı yaşayanlar travmatik kayba rağmen hayatlarına devam etme ve işlevselliklerini koruma konusunda ebeveynlerden daha "dayanıklı" (resilient) bulunmuştur. Bu tür travmatik kayıplarda, özellikle ebeveynler için “bekle-gör” yaklaşımı yerine erken ve sürekli profesyonel müdahale gerektiği vurgulanmıştır (Kristensen ve ark., 2020).

Ebeveyn ve eş kaybı gruplarının çalışmamızda birbirine oldukça yakın ve görece düşük PG-13 ortalamalarına sahip olması, bu kayıpların çoğu zaman yaşamın ileri dönemlerinde ve görece “beklenebilir” kayıplar olarak deneyimlenmesiyle ilişkilendirilebilir. Kardeş kaybı yaşayan bireylerin ortalama yas şiddeti bakımından çocuk kaybı ile diğer gruplar arasında “ara”

bir konumda yer alması, hem aynı kuşağa ait bir figürün kaybı hem de aile içi rollerin yeniden düzenlenmesi gerekliliğini yansıtan ikili bir etkiye işaret ediyor olabilir.

Bu bulgular, klinik uygulama açısından özellikle çocuk kaybı yaşayan ebeveynlerin ve kardeş kaybı yaşayan bireylerin uzamış yas açısından yüksek risk grupları olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, kaybedilen kişiyle sürdürülen bağların niteliği ve kaybın anlamlandırılma biçiminin de bu ilişkiye aracılık ettiğini vurgulamaktadır. Örneğin, Keser ve Işıklı'nın (2022) süregiden bağların uzamış yasa olan etkisini incelediği kesitsel çalışmada, süregiden bağların yoğunluğu ile uzamış yas belirtileri arasındaki ilişkinin; cinsiyet, ölüm nedeni, kayıp üzerinden geçen süre gibi değişkenler kontrol edildiğinde dahi anlamlı kaldığı, ayrıca anlamı yeniden yapılandırma süreçlerinin de bu ilişkiyi kısmen düzenlediği belirtilmiştir. Süregiden bağlar ve anlamı yeniden yapılandırma süreçlerinin kaybedilen kişiye yakınlık düzeyi ile ilişkili olması olasıdır.

Bununla birlikte, çalışmamızda örneklem büyüklüklerinin kayıp türleri arasında eşit olmaması ve varyansların homojenliği varsayımının tam karşılanmaması, elde edilen farkların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Çocuk ve kardeş kaybı gruplarındaki görece küçük örneklem büyüklüğü, istatistiksel gücü azaltmış ve bazı ikili karşılaştırmaların anlamlılık düzeyini etkilemiş olabilir. Dolayısıyla mevcut bulgular, özellikle çocuk kaybının uzamış yas açısından yüksek riskli bir bağlam olduğunu güçlü biçimde işaret etse de, bu sonuçların daha büyük ve farklı kültürel bağlamlardan örneklerle yinelenmesi gerekmektedir. Buna rağmen, çalışmamızın kayıp türüne göre PG-13 düzeylerini ayrıntılı biçimde karşılaştırması ve bulguların hem güncel risk faktörü derlemeleri hem de ebeveyn yasına odaklanan çalışmalarla paralellik göstermesi, klinik değerlendirme ve müdahalelerde kayıp türünün göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

6.9. Yaşlı Bireylerde Uzamış Yasın Yordayıcıları ve Psikososyal Belirleyiciler

6.9.1. Hiyerarşik Model Yapısı ve Genel Desen

Bu çalışma, yaşlılık dönemindeki bireylerin yaşadığı kayıp deneyimlerinin ardından gelişen uzamış yas belirtilerini yordayan faktörleri; sosyodemografik özellikler, kayba dair özellikler, başa çıkma becerileri, sosyal destek algısı, süregiden bağlar, anlamın yapılandırılma süreçleri ve psikopatolojik değişkenler ekseninde derinlemesine incelemeyi hedeflemiştir. Çalışmanın temelini oluşturan altı adımlı hiyerarşik regresyon analizi, yaşlı popülasyonda yas sürecinin tek boyutlu bir duygusal tepki olmadığını; aksine biyolojik, psikolojik, sosyal ve varoluşsal katmanları olan karmaşık, çok boyutlu bir fenomen olduğunu ampirik verilerle

ortaya koymaktadır. Bu durum, uzamış yas bozukluğunun biyopsikososyal bir çerçevede anlaşılması gerektiğini vurgulayan güncel derleme ve meta-analizlerle uyumludur (Szuhany ve ark., 2021; Buur ve ark., 2024).

Çalışmanın en çarpıcı ve literatür açısından en dikkat çekici bulgusu, kurulan çoklu hiyerarşik regresyon modelinin nihai aşamadaki açıklayıcılık gücüdür. Altıncı ve son modelde elde edilen regresyon katsayısı ($R = 0.958$) ve açıklanan varyans oranı ($R^2 = 0.919$), bu alandaki çalışmalarda sık görülmeyen bir istatistiksel öngörü gücüne işaret etmektedir. Bu oran, modele dahil edilen değişkenlerin (kayıp deneyimi ve kaybedilen kişiye dair özellikler, başa çıkma stilleri, süregiden bağlar, anlamlandırma süreçleri, depresyon ve işlevsellik), yaşlı bireylerdeki uzamış yas belirtilerinin yüksek bir oranını (%91.9) açıkladığını göstermektedir. Bu durum, uzamış yasin rastlantısal bir süreç olmadığını, belirli risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi sonucunda deterministik bir zeminde şekillendiğini kanıtlar niteliktedir.

Bununla birlikte, nihai modelde gözlenen yüksek açıklayıcılık düzeyini değerlendirirken bazı metodolojik hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Model çok sayıda yordayıcı, özellikle de alt ölçek düzeyinde değişken içerdiğinde ve örneklem büyüklüğü sınırlı olduğunda modele ilişkin katsayıların örnekleme özgü hale gelmesi ve açıklayıcılığın olduğundan yüksek görünmesi olasılığı artabilmektedir. Bu çalışmada regresyon varsayımları, çoklu doğrusal bağlantı ve etkili gözlemler kontrol edilerek bu risk azaltılmaya çalışılmış olsa da, bulguların genellenebilirliğinin güçlenmesi için modelin farklı örneklemlerde tekrar sınanması ve tercihen bağımsız bir doğrulama örnekleminde ya da çapraz doğrulama yaklaşımlarıyla test edilmesi önem taşımaktadır. Bu çerçevede, elde edilen yüksek açıklayıcılık, uzamış yasin çok boyutlu belirleyicilerle güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermekle birlikte model performansının farklı örneklemlerde de benzer düzeyde sürüp sürmediği ileride yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.

Ayrıca çalışmamızda kurulan hiyerarşik regresyon modellerinin açıkladığı varyansın görece yüksek olması, örneklemin psikiyatri ve geriatri polikliniklerine başvuran yaşlı bireylerden oluşması ve yasin sadece duygusal değil, "işlevsel" ve "bilişsel" boyutlarını da içeren, PG-13 ile teorik olarak yakından ilişkili psikometrik ölçümleri kapsayan bir yordayıcı setinin kullanılmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim Doering ve arkadaşları (2022), Almanya nüfusunu temsil eden bir araştırmadan aldıkları bir örnekleme uzamış yasin yordayıcılarını araştırdıkları çalışmalarında oluşturdukları modelin uzamış yas belirti şiddetinin %22.5'ini açıkladığını bulmuşlardır. Ancak bu çalışmada modele yalnızca demografik değişkenler ve kayıpla ilgili özellikler dahil edilmiştir. Benzer şekilde, Keser ve Karci (2022), ölçek temelli

çalışmalarında oluşturdukları hiyerarşik regresyon modelinin uzamış yas belirtilerindeki varyansın %49'unu açıkladığını belirtmişlerdir. Bu bağlamda, elde edilen yüksek varyans bulgusu klinik örneklem ve ölçümlerin kavramsal yakınlığı çerçevesinde değerlendirilmelidir.

6.9.2. Kayıp Bağlamı ve Kayba Dair Özellikler

Bu çalışmada değişkenler için uygulanan korelasyon analizi, t-testi ve tek yönlü ANOVA, regresyon varsayımları, çoklu doğrusal bağlantı ve etkili gözlemler kontrol edilerek uygulanan çoklu hiyerarşik regresyon modeli, uzamış yas belirtilerinin açıklanmasında sosyodemografik değişkenlerden ziyade kayıp bağlamı ve kaybın özelliklerinin daha belirgin bir yer tuttuğunu göstermiştir. Bu kısımda; kayıp türü, kaybedilen kişinin ölüm yaşı, ölümün üzerinden geçen süre ile uzamış yasin önemli belirleyicileri olarak öne çıkmıştır.

Daha önce bulgular ve ilgili tartışma bölümünde bahsedildiği gibi, kayıp türüne göre PG-13 puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü varyans analizinde, çocuk kaybı yaşayan bireylerin en yüksek uzamış yas belirti şiddetine sahip olduğunu görülmüştür. Hiyerarşik regresyon analizinde ise çocuk, kardeş ve eş kaybına ilişkin kukla değişkenlerin korelasyon katsayılarının negatif yönde bulunması, ilk bakışta çelişkili görünse de, bu farklılık iki analizin farklı soruları yanıtlamasından kaynaklanmaktadır. Tek yönlü varyans analizi, yalnızca ham grup farklarını gösterirken; hiyerarşik regresyon analizi, kayıp türünün etkisini depresyon, sosyal destek, başa çıkma, süregiden bağlar, anlamı yeniden yapılandırma ve işlevsellik gibi değişkenler kontrol edildikten sonra değerlendirmektedir. Bu nedenle hiyerarşik regresyon sonuçları, çocuk ve benzeri yakın kayıplarında gözlenen yüksek PG-13 puanlarının önemli ölçüde eşlik eden psikososyal ve klinik süreçler üzerinden açıklanabildiğini ve kayıp türünün bağımsız etkisinin bu süreçler eşitlendiğinde yön değiştirebildiğini düşündürmektedir. Tek yönlü varyans analizi sonuçları, çocuk ve eş kaybının, özellikle de yaşlı bireylerde, uzamış yas açısından yüksek risk taşıdığını gösteren çalışmalarla örtüşmektedir (Newson ve ark., 2011; Doering ve ark., 2022).

