

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZLİ) YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KAYIP YAŞAYAN BİREYLERDE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
SOMATİZASYON VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ İLE
İLİŞKİSİ

Salise Meltem AŞKIN

Yüksek Lisans Tezi

KAYIP YAŞAYAN BİREYLERDE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
SOMATİZASYON VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ İLE
İLİŞKİSİ

Salise Meltem AŞKIN

T.C.
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

ORCID ID: 0009-0008-5748-935

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mune AKTAY

İstanbul
Ocak 2025

KABUL VE ONAY

Salise Meltem AŞKIN tarafından hazırlanan “Kayıp Yaşayan Bireylerde Anksiyete Düzeylerinin Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkisi” başlıklı bu çalışma, 23 Ocak 2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Selçuk ASLAN** _____
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Esra Gül KOÇYİĞİT** _____
Altınbaş Üniversitesi

Tez Danışmanı: **Dr. Öğr. Üyesi Mune AKTAY** _____
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Enstitü Yönetim Kurulu;

Karar Tarihi :

Karar Numarası :

Dr. Öğr. Üyesi Şerafettin SEVGİLİ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

23 Ocak 2025

Salise Meltem AŞKIN



SAVUNMA ÖNCESİ ONAYLAR

BENZERLİK ONAYI		
Başlık	Kayıp Yaşayan Bireylerde Anksiyete Düzeylerinin Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkisi	
Savunma Tarihi	23.01.2025	
Sayfa Sayısı	152	
Benzerlik Yüzdesi (%)	%9	
Taranan Program	Turnitin	
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, özet, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan çalışmam için şahsım ve tez danışmanım/Enstitü Sorumlusu tarafından intihal tespit programında taraması yapılmıştır. Tez Danışmanımın gözetiminde tamamladığım çalışmamın azami benzerlik oranlarına göre intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.		
Öğrenci	Danışman	Enstitü Sorumlusu
Salise Meltem AŞKIN	Dr. Öğr. Üyesi Mune AKTAY	

ETİK KURUL ONAYI		
Başlık	Kayıp Yaşayan Bireylerde Anksiyete Düzeylerinin Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkisi	
Etik Kurul Toplantı Tarihi	04.01.2024	
Etik Kurul Karar No	20240104-128	
Enstitü Sekreteri		

TEZDEN ÇIKARILAN YAYIN		
Yayın Künyesi	Aşkın, S. M. (2025). Kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi. 6. th Ubak International Istanbul Current Scientific Research Congress.	
Yayın Türü	☐ Ulusal Hakemli Dergide Makale ☐ Uluslararası Hakemli Dergide Makale ☐ Ulusal Kongre/Sempozyumda Bildiri ☒ Uluslararası Kongre Sempozyumda Bildiri	
Enstitü Sekreteri		

TEŞEKKÜR

Öncelikle sevgili annem ve babama... Hayatın zorluklarını aşarken hep yanımda olduğunuzu bilmek, bana daima huzur ve güç verdi. Sizlerin varlığı, hayallerime ulaşmam için en büyük motivasyon kaynağım oldu. Sevginiz, emekleriniz ve fedakarlıklarınız olmasaydı bugün bu noktada olmam mümkün değildi. Bana dürüstlüğü, çalışkanlığı, insan olmanın değerini, koşulsuz sevgiyi ve her şartta ayakta kalmayı öğrettiniz. Bu tez, sizin emeğinizin bir yansımasıdır ve sizlere olan minnettarlığım asla kelimelere sığmaz. Sizin kızın olmaktan gurur duyuyorum.

Canım eşim... Sevgi dolu yüreğin ve sonsuz sabrınla yorulduğumda beni cesaretlendirdin, kaybolduğumda bana yol gösterdin. Bu sürecin en zor anlarında bile sevgiyle destek olup benimle birlikte bu yolu yürüdüğün için sana çok teşekkür ederim. Seninle birlikte daha nice başarıları, sevinçleri ve hayalleri paylaşmak için sabırsızlanıyorum. İyi ki varsın.