Kaybedilenin daha genç yaşta ve kaybın üzerinden geçen sürenin daha kısa olmasının, PG-13 puanı ile pozitif yönde ilişkisi olduğu yani uzamış yas belirti şiddetini arttırıcı etkide oldukları tespit edilmiştir (Sırasıyla $B=-0,115$, $\beta=-0,209$, $p=0,037$; $B=-0,203$; $\beta=-0,189$, $p=0,005$). Bu bulgu, “zamansız” kayıpların yaşlı bireylerde kaybı anlamlandırma ve uyum süreçlerini zorlaştırarak daha yoğun yas tepkilerine zemin hazırlayabileceğini ve zaman ilerledikçe sosyal destek, anlamlandırma ve günlük işlevselliğin yeniden kurulmasıyla belirtilerin görece hafifleyebileceğini düşündürmektedir. Benzer sonuçlar hem genel hem yaşlı popülasyonu hedefleyen çalışmalarda da kaybın erken dönemlerinin ve genç yaşta kayıp

yaşamının UYB riskini artıran önemli bileşenler arasında yer aldığını belirterek doğrulanmaktadır (Trembl ve ark., 2022; Peinado ve ark., 2024).

6.9.3. Başa Çıkma Becerileri

Bu çalışmada uygulanan çoklu hiyerarşik regresyon analizinde, stresle başa çıkma stratejilerinden birisi olan bilişsel yeniden yapılanma/kabul alt boyutunun uzamış yas şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur ($B=0,396$; $\beta=0,134$; $p=0,048$). Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin PG-13 puanıyla korelasyonuna ilişkin bulgularda da benzeri şekilde bu iki değişken arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Korelasyon analizi sonuçlarının tartışıldığı ilgili bölümde konu ile ilgili benzeri görüşler bildirildiği için bu kısımda tekrarlama yapılmasına gerek görülmemiştir. Bununla birlikte, oluşturulan uzamış yas yordayıcıları modelinde de benzer sonucun elde edilmiş olduğuna tekrar dikkat çekmekte fayda olabilir.

6.9.4. Sosyal Destek

Çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin aile ve arkadaş alt boyutları hiyerarşik regresyon modeline dahil edildiğinde, algılanan aile desteğinin PG-13 puanını negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür. Buna karşın arkadaş desteğinin çok değişkenli modelde anlamlı bir yordayıcı olarak ortaya çıkmadığı görülmüştür.

Bu bulgu, yas tutan kişilerde sosyal desteğin uzamış yas belirtileri açısından koruyucu bir çerçevede ele alındığı güncel literatürle uyumludur. Trembl ve arkadaşları (2022), 2.865 yaşlı bireyden oluşan çalışmada PG-13 puanlarını yordayan değişkenler arasında daha düşük sosyal desteği belirgin bir risk faktörü olarak belirlemiştir. Reiland ve arkadaşları (2021) ise, yas yaşayan 50 yaş üzeri bireylerle yürüttüğü çalışmada yalnızlığın yas belirtileriyle ilişkili olduğunu ve depresyon riskini de artırarak yas seyrini etkileyebileceğini belirlemiştir. Ayrıca bazı çalışmalarda sosyal desteğin özellikle ani kayıp bağlamlarında yas tepkileriyle yakından ilişkili olabildiği ve aile desteğinin yas belirtilerini azaltmada en güçlü ilişkiye sahip destek kaynağı olarak öne çıktığı da tespit edilmiştir (Carlsson ve ark., 2022).

Modelimizde aile desteğinin anlamlı bir yordayıcı olarak görülmesi, yaşlı bireylerde sosyal ağların yapısına ilişkin açıklamalarla da tutarlıdır. Yaşlılık döneminde sosyal çevrenin daralması, sağlık ve işlevsellik ihtiyaçlarının artması, günlük yaşamın daha fazla aile temelli organize olması nedeniyle, algılanan desteğin özellikle "aile" bileşeninde belirginleşebildiği düşünülmektedir. Bu desteğin kayıp sonrası hayata uyum sürecinde duygusal düzenleme ve işlevselliği sürdürme açısından önemli bir kaynak haline gelebildiği vurgulanmaktadır (Szuhany ve ark., 2021). Bununla birlikte yaşlı örneklerde daha düşük sosyal destek

düzelelerinin uzamış yas belirtileriyle ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar, sosyal desteğin niteliği ve çeşitliliğinin de yas sürecine uyum açısından önemli olduğunu bildirmektedir (Trembl ve ark., 2022; Thomas ve ark., 2021).

Arkadaş desteğinin çok değişkenli analizde anlamlı bir yordayıcı olarak görülmemesi, arkadaş desteğinin etkisinin örneklem ve bağlam özelliklerine göre değişebileceğini gösterebilmektedir. Ayrıca bu durum; depresyon, işlevsellik ve diğer psikososyal değişkenlerle paylaşılan varyans nedeniyle model içinde gölgelenmiş olabileceğini de düşündürmektedir.

6.9.5. Süregiden Bağlar ve Anlamı Yeniden Yapılandırma

Çalışmada, Süregiden Bağlar Ölçeği toplam puanının, diğer değişkenler kontrol edildiğinde de PG-13 puanını anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, kayıp sonrası kaybedilen yakınlı ile devam eden içsel ilişkinin bazı biçimlerinin, özellikle yoğun özlem ve kayıp odaklı zihinsel uğraşmayı sürdürme ile bağlantılı olduğuna işaret eden güncel literatürle uyumludur (Eisma ve Nguyen, 2023). Ayrıca süregiden bağların uyum sürecinde tek yönlü biçimde “iyi” ya da “kötü” olarak değil; bağın işlevi ve biçimine göre farklı sonuçlarla ilişkilenebileceği de vurgulanmaktadır. Bu bakımdan Field ve Filanosky (2010), süregiden bağların türüne göre yas uyumunun farklılaştığını; bazı bağlanma örüntülerinin uzamış yas belirtileriyle daha yakın ilişkili olabileceğini göstermiştir. Daha yakın tarihli çalışmalarda da bağın somut/dışsallaştırılmış (örn. “yakınlık arama”, yoğun fiziksel/algısal deneyimler) ve sembolik/içselleştirilmiş (örn. ölen kişinin değerlerini benimseme, onu bir rehber olarak hayal etme) biçimlerinin farklı klinik anlamlara sahip olabileceği; özellikle somut boyutun uzamış yas belirtileri ve şiddetiyle daha sık ilişkili olabileceği bildirilmektedir (Sekowski 2021; Hewson ve ark., 2023; Hopf ve ark., 2024). Bu çerçevede, çalışmamızda süregiden bağların toplam puan düzeyinde PG-13 ile ilişkili bulunması, yaşlılarda kayıp sonrası bağın sürdürülmesinin belirli örüntülerde uzamış yas belirtilerinin sürmesine neden olabileceğini düşündürmektedir.

Buna karşın, regresyon modelinde Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri toplam puanının PG-13 puanını anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. Literatürde anlam yeniden yapılandırma süreçleri, özellikle Neimeyer’in yaklaşımı çerçevesinde, kayıp sonrası uyumun önemli bir bileşeni olarak ele alınmakta ve bu amaçla geliştirilen ölçüm araçlarının yas bağlamında anlam üretimi, kimlik yeniden yapılanması ve “sense-making/benefit finding” anlamlandırma, olumlu anlam çıkarma) temalarını değerlendirdiği belirtilmektedir (Neimeyer, 2019). Bununla birlikte, anlamlandırmanın uzamış yas belirtilerini yordamadaki gücü, çoğu

zaman modelde yer alan diğer psikososyal ve klinik değişkenlerle (depresif belirtiler, işlevsellik, sosyal destek, baş etme) paylaşılan varyans nedeniyle çok değişkenli analizlerde zayıflayabilmektedir. Çalışmamızda kaybı anlamlandırmanın PG-13 puanı ile tek yönlü anlamlı bir ilişkide olduğu korelasyon analizleri ile gösterilmiş olsa da, regresyon modelinde daha “yakın” klinik göstergeler ve davranışsal süreçler de modele eklendiğinde anlamlandırma puanının özgül katkısının sınırlı kaldığı görülmüştür.

Ayrıca modelde anlamı yeniden yapılandırma toplam puanının etkisinin anlamsız çıkmasında ikinci durum, “anlamlandırma”nın tek bir doğrusal boyut gibi işlemeyip, aynı ölçek içinde uyumu destekleyen (örn. büyüme/kimlik bütünleşmesi) ve bazı koşullarda sıkıntıyla birlikte görülebilen (örn. yoğun teselli arayışı, kayıp odaklı meşguliyetin sürmesi) yönleri birlikte barındırabilmesidir (Gillies ve Neimeyer, 2006; Hibberd, 2013). Bu durum düşünüldüğünde, alt boyutlar düzeyinde zıt yönlü ilişkiler, toplam puan altında birbirini söndürebilir ve toplam puanın çok değişkenli modelde anlamlılığının kaybolmasına yol açabilir. Anlam yeniden yapılandırma literatürü de anlam üretiminin niteliğinin belirleyici olduğunu ve sadece daha çok anlamlandırmanın her zaman daha düşük belirti düzeyi anlamına gelmeyebileceğini tartışmaktadır (Neimeyer, 2019; Duran ve ark., 2024). Bu bulgu, klinik açıdan anlamlandırma süreçlerinin değerlendirilmesinde ölçeklerin yalnızca toplam puanına değil, anlamlandırmanın içeriğine ve işlevine odaklanmanın önemini de düşündürmektedir.

6.9.6. Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevselliği

Son modelde depresyon düzeyi (Beck Depresyon Ölçeği) ve günlük yaşam işlevselliği (Lawton–Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği) uzamış yas belirti şiddetinin güçlü ve bağımsız yordayıcıları olarak belirlenmiştir (sırasıyla $B=0,203$, $\beta=0,181$, $p=0,008$; $B=-1,114$, $\beta=-0,149$, $p=0,002$). Depresyon puanlarındaki artışın PG-13 puanlarındaki artışla paralel olması, uzamış yas ve depresyonun yüksek düzeyde ilişkili ancak birbirinden farklı tanımlar olduğunu tekrar vurgulamaktadır. Işıklı ve arkadaşlarının (2022), PG-13’ün geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yürüttüğü Türkiye örneğinde de uzamış yas belirtileriyle depresyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Literatürde bu konuyla ilgili yürütülen ve yaşlı bireyleri hedef alan çalışmalarda da yas sürecinde depresif belirtilerin yüksek olmasının hem tek başına hem de yalnızlık hissini artırarak uzamış yas belirtilerinin şiddetlenmesinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir (Schladitz ve ark., 2021; Reiland ve ark., 2021). Ayrıca yaşlı yaşlılarda uzamış yas belirtilerinin daha yüksek depresyon ve intihar düşüncesiyle birlikte seyredebileceği, bu nedenle tedavide bu

iki tablonun birlikte ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Schladitz ve ark., 2021; Reiland ve ark., 2021; Marsa ve ark., 2024).