Ve bu satırları yazarken kalbimde tarifsiz bir özlemle andığım, sevgili abim Oğuzhan... Artık yanımızda olmasan da, hatıraların benimle. Sana olan sevgim ve özlemim bu tezi yazmamın ardındaki en derin, temel duygulardan biri. Bu çalışmayı, sonsuz sevgi ve saygıyla senin anına ithaf ediyorum. Her zaman kalbimde ve düşüncelerimde olacaksın.

Salise Meltem AŞKIN

Ocak, 2025

ÖZET

Salise Meltem AŞKIN

Kayıp Yaşayan Bireylerde Anksiyete Düzeylerinin Somatizasyon ve Duygu Düzenleme
Güçlüğü ile İlişkisi
Yüksek Lisans Tezi
İstanbul, 2025

Kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışma, bireylerin kayıp sonrası yaşadığı psikolojik ve fizyolojik etkileri anlamaya yönelik kapsamlı bir araştırma sunmaktadır. Kayıp, bireylerin yaşamında duygusal ve fiziksel dengesizliklere yol açarak, yoğun anksiyete ve somatizasyon belirtileriyle kendini gösterebilmektedir. Bu süreçte, duygu düzenleme güçlükleri de bireylerin baş etme mekanizmalarını etkileyerek yas sürecini daha karmaşık hale getirebilir. Çalışmada, 324 kişilik bir örneklem grubundan elde edilen veriler, Beck Anksiyete Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi, parametrik yöntemlerle gerçekleştirilmiş ve kayıp yaşayan bireylerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyleri arasındaki ilişkiler detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bulgular, anksiyete ile somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ($r = .650$, $p < .05$) ve anksiyetenin somatizasyon düzeyinin %42'sini açıkladığını göstermiştir. Ayrıca, anksiyetenin felaketleştirme, düşünceye odaklanma ve kendini suçlama gibi duygu düzenleme stratejileriyle de anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar, anksiyetenin kayıp sürecinde bireylerin psikolojik ve fizyolojik işlevselliklerini önemli ölçüde etkilediğini ve bu etkilerin duygu düzenleme güçlükleriyle daha da karmaşık hale geldiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, kayıp yaşayan bireylere yönelik destek programlarının anksiyete ve somatizasyonu azaltmaya, duygu düzenleme becerilerini ise güçlendirmeye odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır. Çalışma, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkili müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler

Anksiyete, somatizasyon, kayıp, duygu düzenleme

ABSTRACT

Salise Meltem AŞKIN

Relationship between Anxiety Levels and Somatization and Emotion Regulation

Difficulties in Individuals Who Have Experienced Loss

Master's Thesis

Istanbul, 2025

This study, which aims to examine the relationship between anxiety levels and somatization and emotion regulation difficulties in individuals who have experienced loss, presents a comprehensive study aimed at understanding the psychological and physiological effects individuals experience after loss. Loss can cause emotional and physical imbalances in individuals' lives, manifesting itself with intense anxiety and somatization symptoms. During this process, emotion regulation difficulties can also affect individuals' coping mechanisms and make the mourning process more complicated. In the study, data obtained from a sample group of 324 people were collected using the Beck Anxiety Inventory, Somatization Scale and Cognitive Emotion Regulation Scale. Data analysis was carried out with parametric methods and the relationships between anxiety, somatization and emotion regulation levels of individuals who have experienced loss were examined in detail. The findings showed that there was a positive and significant relationship between anxiety and somatization ($r = .650$, $p < .05$) and that anxiety explained 42% of the somatization level. In addition, it was determined that anxiety was significantly related to emotion regulation strategies such as catastrophizing, focusing on thoughts and self-blame. The results show that anxiety significantly affects the psychological and physiological functioning of individuals during the loss process and that these effects are further complicated by difficulties in emotion regulation. These findings emphasize that support programs for individuals experiencing loss should focus on reducing anxiety and somatization and strengthening emotion regulation skills. The study aims to contribute to the development of effective interventions at both individual and societal levels.