Son adımda modele eklenen bir diğer değişken olan günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığın uzamış yas belirti şiddetini azaltıcı yönde ilişkili bulunması, UYB'nin tanı çerçevesinde işlevsellikte bozulmanın çekirdek bir bileşen olarak ele alınmasıyla uyumludur. Literatürdeki çalışmalarda işlevsellik düzeyleri genellikle uzamış yas için bir risk ya da koruyucu faktörden ziyade bir sonuç olarak bulunmuş ve buna yönelik çalışmalar yapılmıştır. Ancak özellikle yaşlılık döneminde fiziksel ve bilişsel kaynakların azalması, kayıp sonrası uyum sürecinde kişinin günlük yaşamı sürdürme kapasitesini daha kırılgan hale getirebilmektedir. Günlük yaşam işlevselliğinde azalma ile birlikte de yasin sağlıklı bir şekilde yaşanması zorlaşmaktadır. Bu bağlamda, Lenger ve arkadaşlarının (2020), Danimarka'da palyatif bakım alan veya ölümcül hastalığı olan hastaların bakımverenlerini dahil ettiği prospektif çalışmasında, kayıp öncesi dönemde kötü fiziksel ve ruhsal sağlık durumunun UYB riskini artırabildiğini göstermesi, dolaylı açıdan da olsa günlük işlevsellik düzeyinin uzamış yas açısından anlamlı bir risk alanı olabileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızın bu bulgusu sonucunda, yaşlı bireylerde uzamış yasin klinik değerlendirmesi sırasında yalnızca duygulanım ve bilişsel içeriklerin değil, alışveriş, yemek hazırlama, ev içi düzen, ilaç/para yönetimi gibi günlük yaşama dair pratik becerilerin de kritik bir değerlendirme alanı olduğu görülmektedir. Bu nedenle yas sürecindeki yaşlı bireyleri desteklemek ve uzamış yastan koruyabilmek adına psikososyal müdahalelerin yanı sıra işlevselliği güçlendirmeye yönelik destekleyici yaklaşımlara da ihtiyaç olduğu düşünülebilir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma, psikiyatri ve geriatri polikliniklerine başvuran 60 yaş ve üzeri bireylerde uzamış yas belirtilerinin şiddetini ve Uzamış Yas Bozukluğu tanısı ile ilişkili değişkenleri biyopsikososyal bir çerçevede incelemeyi amaçlamıştır. Genellikle yaşlılarda yakın kaybının sık görülüyor olması nedeniyle bu popülasyonda yas sürecinin doğal bir durum olduğu düşünülmektedir. Bu durum yaşlılarda hem profesyonel destek alma davranışını kısıtlamakta hem de destek süreçlerinde özellikle üzerinde durulmadığında uzamış yasin gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi birlikte seyri ve nedenselliği nedeniyle bu kişilere sıklıkla yalnızca depresyon tanısı konulup, bu tanıya dair tedaviler düzenlenmektedir. Ayrıca çalışmamızda klinik ve kısıtlı bir örneklem kullanılmış olsa da yaşlılarda Uzamış Yas Bozukluğu tanısının %32.9 olması, bu grupta yasin her zaman olağan bir süreç olarak değerlendirilmemesi gerektiğini desteklemektedir.

Bulgular genel olarak, yaşlılık döneminde uzamış yasin tek bir faktörle açıklanamayacak denli karmaşık bir yapı sergilediğini ve kayıp özellikleri, başa çıkma becerileri ve sosyal destek örüntüleri ile kayıp sonrası bilişsel-anlamsal süreçlerin, depresif belirtiler ve günlük işlevsellik düzeyiyle birlikte ele alındığında klinik tabloyu daha iyi açıkladığını göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda klinik değerlendirmelerde uzamış yasin yalnızca duygusal belirtiler üzerinden değil; baş etme biçimleri, sosyal desteğin niteliği ve özellikle günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık kaybı ile birlikte dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir. Tedavide de psiko eğitim, yas odaklı psikoterapiler ve işlevselliği destekleyici bütüncül müdahalelerin eşgüdümlü planlanması, yası yorsdayan pek çok farklı etkenle mücadeleyi kolaylaştırıcı etki gösterecektir.

Gelecek çalışmalarda daha geniş ve toplum temelli örneklemle boylamsal tasarımların kullanılması, kayıp türüne özgü risklerin ve kültürel/dinsel baş etme dinamiklerinin ayrıntılı biçimde incelenmesi, yaşlılarda uzamış yas belirtilerinin erken tanınması ve hedefe yönelik müdahale programlarının güçlendirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

8. KAYNAKLAR

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. ve Wall, S. (1978). Patterns of attachment: Observations in the Strange Situation and at home. Hillsdale, N: Erlbaum

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.). Arlington, VA: Author.

American Psychiatric Association. (1984). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM III R (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Arizmendi, B. J., ve O'Connor, M. F. (2015). What is "normal" in grief?. Australian Critical Care, 28(2), 58-62.

Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 7: 151- 169

Biancalani G, Azzola C, Sassu R, Marogna C, Testoni I. Spirituality for Coping with the Trauma of a Loved One's Death During the COVID-19 Pandemic: An Italian Qualitative Study. Pastoral Psychol. 2022;71(2):173-185. doi: 10.1007/s11089-021-00989-8. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35194250; PMCID: PMC8853234.

Boelen PA, Lenferink LIM. Comparison of six proposed diagnostic criteria sets for disturbed grief. Psychiatry Res. 2020 Mar;285:112786. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112786. Epub 2020 Jan 13. PMID: 32000105.

Boelen PA, Lenferink LIM. Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020 Jun;55(6):765-777. doi: 10.1007/s00127-019-01776-w. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31535165; PMCID: PMC7275015.

Boelen PA, Stroebe MS, Schut HA, Zijerveld AM. Continuing bonds and grief: a prospective analysis. Death Stud. 2006 Oct;30(8):767-76. doi: 10.1080/07481180600852936. PMID: 16972374.

Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: Theoretical underpinnings and case descriptions. Journal of Loss and Trauma, 11(1), 1-30.

Boelen, P. A. ve Lensvelt-Mulders, G. J. (2005). Psychometric properties of the grief cognitions questionnaire (GCQ). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27(4), 291-303.

- Boelen, P. A., Kip, H. J., Voorsluijs, J. J. ve Bout, J. (2004). Irrational beliefs and basic assumptions in bereaved university students: A comparison study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 111-129.
- Boelen, P. A., Van Den Hout, M. A. ve Bout, J. (2006). A cognitive behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Boerner K, Stokes J, Jansen T. Widowhood and bereavement in late life. *Curr Opin Psychol*. 2024 Feb;55:101748. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101748. Epub 2023 Nov 14. PMID: 38071788.
- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, Carr D, Nesse RM. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol*. 2002 Nov;83(5):1150-64. doi: 10.1037//0022-3514.83.5.1150. PMID: 12416919.
- Bonanno, G. A. ve Kaltman, S. (2001). The Varieties of Grief Experience. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 705-734.
- Bonanno, G.A., Moskowitz, J.T., Papa, A. ve Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personalty and Social Psychology*, 88 (5), 827-843.
- Bottomley, J. S., Smigelsky, M. A., Floyd, R. G. ve Neimeyer, R. A. (2017). Closeness and conflict with the deceased: Exploring the factor structure of the quality of relationships inventory in a bereaved student sample. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222817718959.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, volume 1: Attachment*. New York: Basic Book.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bruinsma SM, Tiemeier HW, Verkroost-van Heemst J, van der Heide A, Rietjens JA. Risk factors for complicated grief in older adults. *J Palliat Med*. 2015 May;18(5):438-46. doi: 10.1089/jpm.2014.0366. Epub 2015 Feb 11. PMID: 25671395.
- Burke LA, Crunk AE, Neimeyer RA, Bai H. Inventory of Complicated Spiritual Grief 2.0 (ICSG 2.0): Validation of a revised measure of spiritual distress in bereavement. *Death Stud*. 2021;45(4):249-265. doi: 10.1080/07481187.2019.1627031. Epub 2019 Jun 19. PMID: 31215843.
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., Holland, J. M., Dennard, S., Oliver, L. ve Shear, M. K. (2014). Inventory of Complicated Spiritual Grief: Development and validation of a new measure. *Death studies*, 38(4), 239-250
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., McDevitt-Murphy, M. E., Ippolito, M. R., & Roberts, J. M. (2011). Faith in the Wake of Homicide: Religious Coping and Bereavement Distress in an African American Sample. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21(4), 289–307. <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.607416>

Buur C, Zachariae R, Komischke-Konnerup KB, Mareello MM, Schierff LH, O'Connor M. Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2024 Feb;107:102375. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102375. Epub 2023 Dec 29. PMID: 38181586.

Carlsson N, Alvariza A, Axelsson L, Bremer A, Årestedt K. Grief reactions in relation to professional and social support among family members of persons who died from sudden cardiac arrest: A longitudinal survey study. *Resusc Plus.* 2022 Oct 19;12:100318. doi: 10.1016/j.resplu.2022.100318. PMID: 36299826; PMCID: PMC9589205.

Carr, D. (2004). Gender, preloss marital dependence, and older adults' adjustment to widowhood. *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 220–235.

Carr, D., Nesse, R. M., & Wortman, C. B. (Eds.). (2005). *Spousal bereavement in late life*. Springer Publishing Company.

Carstensen LL. Socioemotional Selectivity Theory: The Role of Perceived Endings in Human Motivation. *Gerontologist.* 2021 Nov 15;61(8):1188-1196. doi: 10.1093/geront/gnab116. PMID: 34718558; PMCID: PMC8599276.

Cesur, G. (2012). Yetişkinlerde Travmatik Yasın ve Travma Sonrası Büyümenin Psikososyal Belirleyicileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Champion MJ MPsych (Clin), Kilcullen M MPsych (Clin), PhD. Complicated Grief Following the Traumatic Loss of a Child: A Systematic Review. *Omega (Westport).* 2025 Sep;91(4):2142-2164. doi: 10.1177/00302228231170417. Epub 2023 May 11. PMID: 37169347; PMCID: PMC12271633.

Charles ST. Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood. *Psychol Bull.* 2010 Nov;136(6):1068-91. doi: 10.1037/a0021232. PMID: 21038939; PMCID: PMC3059514.

Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry.* 1968 Aug;125(2):168-78. doi: 10.1176/ajp.125.2.168. PMID: 5662512.

Coleman RA, Neimeyer RA. Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Stud.* 2010 Oct;34(9):804-34. doi: 10.1080/07481181003761625. PMID: 24482851; PMCID: PMC3910232.

Currier, J., Holland, J. ve Neimeyer, R. A. (2006). Sense making, grief, and the experience of violent loss: Toward a meditational model. *Death Studies*, 30, 403-428

Davidson PM, Digiacomio M, McGrath SJ. The feminization of aging: how will this impact on health outcomes and services? *Health Care Women Int.* 2011 Dec;32(12):1031-45. doi: 10.1080/07399332.2011.610539. PMID: 22087593.

Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol.* 1998 Aug;75(2):561-74. doi: 10.1037//0022-3514.75.2.561. PMID: 9731325.

Denckla, C. A., Mancini, A. D., Bornstein, R. F. ve Bonanno, G. A. (2011). Adaptive and maladaptive dependency in bereavement: Distinguishing prolonged and resolved grief trajectories. *Personality and individual differences*, 51(8), 1012-1017.

Doering BK, Barke A, Vogel A, Comtesse H, Rosner R. Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Front Psychiatry*. 2022 Apr 26;13:853698. doi: 10.3389/fpsyt.2022.853698. PMID: 35558417; PMCID: PMC9090313.

Duran S, Altun A. Prolonged grief, reconstruction of meaning, and posttraumatic growth in nursing home residents who have lost loved ones. *Geriatr Gerontol Int*. 2024 Apr;24(4):364-370. doi: 10.1111/ggi.14843. Epub 2024 Feb 26. Erratum in: *Geriatr Gerontol Int*. 2024 Jun;24(6):655. doi: 10.1111/ggi.14890. PMID: 38406968; PMCID: PMC11503546.

Eisma MC, Buyukcan-Tetik A. Prolonged Grief Symptoms Predict Social and Emotional Loneliness and Depression Symptoms. *Behav Ther*. 2025 Jan;56(1):121-132. doi: 10.1016/j.beth.2024.04.014. Epub 2024 May 1. PMID: 39814506.

Eisma MC, Lenferink LIM. Co-occurrence of approach and avoidance in prolonged grief: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2190544. doi: 10.1080/20008066.2023.2190544. PMID: 37013950; PMCID: PMC10075507.

Eisma MC, Nguyen LTH. How we continue bonds with deceased persons: The proximity-seeking behavior scale. *Death Stud*. 2023;47(2):164-171. doi: 10.1080/07481187.2022.2039811. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35188873.

Eisma, M. C., Bernemann, K., Aehlig, L., Janshen, A., & Doering, B. K. (2025). Corrigendum to "Adult attachment and prolonged grief: A systematic review and meta-analysis" [*Personality and Individual Differences*, 214 (2023) 112315]. *Personality and Individual Differences*, 237, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113068>

Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995b;34:45-55.

Eker, D., Arkar, H., & Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.

Elwert F, Christakis NA. The effect of widowhood on mortality by the causes of death of both spouses. *Am J Public Health*. 2008 Nov;98(11):2092-8. doi: 10.2105/AJPH.2007.114348. Epub 2008 May 29. PMID: 18511733; PMCID: PMC2636447.

Engel, G.L. (1961). Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22

Escobar-Agreda S, Romero Albino Z, Contreras PJ, Cuba-Fuentes MS. Complicated grief and its relationship with anxiety, depression, and suicidal ideation in older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Peru: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*.

2023 Dec 5;23(1):908. doi: 10.1186/s12888-023-05412-5. PMID: 38053085; PMCID: PMC10696725.

Field NP, Filanosky C. Continuing bonds, risk factors for complicated grief, and adjustment to bereavement. *Death Stud.* 2010 Jan;34(1):1-29. doi: 10.1080/07481180903372269. PMID: 24479173.

Field NP. Unresolved grief and continuing bonds: an attachment perspective. *Death Stud.* 2006 Oct;30(8):739-56. doi: 10.1080/07481180600850518. PMID: 16972370.

Field, N.P., Gal-Oz, E. ve Bonanno, G.A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 110-117.

Field, N.P., Gao, B. ve Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29, 277-299.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* içinde (ss. 237-258).

Ghesquiere A, Bagaajav A, Ito M, Sakaguchi Y, Miyashita M. Investigating associations between pain and complicated grief symptoms in bereaved Japanese older adults. *Aging Ment Health.* 2020 Sep;24(9):1472-1478. doi: 10.1080/13607863.2019.1594166. Epub 2019 Apr 19. PMID: 31002011.

Gillies, J. ve Neimeyer, R.A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65.

Gillies, J.M., Neimeyer, R.A. ve Milman, E. (2015). The grief and meaning reconstruction inventory (GMRI): Initial validation of a new measure. *Death Studies*, 39, 61-74.

Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand.* 1993 Jan;87(1):72-80. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03332.x. PMID: 8424323.

Güzel A, Uçan Yamaç S, Turan S, Üner S. Turkish validity and reliability of the Lawton instrumental activities of daily living scale. *Turkish Journal of Public Health.* 2024;22(1):59–71. doi:10.20518/tjph.1364063.

Haneveld J, Rosner R, Vogel A, Kersting A, Rief W, Steil R, Comtesse H. Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria. *J Consult Clin Psychol.* 2022 Apr;90(4):303-313. doi: 10.1037/ccp0000720. PMID: 35446077.

Heeke C, Kampisiou C, Niemeyer H, Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur J Psychotraumatol.* 2019 Mar 27;10(1):1583524. doi: 10.1080/20008198.2019.1583524. PMID: 30949303; PMCID: PMC6442112.

Hewson, H., Galbraith, N., Jones, C., & Heath, G. (2023). The impact of continuing bonds following bereavement: A systematic review. *Death Studies*, 48(10), 1001–1014. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2223593>

Hibberd R. Meaning reconstruction in bereavement: sense and significance. *Death Stud.* 2013 Aug;37(7):670-92. doi: 10.1080/07481187.2012.692453. PMID: 24520967.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin gecerlilik uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi.*, 6, 118-122.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerlilik, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.

Ho, S.M.Y., Chan, I.S.F., Ma, E.P.W. ve Field, N.P. (2013). Continuing bonds, attachment style, and adjustment in the conjugal bereavement among Hong Kong chinese. *Death Studies*, 37, 248-268

Holland JM, Klingspon KL, Lichtenthal WG, Neimeyer RA. The Unfinished Business in Bereavement Scale (UBBS): Development and psychometric evaluation. *Death Stud.* 2020;44(2):65-77. doi: 10.1080/07481187.2018.1521101. Epub 2018 Dec 4. PMID: 30513256; PMCID: PMC7473452.

Holland, J.M., Currier, J.M. ve Neimeyer, R.A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense making and benefit finding. *OMEGA*, 53 (3), 175-191.

Holland, J.M., Currier, J.M., Coleman, R.A., & Neimeyer, R.A. (2010). The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and Initial Validation of a New Measure. *International Journal of Stress Management*, 17, 325-352.

Hopf D, Eckstein M, Ditzen B, Aguilar-Raab C. Still With Me? Assessing the Persisting Relationship to a Deceased Loved-One - Validation of the "Continuing Bonds Scale" in a German Population. *Omega (Westport)*. 2024 Jun;89(2):623-648. doi: 10.1177/00302228221076622. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35302429; PMCID: PMC11100273.

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. ve Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.

Horowitz, M.J., Marmor, C., Weiss, D.S., DeWitt, K.N. ve Rosenbaum, R. (1984). Brief Psychotherapy of Bereavement Reactions. *Archives of General Psychiatry*, 41:438-448.

Işıklı, S., Keser, E., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2022). Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death studies*, 46(3), 628–638. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1745955>

Janoff-Bulman R. Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *J Pers Soc Psychol.* 1979 Oct;37(10):1798-809. doi: 10.1037//0022-3514.37.10.1798. PMID: 512837.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: Free Press.

Janshen, A., Boelen, P. A., Schut, H. A. W., & Eisma, M. C. (2024). Do insecure attachment styles predict prolonged grief symptoms? Significant null findings. *Death Studies*, 48(10), 1076–1084. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2300063>

Kaya, N., & Tuna, Z. (2020). Yaşlı bireylerde aile desteğinin ruh sağlığı ile ilişkisi: Türk kültürel bağlamında bir değerlendirme. *Journal of Gerontology and Geriatric Research*, 9(3), 1–8.

Keese NJ, Currier JM, Neimeyer RA. Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *J Clin Psychol.* 2008 Oct;64(10):1145-63. doi: 10.1002/jclp.20502. PMID: 18698614.

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. ve Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 339-343.

Keser E, Işıklı S. Investigation of the relationship between continuing bonds and adjustment after the death of a first-degree family member by using the Multidimensional Continuing Bonds Scale. *J Clin Psychol.* 2022 Feb;78(2):218-232. doi: 10.1002/jclp.23210. Epub 2021 Jul 9. PMID: 34240416.

Keser E, Işıklı S. Yas ve Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri'nin Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2018;31(4):364-374.

Keser E, Karci YA, Danişman IG. Validity and Reliability Study of Turkish Forms of the Quality of Relationships Inventory-Bereavement Version and the Bereavement Guilt Scale. *Turk Psikiyatri Derg.* 2022 Winter;33(4):263-273. English, Turkish. doi: 10.5080/u26027. PMID: 36592105.

Killikelly C, Smith KV, Zhou N, Prigerson HG, O'Connor MF, Kokou-Kpolou CK, Boelen PA, Maercker A. Prolonged grief disorder. *Lancet.* 2025 May 3;405(10489):1621-1632. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00354-X. Epub 2025 Apr 17. PMID: 40254022.

Kjærsgaard, A., & Venbrux, E. (2016). Grave-visiting rituals, (dis)continuing bonds and religiosity. *Jaarboek voor Liturgie-Onderzoek*, 32, 9–20 . <https://hdl.handle.net/2066/162737>

Klass, D., Silverman., P.R. ve Nickman., S.L. (1996). *Continuing bonds: New understandings grief.* Washington, DC: Taylor&Francis

- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The International Journal of Psycho-analysis*, 21, 125.
- Kokou-Kpolou, K., Tremblay, J., Moukouta, C. S., Baugnet, L., & Mbassa Menick, D. (2017). Unexpected death, religious coping and conjugal bereavement outcomes in Africa (Togo). *Mental Health, Religion & Culture*, 20(8), 766–782. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1408578>
- Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to Terms With the Terms of Risk. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):337–343. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160065009
- Kristensen P, Dyregrov K, Gjestad R. Different Trajectories of Prolonged Grief in Bereaved Family Members After Terror. *Front Psychiatry*. 2020 Oct 14;11:545368. doi: 10.3389/fpsyt.2020.545368. PMID: 33192660; PMCID: PMC7591785.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1), 76–97.,
- Kubler-Ross, E. (1969). *On the Death and Dying*, Routledge. Macmillan, NY.
- Kübler-Ross, E. ve Kessler, D. (2005) *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lee, G. R., & DeMaris, A. (2007). Widowhood, gender, and depression: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 29(1), 56–72.
- Lenger MK, Neergaard MA, Guldin MB, Nielsen MK. Poor physical and mental health predicts prolonged grief disorder: A prospective, population-based cohort study on caregivers of patients at the end of life. *Palliat Med*. 2020 Dec;34(10):1416-1424. doi: 10.1177/0269216320948007. Epub 2020 Aug 23. PMID: 32830615; PMCID: PMC7543026.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lobb, E.A., Janson, L.J.K., Aoun, S.M., Monterosso, L., Halkett, G.K.B. ve Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34, 673-698.
- Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017 Apr 1;212:138-149. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.030. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28167398.
- Maccallum F, Breen LJ, Ivynian S, DiGiacomo M, Luckett T, Lobb EA. Prolonged grief reactions and help-seeking in bereaved adults during the COVID-19 pandemic. *J Affect*

Disord. 2025 Apr 1;374:467-476. doi: 10.1016/j.jad.2025.01.056. Epub 2025 Jan 13. PMID: 39809353.

Maccallum F, Bryant RA. A Cognitive Attachment Model of prolonged grief: integrating attachments, memory, and identity. *Clin Psychol Rev.* 2013 Aug;33(6):713-27. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.001. Epub 2013 May 12. PMID: 23792468.

Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. ve Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Jama*, 297(7), 716-723.

Maciejewski, P.K., Maercker, A., Boelen, P.A., Prigerson, H.G. (2016). Prolonged grief disorder” and “persitent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: ana analysis from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry.* 15: 266–275.

Maercker A, Eberle DJ. Disorders Specifically Associated With Stress in ICD-11. *Clin Psychol Eur.* 2022 Dec 15;4(Spec Issue):e9711. doi: 10.32872/cpe.9711. PMID: 36760318; PMCID: PMC9881111.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381 (9878), 1683–1685.

Mancini AD, Bonanno GA. The persistence of attachment: complicated grief, threat, and reaction times to the deceased's name. *J Affect Disord.* 2012 Aug;139(3):256-63. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.032. Epub 2012 Mar 2. PMID: 22387054; PMCID: PMC3489169.

Mancini AD, Sinan B, Bonanno GA. Predictors of Prolonged Grief, Resilience, and Recovery Among Bereaved Spouses. *J Clin Psychol.* 2015 Dec;71(12):1245-58. doi: 10.1002/jclp.22224. Epub 2015 Sep 22. PMID: 26394308.

Marsa R, Bahmani B, Ebadi A, Azkhosh M, Delbari A. Grief in Older Adults: A Concept Analysis. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2024; 19 (3) :362-381

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). The Guilford Press.

Milman E, Neimeyer RA, Fitzpatrick M, MacKinnon CJ, Muis KR, Cohen SR. Prolonged grief symptomatology following violent loss: the mediating role of meaning. *Eur J Psychotraumatol.* 2018 Aug 14;8(Suppl 6):1503522. doi: 10.1080/20008198.2018.1503522. PMID: 30128081; PMCID: PMC6095024.

Neimeyer RA, Baldwin SA, Gillies J. Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Stud.* 2006 Oct;30(8):715-38. doi: 10.1080/07481180600848322. PMID: 16972369.

Neimeyer RA. Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Stud.* 2019;43(2):79-91. doi: 10.1080/07481187.2018.1456620. PMID: 30907718.

Neimeyer, R. A. (2016). Meaning reconstruction in the wake of loss: Evolution of a research program. *Behaviour Change*, 33(2), 65–79. <https://doi.org/10.1017/bec.2016.4>

Neimeyer, R.A. (2006). Complicated Grief and the reconstruction of meaning; Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clin Psychol Sci Prac*, 13, 141-145.

Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., ... Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(3), 251-262.

Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 231–238.

Nielsen MK, Christensen KS, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Exploring Functional Impairment in Light of Prolonged Grief Disorder: A Prospective, Population-Based Cohort Study. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 9;11:537674. doi: 10.3389/fpsy.2020.537674. PMID: 33362592; PMCID: PMC7755858.

Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin MB. Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Mar;53(3):540-550. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28042073.

Nielsen, M. K., Pedersen, H. S., Sparle Christensen, K., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2025). Grief trajectories and long-term health effects in bereaved relatives: A prospective, population-based cohort study with ten-year follow-up. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1619730. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1619730>

Özbay, Y. ve Şahin, B. (1997). Stresle Başa Çıkma Tutumları Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 1-3 Eylül 1997, Ankara Üniversitesi, ANKARA.

Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.

Park CL (2022) Meaning Making Following Trauma. *Front. Psychol*. 13:844891. doi: 10.3389/fpsyg.2022.844891

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115> (Original work published 1997)

Parkes CM. Psycho-social transitions: a field for study. *Soc Sci Med* (1967). 1971 Apr;5(2):101-15. doi: 10.1016/0037-7856(71)90091-6. PMID: 5088720.

- Parkes, C. M. (1972/1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Routledge.
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Complicated grief: A systematic review of the prevalence, diagnosis, risk and protective factors in the adult population of Spain. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 37(2), 189–201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>
- Paul A. Boelen , Margaret S. Stroebe , Henk A. W. Schut & Annemieke M. Zijerveld (2006) Continuing Bonds and Grief: A Prospective Analysis, *Death Studies*, 30:8, 767-776, DOI: 10.1080/07481180600852936
- Peinado V, Valiente C, Contreras A, Trucharte A, Butter S, Murphy J, Shevlin M. ICD-11 prolonged grief disorder: Prevalence, predictors, and co-occurrence in a large representative sample. *Int J Psychol*. 2024 Feb;59(1):86-95. doi: 10.1002/ijop.12951. Epub 2023 Oct 12. PMID: 37828650.
- Phan HP, Ngu BH, Chen SC, Hsu CS. How cultural beliefs and rituals may help alleviate grief and despair: a four-dimensional framework. *Front Sociol*. 2025 Nov 7;10:1620016. doi: 10.3389/fsoc.2025.1620016. PMID: 41281620; PMCID: PMC12635995.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., III, Shear, M. K., Newsom, J. T. ve Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement related depression and anxiety: A replication study. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1484–1486.
- Prigerson, H., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Bonanno, G.A. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6 (8), 1-12.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczika, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 59: 65–79.
- Ramstad ES, Thegen LS, Guldin MB, Neergaard MA, Nielsen MK. Experiencing Missing Contact With Professionals and Long Term Bereavement Outcome. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Jan;65(1):38-46. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.09.006. Epub 2022 Sep 15. PMID: 36115501.
- Redican, E., V. Thoma, M., B. Schneemann, V., Shevlin, M., Killikelly, C., & Rohner, S. L. (2025). ICD-11 Prolonged Grief Disorder: Probable Prevalence and Structure in Bereaved Older Swiss Adults. *Journal of Loss and Trauma*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2586722>
- Redondo-Armenteros, A., Pérez-Marfil, M.N., Fernández-Alcántara, M. et al. Sociodemographic and emotional variables in individuals experiencing grief: a longitudinal study. *Curr Psychol* 44, 8448–8457 (2025). <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07794-z>

Reiland H, Banerjee A, Claesges SA, Giuca AM, Hillard CJ, Reynolds CF 3rd, Goveas JS. The influence of depression on the relationship between loneliness and grief trajectories in bereaved older adults. *Psychiatry Res Commun*. 2021 Oct;1(1):100006. doi: 10.1016/j.psycom.2021.100006. Epub 2021 Oct 28. PMID: 35928209; PMCID: PMC9345326.

Reime MA, O'Connor M, Hystad SW, Dyregrov K. Perceived social support and symptoms of prolonged grief after a drug-related death. *Death Stud*. 2025;49(8):988-997. doi: 10.1080/07481187.2024.2376037. Epub 2024 Jul 6. PMID: 38970782.

Rodriguez-Villar S, Okegbola EO, Arevalo-Serrano J, Duval Y, Mathew A, Rodriguez-Villar C, Smith KV, Kennedy RC, Prigerson HG. Grief and coping among relatives of patients who died of COVID-19 in intensive care during the height of the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2024 Oct 15;10(6):e181. doi: 10.1192/bjo.2024.741. PMID: 39402964; PMCID: PMC11698220.

Root, B. L. ve Exline, J. J. (2014). The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Studies*, 38(1), 1-8.

Rosner R, Comtesse H, Vogel A, Doering BK. Prevalence of prolonged grief disorder. *J Affect Disord*. 2021 May 15;287:301-307. doi: 10.1016/j.jad.2021.03.058. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33812243.

Rubin SS, Malkinson R, Witztum E. Traumatic Bereavements: Rebalancing the Relationship to the Deceased and the Death Story Using the Two-Track Model of Bereavement. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 15;11:537596. doi: 10.3389/fpsy.2020.537596. PMID: 33093833; PMCID: PMC7523537.

Rubin, S. (1999). The Two-Track Model of Bereavement: Overview, retrospect and prospect. *Death Studies*, 23(8), 681–714.

Rubin, S. ve Malkinson, R. (2001) Parental response to child loss across the life cycle: Clinical and research perspectives. M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe ve H. Schut (Ed.): *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care içinde* (pp. 219-240). Washington, DC: American Psychological Association Press.

Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2017). The Two-Track Model of Bereavement and Continuing Bonds. In D. Klass & E. M. Steffen (Eds.), *Continuing Bonds in Bereavement: New Directions for Research and Practice* (pp. 17–30). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315202396-3>

Rubin, S., Nadav, O.B., Malkinson, R., Koren, D., Goffer-Shnarch, M. ve Michaeki, E. (2009). The two track model of bereavement questionnaire (TTBQ): Development and validation of a relational measure. *Death Studies*, 33, 305-333.

Sanderson EAM, Humphreys S, Walker F, Harris D, Carduff E, McPeake J, Boyd K, Pattison N, Lone NI. Risk factors for complicated grief among family members bereaved in intensive care unit settings: A systematic review. *PLoS One*. 2022 Mar 10;17(3):e0264971. doi: 10.1371/journal.pone.0264971. PMID: 35271633; PMCID: PMC8912194.

Schladitz K, Löbner M, Stein J, Weyerer S, Werle J, Wagner M, Hesel K, Scherer M, Stark A, Kaduszkiewicz H, Wiese B, Oey A, König HH, Hajek A, Riedel-Heller SG. Grief and loss in old age: Exploration of the association between grief and depression. *J Affect Disord*. 2021 Mar 15;283:285-292. doi: 10.1016/j.jad.2021.02.008. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33578340.

Scholtes, D. ve Browne, M. (2015). Internalized and externalized continuing bonds in bereaved parents: Their relationship with grief intensity and personal growth. *Death Studies*, 39(2), 75-83.

Schut, H. A., Stroebe, M. S., Boelen, P. A. ve Zijerveld, A. M. (2006). Continuing relationships with the deceased: Disentangling bonds and grief. *Death studies*, 30(8), 757-766.

Scott, H.R., Pitman, A., Kozhuharova, P. et al. A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry* 20, 265 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>

Sekowski, M. (2021). Concrete and symbolic continuing bonds with a deceased person: The psychometric properties of the continuing bonds scale in bereaved surviving family members. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(5), 1655-1670.
<https://doi.org/10.1177/02654075211001574> (Original work published 2021)

Sharkin, B. S., & Knox, D. (2003). Pet loss: Issues and implications for the psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 414–421. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.414>

Shear K, Monk T, Houck P, Melhem N, Frank E, Reynolds C, Sillowash R. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Dec;257(8):453-61. doi: 10.1007/s00406-007-0745-z. PMID: 17629727; PMCID: PMC2806638.

Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol*. 2005 Nov;47(3):253-67. doi: 10.1002/dev.20091. PMID: 16252293.

Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Nov;15(11):406. doi: 10.1007/s11920-013-0406-z. PMID: 24068457; PMCID: PMC3855369.

Shear MK. Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereave Care*. 2010 Jan 1;29(3):10-14. doi: 10.1080/02682621.2010.522373. PMID: 21852889; PMCID: PMC3156458.

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117.

Shear, M.K., Ghesquiere, A. ve Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*, 15, 406

Shevlin M, Redican E, Karatzias T, Hyland P. Testing the distinctiveness of prolonged grief disorder from posttraumatic stress disorder and depression in large bereaved community samples. *J Affect Disord.* 2024 Oct 15;363:214-220. doi: 10.1016/j.jad.2024.07.127. Epub 2024 Jul 22. PMID: 39047948.

Smith KV, Wild J, Ehlers A. From loss to disorder: The influence of maladaptive coping on prolonged grief. *Psychiatry Res.* 2024 Sep;339:116060. doi: 10.1016/j.psychres.2024.116060. Epub 2024 Jun 26. PMID: 39068899; PMCID: PMC11513616.

Smith KV, Wild J, Ehlers A. The Masking of Mourning: Social Disconnection After Bereavement and Its Role in Psychological Distress. *Clin Psychol Sci.* 2020 May;8(3):464-476. doi: 10.1177/2167702620902748. Epub 2020 May 11. PMID: 32550046; PMCID: PMC7252572.

Stahl ST, Schulz R. Changes in routine health behaviors following late-life bereavement: a systematic review. *J Behav Med.* 2014 Aug;37(4):736-55. doi: 10.1007/s10865-013-9524-7. Epub 2013 Jul 24. PMID: 23881308; PMCID: PMC4197803.

Stroebe M, Schut H, Boerner K. Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clin Psychol Rev.* 2010 Mar;30(2):259-68. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.007. Epub 2009 Dec 4. PMID: 20034720.

Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (2008) *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Integration.* American Psychological Association, Washington, D.C.

Stroebe, M. ve Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Stroebe, M. ve Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved. *Death studies*, 29(6), 477-494.

Stroebe, M., & Schut, H. (2016). Overload: A Missing Link in the Dual Process Model? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(1), 96-109. <https://doi.org/10.1177/0030222816666540> (Original work published 2016)

Stroebe, M., Schut, H. ve Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical psychology review*, 30(2), 259-268.

Stroebe, W. ve Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut (eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care içinde* (pp. 349–71). Washington, DC: American Psychological Association.

Subramanian SV, Elwert F, Christakis N. Widowhood and mortality among the elderly: the modifying role of neighborhood concentration of widowed individuals. *Soc Sci Med.* 2008 Feb;66(4):873-84. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.029. PMID: 18178300; PMCID: PMC2790530.

Susanti H, Mudiyansele SPK, Indrayani NLD, Ariani TA, Tsai HY, Keliat BA, Lin MF. Social Support for Grief, Attachment, and Mental Health Among Bereaved Spouses During COVID-19 Pandemic. *Fam Process*. 2025 Mar;64(1):e70022. doi: 10.1111/famp.70022. PMID: 40056014.

Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021 Jun;19(2):161-172. doi: 10.1176/appi.focus.20200052. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34690579; PMCID: PMC8475918.

Tegin, E. B. (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara.

Thiemann P, Street AN, Heath SE, Quince T, Kuhn I, Barclay S. Prolonged grief disorder prevalence in adults 65 years and over: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2023 Oct;13(e1):e30-e42. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002845. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33707297.

Thomas TA. Social Support Experiences of Spousally Bereaved Individuals in a South African Township Community: The Botho/Ubuntu Perspective. *Front Psychol*. 2021 Sep 24;12:604987. doi: 10.3389/fpsyg.2021.604987. PMID: 34630191; PMCID: PMC8497691.

Treml J, Linde K, Engel C, Glaesmer H, Hinz A, Luck T, Riedel-Heller S, Sander C, Kersting A. Loss and grief in elderly people: Results from the LIFE-Adult-Study. *Death Stud*. 2022;46(7):1621-1630. doi: 10.1080/07481187.2020.1824203. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32972330.

TÜİK (2023) Yaşlı nüfus istatistikleri.

U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2025, March 26). Grief: Different reactions and timelines in the aftermath of loss.

Volkan, V. D., & Searles, H. F. (1981). *Linking objects and linking phenomena : a study of the forms, symptoms, metapsychology, and therapy of complicated mourning*. International Universities Press.

Walter, T. (1996). A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality*, 1(1), 7–25. <https://doi.org/10.1080/713685822>

Wen, FH., Prigerson, H.G., Chuang, LP. et al. Factors of prolonged-grief-disorder symptom trajectories for ICU bereaved family surrogates. *Crit Care* 28, 362 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05160-2>

Worden, J. W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health professional*. New York: Springer Publishing Company.

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner (5th ed.)*. Springer Publishing.

- 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. <https://doi.org/10.2190/P77L-F6F6-5W06-NHBX>
- World Health Organization (2018). ICD-11 Beta Draft. 6B42 Prolonged Grief Disorder. International statistical classification of diseases and related health problems: fifth eleventh revision. World Health Organisation.
- World Health Organization (2025). World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496>
- World Health Organization. (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 1.0). WHO Press. ISBN: 978-92-4-154806-9.
- Yaffe Y, Levkovich I. Prolonged grief disorder in bereaved parents: Exploring impacts and treatment pathways. *World J Psychiatry*. 2025 May 19;15(5):104711. doi: 10.5498/wjp.v15.i5.104711. PMID: 40495835; PMCID: PMC12146987.
- Yıldırım YE. Prevalence of Prolonged Grief Disorder and Related Clinical Factors Among Turkish Psychiatric Outpatients During the COVID-19 Pandemic. *Omega (Westport)*. 2023 Jun 30:302228231187296. doi: 10.1177/00302228231187296. Epub ahead of print. PMID: 37386898; PMCID: PMC10315512.
- Yuan M, Liu J, Zhong B. Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms among bereaved individuals in China: a systematic review and meta-analysis. *General Psychiatry*. 2024;37:e101216. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101216>
- Zareiyan A, Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Mosaed R, Ozouni-Davaji RB. The prevalence of prolonged grief disorder (PGD) after the natural disasters: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Pract (Oxf)*. 2024 May 16;7:100508. doi: 10.1016/j.puhip.2024.100508. PMID: 38803465; PMCID: PMC11128508.
- Zimet, G.D, Dahlem NW, Zimet SG, et all. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 1988;52:30-41
- Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*. 2009 Jun;8(2):67-74. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x. PMID: 19516922; PMCID: PMC2691160.
- Zisook, S., Corruble, E., Duan, N., Iglewicz, A., Karam, E.G., Lanuette, N., ... Shear, K.M. (2012). The bereavement exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety*, 29, 425-443.
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zatumer, S., ... Pies, R. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Curr Psychiatry Rep*, 16, 482.

9. EKLER

EK 1 : Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Katılımcı,

“Yakınını Kaybetmiş Yaşlılarda Uzamış Yas Belirtilerini Yordayan Etkenlerin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Geriatri Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma ölüme bağlı olarak birinci dereceden yakın kaybı yaşamış yaşlı kişilerin uzamış yas belirtilerini saptamak ve bu belirtilerin şiddetinin hangi etkenlere bağlı olduğunu tespit etmek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla yakınını kaybetmiş yaşlı bireylerin ruh sağlığının bozulmasına sebep olabilecek etkenler saptanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Bu forma adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Veri toplama formumuz 8 bölümden oluşmaktadır. 184 soruluk, 40 dakika zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı “diğer” seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Şahinde Özlem ERDEN AKİ (Sorumlu Araştırmacı)

Ar. Gör. Dr. Fatma Özlem COŞKUN KURBAN

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Telefon: 0312 305 1873

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK 2 : Veri Toplama Formu

Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3. Eğitim Durumunuz (son aldığınız diplomaya göre belirtiniz):

- () Okur-yazar
 () İlkokul
 () Ortaokul
 () Lise
 () Üniversite
 () Üniversite üstü (Yüksek Lisans)

4. Mesleğiniz (Lütfen Belirtiniz):

5. Size göre ekonomik bakımdan hangi gruba girersiniz? (işaretleyiniz)

- () Üst () Üst-Orta () Orta () Orta-Alt () Alt

6. Medeni durumunuz:

- () Bekâr
 () Evli
 () Eşini kaybetmiş
 () Boşanmış
 () Birlikte yaşıyor
 () Ayrı yaşıyor

7. Kimlerle yaşıyorsunuz?

- () Tek başına
 () Eşimle
 () Çocuklarım ve eşimle
 () Çocuklarımla
 () Yardımcı ile birlikte
 () Kurumda- Bakımevinde

8. Varsa, çocuk sayısı:

1.BÖLÜM

9. Her birimiz yaşamımızın herhangi bir döneminde sevdiğimiz/tanıdığımız birini ya da birilerini ölüme bağlı olarak kaybedebiliriz. Sizin de şimdiye kadar kaybettiğiniz kişi ya da kişiler olduysa, lütfen aşağıdaki listeden bu kişi ya da kişilerin HEPSİNİ sol kısımda verilen kutucuğun içine “X” işareti koyarak belirtiniz.

(1)	<input type="checkbox"/>	Anne	(6)	<input type="checkbox"/>	Küçük kardeş	(11)	<input type="checkbox"/>	Yakın arkadaş
(2)	<input type="checkbox"/>	Baba	(7)	<input type="checkbox"/>	Torun	(12)	<input type="checkbox"/>	Arkadaş
(3)	<input type="checkbox"/>	Çocuk	(8)	<input type="checkbox"/>	Yeğen	(13)	<input type="checkbox"/>	Komşu
(4)	<input type="checkbox"/>	Eş	(9)	<input type="checkbox"/>	Damat	(14)	<input type="checkbox"/>	Akraba
(5)	<input type="checkbox"/>	Ağabey- abla	(10)	<input type="checkbox"/>	Gelin			

Yukarıdaki seçeneklerden en az birini işaretlediyseniz, soruları yanıtlamaya devam edin. Hiçbir seçeneği işaretlemediyseniz, devam etmeyin.

2.BÖLÜM

10. Yukarıda birden fazla sayıda kişi işaretlediyseniz, aşağıdaki tabloda **KAYBI SİZİ EN FAZLA ETKİLEYEN** kişinin yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümdeki tabloda yalnızca bir kişi işaretlediyseniz, aşağıda da aynı kişiyi işaretleyiniz. (Yalnızca **BİR SEÇENEK** işaretlenecek).

11.

(1)	<input type="checkbox"/>	Anne	(6)	<input type="checkbox"/>	Küçük kardeş	(11)	<input type="checkbox"/>	Yakın arkadaş
(2)	<input type="checkbox"/>	Baba	(7)	<input type="checkbox"/>	Torun	(12)	<input type="checkbox"/>	Arkadaş
(3)	<input type="checkbox"/>	Çocuk	(8)	<input type="checkbox"/>	Yeğen	(13)	<input type="checkbox"/>	Komşu
(4)	<input type="checkbox"/>	Eş	(9)	<input type="checkbox"/>	Damat	(14)	<input type="checkbox"/>	Akraba
(5)	<input type="checkbox"/>	Ağabey- abla	(10)	<input type="checkbox"/>	Gelin			

12. **Bu kişi ile birlikte (AYNI ANDA) kaybettiğiniz başka kişiler oldu mu?**

Evet () Hayır ()

Evet ise, kim/kimler lütfen belirtiniz:

.....

BU KISIMDA KAYBINIZA İLİŞKİN SORULAR BULUNMAKTADIR.

Bu kısımdaki soruları, kaybının **sizi en çok etkilediğini** düşündüğünüz kişiyi, yani 2. Bölüm'deki tabloda belirttiğiniz kişiyi düşünerek yanıtlayınız.

KAYBETTİĞİNİZ KİŞİNİN

1. **Ölüm yaşı:**.....

2. **Ölüm tarihi:**

3. **Cinsiyeti:** Kadın () Erkek ()

4. **Medeni durumu:**

- () Bekâr
 () Evli
 () Eşini kaybetmiş
 () Boşanmış

5. **Mesleği:**

6. **Ölüm nedeni:**

- () Trafik kazası
 () Kaza (ev kazası, iş kazası vb.)
 () Hastalık (Ani/ kalp krizi, kanser vb.)
 () Hastalık (Beklenen/ yaşlılık, kronik hastalıklar, kanser vb.)
 () İntihar
 () Doğal Afet (deprem, sel, yer kayması vb.)
 () İnsan eliyle (terör, saldırı, soygun vb.)
 () Tanıdık / bilinen kişi tarafından (eş, kardeş, vb.)
 () Diğer (BELİRTİNİZ)

7. **Ölüm yeri (hastane, ev, açık alan gibi):**

8. **Ölümü:** () Ani/ Beklenmedik oldu () Beklendik/ Sıralı oldu

9. **Ölüm biçimi:** () Şiddetli/ dehşetli/ acı verici oldu () Şiddetli/ dehşetli /acı verici olmadı

10. **Cenaze töreni oldu mu?**

Evet () Hayır ()

Yanıtınız Hayır ise, 13. soruya geçiniz.

11. **Cenaze törenine katıldınız mı?**

Evet () Hayır ()

12. Toprağa verilirken gördünüz mü?

Evet () Hayır ()

13. Mezarına gidebiliyor musunuz?

Evet () Hayır ()

14. Gidebiliyorsanız ne sıklıkla gidiyorsunuz? (Yılda kaç kez?).....**15. Yas süreciniz (mateminiz) ne kadar sürdü? (Kaç ay?).....****16. Kaybettiğiniz kişiyle aranızdaki ilişki nasıldı?**

- () İyi anlaşırdık
 () Kötüydü / Sık sık tartışırdık / Sık görüşmezdik / Uzak-soğuk bir ilişkimiz vardı
 () Bir iyi bir kötü (çatışmalı)
 () Emin değilim

17. Kaybınızın ardından yasınızı yaşarken hayatınızın hangi alanları olumsuz olarak etkilendi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Aile hayatım
 () İş hayatım
 () Sosyal hayatım
 () Akademik hayatım
 () Hepsi
 () Hiçbiri
 () Diğer.....

18. Kaybınız aklınıza geldiğinde ne yapmak sizi rahatlatır?

- () Ağlamak
 () Dua/ibadet etmek
 () Bir akrabamla konuşmak
 () Bir arkadaşla konuşmak/birisiyle konuşmak
 () Dışarı çıkmak, yürümek, spor yapmak vb. fiziksel aktiviteler
 () Televizyon izlemek
 () Kitap okumak
 () Diğer.....

19. Kaybınızdan sonra herhangi bir profesyonel yardım (psikolojik/psikiyatrik yardım) aldınız mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise, yardım türünü belirtiniz (ilaç, psikolojik destek, diğer):.....

20. Kaybınızdan sonra hayatınızda önemli değişiklikler yaptınız mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise, ne gibi değişiklikler yaptınız?

1.
2.
3.

21. Kaybınızdan sonra hayatınızı sonlandırmayı düşündünüz mü?

Evet () Hayır ()

Evet ise, herhangi bir planınız oldu mu?

Evet () Hayır ()

Evet ise, girişimde buldunuz mu?

Evet () Hayır ()

22. Dini inancınız nasıldır?

- () İnanmam
- () İncim zayıftır
- () İncim
- () İncim kuvvetlidir

23. Dini inançlarınız kaybınızdan sonra değişt mi?

- () Bir değişiklik olmadı.
- () Kaybımdan sonra zayıfladı.
- () Kaybımdan sonra daha da güçlendi.
- () Dini inançlarım yoktur.

24. Ölümden sonra yaşam konusunda ne düşünöyorsunuz?

- () Ölümden sonra yaşam olduğuna inanmıyorum
- () Bilmiyorum/Kararsızım
- () Ölümden sonra yaşam olduğuna inanıyorum

25. Ölen insanların bu dünyada olup bitenlerden haberdar olup olmaması ile ilgili ne düşünöyorsunuz?

- () Ölen insanlar bu dünyada olup bitenlerden haberdar olurlar
- () Bilmiyorum/Kararsızım
- () Ölen insanlar bu dünyada olup bitenlerden haberdar değildirler

Beck Depresyon Ölçeği

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.

- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim. İştahım çok azaldı.

Uzamış Yas Ölçeği (Prolonged Grief Disorder, PG-13)

BÖLÜM 1

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ HER BİR MADDE İÇİN SİZE EN UYGUN OLAN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ.

1. Geçtiğimiz ay içerisinde, ölen yakınınızın özlemini ve hasretini ne sıklıkla duydunuz?

- Hiç
 En az bir kere
 En az haftada bir kere
 En az günde bir kere
 Günde birçok kere

2. Geçtiğimiz ay içerisinde, ölen yakınınızla ilgili olarak ne sıklıkla duygusal ızdırap, yoğun üzüntü ya da keder hissettiniz?

- Hiç
 En az bir kere
 En az haftada bir kere
 En az günde bir kere
 Günde birçok kere

3. Kaybınızın ardından en az 6 ay geçmesine rağmen, Soru 1 veya 2' deki belirtilerin herhangi birini, "en az günde bir kere" olmak üzere yaşadınız mı?

- Evet Hayır

4. Geçtiğimiz ay içerisinde, size ölen yakınınızı hatırlatan şeylerden ne sıklıkla kaçınmaya çalıştınız?

- Hiç
 En az bir kere

- En az haftada bir kere
- En az günde bir kere
- Günde birçok kere

5. Geçtiğimiz ay içerisinde, ne sıklıkla kaybınız nedeniyle afallamış, hayrete düşmüş ya da şaşkına dönmüş hissettiniz?

- Hiç
- En az bir kere
- En az haftada bir kere
- En az günde bir kere
- Günde birçok kere

BÖLÜM 2

AŞAĞIDAKİ SORULARI ŞU ANDA KENDİNİZİ NASIL HİSSETTİĞİNİZİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK YANITLAYINIZ.

6. Yaşamınızdaki rolünüzle ilgili kafa karışıklığı ya da benlik duygunuzda bir azalma (bir parçanızın öldüğü gibi) hissediyor musunuz?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

7. Kaybınızı kabullenmekte güçlük çektiniz mi?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

8. Bu kaybı yaşadığınızdan beri, başkalarına güvenmek sizin için zor oldu mu?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

9. Kaybınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

10. Artık hayatınıza devam etmenin (örneğin, yeni arkadaşlar edinmek, yeni ilgi alanları oluşturmak vb.) sizin için zor olacağını hissediyor musunuz?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

11. Bu kaybı yaşadığınızdan beri duygusal olarak hissizleşmiş gibi hissediyor musunuz?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

12. Bu kaybı yaşadığınızdan beri hayatın boş ya da anlamsız olduğunu, doyum vermediğini hissediyor musunuz?

- Hiç
- Çok az
- Biraz
- Çok
- Oldukça çok

BÖLÜM 3

AŞAĞIDAKİ MADDEYİ SİZE UYGUN SEÇENEĞE İŞARET KOYARAK CEVAPLAYINIZ.

13.Sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlar açısından işlevselliğinizde önemli bir azalma yaşadınız mı? (Örneğin evdeki sorumluluklarınızı yerine getirememek gibi)

() Evet () Hayır

Süregiden Bağlar Ölçeği

İnsanlar sevdikleri birinin kaybından sonra sıklıkla, vefat edenle devam eden bir bağlarının olduğunu belirtmektedirler. Aşağıdaki ifadeler bu baği değişik biçimlerde tanımlamaktadır. Siz de bir önceki sayfada vefatını belirttiğiniz kişi ile geçtiğimiz 1 ay boyunca ne sıklıkla aşağıdaki ifadeler yoluyla bağ kurduğunuzu belirtiniz. Her bir ifadeyi okuduktan sonra söz konusu durumu ne sıklıkta yaşadığınızı cümlelerin sağındaki dört kutucuktan birine X koyarak belirtiniz.

Hiç = Geçen ay içinde hiç

Nadiren = Geçen ay içinde bir ya da iki defa

Bazen = Geçen ay içinde ortalama haftada bir defa

Sıklıkla = Geçen ay içinde hemen hemen her gün

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
1) O'nun beni ziyaret ettiği hissine kapıldım.				
2)Yatışmak için, O'na ait bazı eşyaları kullandım (giysileri gibi).				
3) O'nun gerçekten benimle konuştuğunu duydum.				
4) O'nun, bugün nasıl biri olduğum üzerindeki etkisini düşündüm				
5) O'nun hatıralarının beni teselli etmediğini fark ettim.				
6) O'nun beni cezalandırmaya çalıştığına dair düşüncelerim oldu.				

7) Hayatımı O'nun istediği şekilde yaşamaya çalıştığımı fark ettim.				
8) O'nun bana fiziksel olarak dokunduğunu hissettim.				
9) O'na benzemeye çalıştığımı düşündüm.				
10) İşleri O'nun yapacağıın tam tersi şekilde yapmaya çalıştım.				
11) O'nun sanki görünmez varlığıyla bana yol gösterdiğini veya beni koruyup kolladığımı düşündüm.				
12) Önemli kararlar verirken, 'O olsa ne yapardı' diye düşündüm ve bu düşüncem karar vermemde bana yardımcı oldu.				
13) Bazen zihnimde O'nun o kadar belirgin bir görüntüsü oldu ki sanki karşımda oturuyordu.				
14) O'nunla içimden konuşup ona kızdığım, onu eleştirdiğim veya suçladığım oldu.				
15) Gittikçe O'na daha çok benzemeye başladığımı düşündüm.				
16) O'nunla içimden konuştuğum ve onun bana kızdığı, beni eleştirdiği veya suçladığı oldu.				
17) O'nun gerçekten karşımda durduğunu gördüm.				
18) O'nun yarım bıraktığı bazı işleri tamamlamaya çalıştığımı fark ettim.				
19) O'nun bana vasiyet ettiği bazı şeyleri yaptığımı fark ettim.				
20) O'nunla ilgili bir şeyler yazdım.				
21) Benim bugünkü kimliğim üzerindeki etkilerinden dolayı O'nun hala yaşadığını hissettim.				

22) Dışarıda O'na benzeyen insanlar dikkatimi çekti.				
23) O'nu hatırlatan şarkılar/türküler dinledim.				
24) O'nun fotoğraflarına baktım.				
25) Fiziksel olarak O'na daha yakın olabilmek için mezarına gittiğim oldu.				
26) Bana O'nu hatırlatacak şeyleri aradım.				
27) O yanımdaymış gibi hissedebilmek için O'na ait olan bir şeyi yanımda taşıdım (örneğin takı, giysi veya özel bir eşya gibi)				
28) Bunun bir anlamı olmadığını bilsem de bazen kendimi O'nu ararken buldum.				

Anlamı Yeniden Yapılandırma Envanteri

Aşağıdaki ifadeler yas tutan insanların kayıplarından sonra yaşadıkları bazı düşünce, duygu, inanç ve anlamları içermektedir. Son 1 haftayı düşünerek, her bir ifadenin sizin için doğruluğunu en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyin.

1 = Hiç katılmıyorum

2 = Katılmıyorum

3 = Ne katılıyorum ne de katılmıyorum

4 = Katılıyorum

5 = Kesinlikle katılıyorum

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) Sevdiğim kişi ile geçirdiğim zaman bana verilmiş bir lütuftu.	1	2	3	4	5
2) Bu kayıpla ilgili hayırlı bir şey görmüyorum.	1	2	3	4	5
3) Bu kayıptan beri, kendimle ilgili daha fazla düşünür oldum.	1	2	3	4	5
4) Aileye daha fazla değer veriyorum.	1	2	3	4	5
5) Sevdiğim kişiyi tekrar göreceğim.	1	2	3	4	5
6) Bu kayıptan beri kendimi daha yalnız ve tek başına kalmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
7) Bu kaybı kendi içimde anlamlandırabiliyorum.	1	2	3	4	5
8) Bu kaybı yaşadığımdan beri, daha güçlü bir insanım.	1	2	3	4	5
9) Bu kaybı anlayamıyorum.	1	2	3	4	5
10) Sevdiğim kişinin ölümüne kendimi hazırlamıştım.	1	2	3	4	5
11) Sevdiğim kişi iyi bir insandı; iyi bir hayat yaşadı.	1	2	3	4	5
12) Hayata daha çok değer veriyor ve kıymetini biliyorum.	1	2	3	4	5

13) Bu kayıptan beri, yaşam şeklimi daha olumlu yönde değiştirdim.	1	2	3	4	5
14) Sevdiğim kişinin hatıraları bana huzur ve teselli veriyor.	1	2	3	4	5
15) Bu ölüm sevdiğim kişiyi huzura erdirdi.	1	2	3	4	5
16) Masumiyetimi kaybettim.	1	2	3	4	5
17) Bu ölüm sevdiğim kişinin acılarını dindirdi.	1	2	3	4	5
18) Sevdiğim kişiyi özlüyorum.	1	2	3	4	5
19) Bu kayıptan beri, başkalarına yardım etmek için daha çok çaba gösteriyorum.	1	2	3	4	5
20) Kendimi bomboş ve kaybolmuş hissediyorum.	1	2	3	4	5
21) Sevdiğim kişinin anılarını sevgiyle yad ediyorum.	1	2	3	4	5
22) Bu kayıptan beri, arkadaşlığa ve sosyal desteğe daha çok değer veriyorum.	1	2	3	4	5
23) Sevdiğim kişi ölmeye hazırlıklıydı.	1	2	3	4	5
24) Elimden geldiğince yaşadığım anın tadını çıkarıyorum. Hayatı dolu dolu yaşıyorum.	1	2	3	4	5
25) Bu kayıptan beri, daha sorumluluk sahibi bir insan oldum.	1	2	3	4	5
26) Sevdiğim kişinin daha iyi bir yerde olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
27) Bu kayıpla ilgili pişmanlıklarımın dolaylı acı çekiyorum.	1	2	3	4	5

28) Hayatın kısa olduğunu ve hiçbir şeyin garantisinin olmadığını anladım.	1	2	3	4	5
29) Bu kayıptan beri, bilgiye ve öğrenmeye açılan yeni yollar aradım.	1	2	3	4	5

Başa Çıkma Becerileri Ölçeği

YÖNERGE: Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve bu zorluklarla başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda günlük yaşantılarınız içerisinde karşılaştığınız değişik problem durumlarıyla nasıl başa çıktığınız ile ilgili ifadeler bulacaksınız. Kafanızda bazı problemleri somutlaştırarak bunlar üzerinde bir süre daha odaklaşıp cevaplarınızı somut durumlara yönelik olarak gerçekleştirebilirsiniz. Lütfen size uygun olan durumu işaretleyiniz.

Bir sıkıntım olduğunda...	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Genellikle
1. Arkadaşlarım ve yakınlarımdan duygusal destek almaya çalışırım					
2. Asıl problemim üzerinde yoğunlaşır, gerekirse başka şeyleri bir kenara bırakırım					
3. Attığım her adımı ve yapacağım her hareketi çok iyi düşünürüm					
4. Başa gelenin çekileceğine inanırım					
5. Başıma gelenden bir şeyler öğrenmeye çalışırım					
6. Başıma gelenlere inanmak istemem					
7. Başka şeylerden ziyade o problem üzerinde daha çok odaklaşıyorum					
8. Başkalarından ne yapabileceğim konusunda tavsiyeler alırım					

9.Başkalarından şefkat ve anlayış beklerim					
10.Benden yaşlı birine danışırım					
11.Benzer şeyleri yaşayan insanların tecrübelerinden yararlanırım					
12.Dini aktivitelere katılırım					
13.Dini inançlarımdan güç alarak kendimi güvende hissedirim					
14.Durum ile ilgili daha çok bilgi edinmek için başkalarına danışırım					
15.Duruma olduğu gibi alışmaya çalışırım					
16.Enerjimi yaptığım işler üzerinde yoğunlaştırırım					
17.Eskisinden daha fazla ibadet / dua ederim					
18.Gerginliğimi azaltmak için sigara içerim					
19.Her ne yaparsam zamanında yaparım					
20.Her şeyimle ilahi bir güce sığınırım					
21.Huzuru dinimde bulmayı denerim					
22.Kendime bunun gerçek olmadığını söylerim					
23.Kendimi da iyi hissedebilmek için uyuşturucu alırım					

24.Kendimi daha iyi hissetmek için ilaç alırım					
25.Ne yapacağım konusunda bir plan hazırlarım					
26.Olanlara daha iyimser bir gözle bakmaya çalışırım					
27.Olayın daha olumlu gözükmesini sağlamak için farklı bir bakış açısı ile yaklaşırım					
28.Problem hakkında daha az düşünmek için içki içerim					
29.Problem hakkında hissettiklerimi başkaları ile tartışırım					
30.Problemi bütün gerçekliğiyle olduğu gibi hissederim					
31.İlahi bir güçten yardım isterim					
32.Problemi çözmemi engelleyen diğer şeylerden kendimi alıkoymaya çalışırım					
33.Problemim hakkında somut bir şeyler yapabilecek birileri ile konuşurum					
34.Problemimden kurtulmak için değişik işlerle ilgilenirim					
35.Problemimden kurtulmak için üzerine direkt olarak giderim					
36.Problemimi daha az düşünmek için sinemaya giderim veya TV Seyrederim					
37.Problemimi en iyi nasıl çözebileceğimi düşünürüm					
38.Problemim ile ilgili duygularımı başkalarıyla paylaşıyorum					

39.Problemimle yaşamayı öğrenirim					
40.Problemimi unutmak için ders çalışır veya başka farklı şeylerle ilgilenirim					
41.Rahatlamak için ağlarım					
42.Müzik dinleyerek birçok şeyi unuturum					
43.Sanki hiçbir şey olmamış gibi davranırım					

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Lawton ve Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Bu bölümde sizden bazı günlük yaşam aktivitelerinizi değerlendirmeniz istenmektedir. Size uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. Telefonu kullanabilme

- | | |
|--|-----|
| 1) Telefonu rahatlıkla kullanır | (1) |
| 2) Birkaç iyi bilinen numarayı çevirir | (1) |
| 3) Cevap verir ama arayamaz | (1) |
| 4) Hiç kullanamaz | (0) |

2. Alışveriş

- | | |
|--|-----|
| 1) Tüm alışverişini bağımsız kendi yapar | (1) |
| 2) Küçük alışverişleri kendisi yapar | (0) |
| 3) Alışverişlerde yardıma ihtiyaç duyar | (0) |
| 4) Alışveriş yapamaz | (0) |

3. Yemek Hazırlama

- | | |
|---|-----|
| 1) Yeteri kadar yemeği hazırlar servis yapar | (1) |
| 2) Malzeme varsa yeterli yemek hazırlar | (0) |
| 3) Hazır yemeği ısıtır, sunar veya yemek hazırlar ama yeterli diyeti sağlayamaz | (0) |
| 4) Yemeklerin hazırlanmasına ihtiyacı vardır | (0) |

4. Ev Temizliği

- | | |
|---|-----|
| 1) Yalnız başına ya da nadir destekle evin üstesinden gelir | (1) |
| 2) Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi hafif işleri yapabilir | (1) |
| 3) Günlük işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz | (1) |
| 4) Hiçbir ev temizliği işine katılamaz | (0) |

5. Çamaşır

- 1) Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar (1)
- 2) Çorap mendil gibi küçük şeyleri yıkar (1)
- 3) Tüm çamaşır işlerini başkası halleder (0)

6.Yolculuk

- 1) Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır(1)
- 2) Taksiye biner, toplu taşıma kullanamaz (1)
- 3) Başkalarının yardımı ile toplu taşımadan faydalanır (1)
- 4) Yolculuğu başkalarının yardımı ile otomobille sınırlıdır (0)
- 5) Yolculuk yapamaz (0)

7.İlaçlarını Kullanabilme Sorumluluğu

- 1) İlaçlarını zamanında uygun dozda alabilir (1)
- 2) İlaçları hazırlanırsa düzenli alabilir (0)
- 3) İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz (0)

8.Mali İşler

- 1) Bağımsızca mali işlerin üstesinden gelir. (1)
- 2) Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyacı vardır. (1)
- 3) Mali işlerini takip edemez. (0)

NOT: Ölçek 8 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan 0-8 arasında değişmektedir. Düşük puan yüksek bağımlılık düzeyini göstermektedir.