Keywords

Anxiety, somatization, loss, emotion regulation

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
1.1. Kayıp	3
1.1.1. Kaybın Etkileri.....	4
1.1.2. Yakın Kaybı.....	6
1.1.3. Kayıp Sonrası Ruhsal Durum	7
1.1.4. Yas Kavramı	8
1.1.5. Yasın Evreleri	10
1.1.6. Komplike Yas	11
1.1.7. Komplike Olmayan Yas	13
1.2. Somatizasyon Tanımı ve Belirtileri.....	15
1.2.1. Somatizasyon Tarihçesi	16
1.2.2. Somatizasyon Epidemolojisi	17
1.2.3. Somatizasyon Etiyolojisi	19
1.2.4. Somatizasyon Bozukluğunun Anksiyete ile İlişkisi	20
1.2.5. Somatizasyon Bozukluğunun Tedavisi.....	22
1.3. Anksiyete Kavramı.....	23
1.3.1 Anksiyete Epidemolojisi.....	25
1.3.2 Anksiyete Etiyolojisi	27
1.3.3. Anksiyete Bozuklukları	29
1.3.4. Anksiyete ve Somatizasyon.....	31
1.3.5. Anksiyeteli Bireylerde Görülen Davranışlar	33
1.4. Duygu Düzenleme Modelleri	34
1.4.1. Duygu Düzenleme Süreci Modeli	37

1.4.2. Kişilerarası Stratejilerin Bir Süreç Modeli	39
1.4.3. Kuramlar Çerçevesinde Duygular	41
1.4.4. Duygu Düzenlemenin Anksiyete ile İlişkisi	49
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM.....	52
2.1 Araştırmanın Amacı	52
2.2 Araştırmanın Önemi	53
2.3 Araştırmanın Alt Problemleri	54
2.4 Araştırmanın Hipotezleri ve Soruları	56
2.5 Araştırmanın Sayıltıları, Sınırları ve Kısıtlılıkları.....	57
2.6 Araştırma Modeli	60
2.7 Evren ve Örneklem.....	61
2.8 Verilerin Toplanmasında Kullanılan Ölçme Araçları	63
2.8.1 Demografik Bilgi Formu	64
2.8.2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAI).....	64
2.8.3 Somatizasyon Ölçeği	65
2.8.4 Duygu Düzenleme Ölçeği (CERQ)	66
2.9 Veri Toplanması ve Analizi	67
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	70
3.1 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Somatizasyon Düzeyleri Arasında Pozitif Yönde Anlamlı İlişki Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular	71
3.2 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Düzeyleri Arasında Anlamlı İlişki Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular	71
3.3 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Duygu Düzenleme Düzeyleri ile Somatizasyon Düzeyleri Arasında İlişki Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular	72
3.4 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeylerinin, Somatizasyon Düzeyleri ve Duygu Düzenleme Üzerinde Etkisi Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular	73
3.5 “Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Düzeyi Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine Yönelik Bulgular	77
3.6 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri, Somatizasyon Düzeyleri ve Duygu Düzenleme Becerileri Demografik Özelliklere (Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Çocuğu Olma Durumu, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Kayıp Yaşanan Kişi, Kayıt Üzerinden Geçen Süre ve Kayıp Sonrası Psikolojik Destek Alma Durumu) Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine Yönelik Bulgular	79
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	106
4.1 Tartışma.....	106

4.2 Sonuç ve Öneriler.....	116
KAYNAKLAR	119
EK 1. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	135
EK 2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	138
EK 3. SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ	139
EK 4. DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ.....	144
ETİK KURUL ONAYI.....	152



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Değişkenleri İçin Ortalama, Standart Sapma ve Dağılımlar (Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları)	70
Tablo 2. Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki	71
Tablo 3. Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Düzeyleri Arasındaki İlişki	71
Tablo 4. Kayıp Yaşayan Bireylerin Somatizasyon Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Düzeyleri Arasındaki İlişki	72
Tablo 5. Anksiyete Düzeyinin Somatizasyon Düzeyine Olan Etkisi Örnek.....	73
Tablo 6. Anksiyete Düzeyinin Planlama Düzeyine Olan Etkisi Örnek Tablo Başlığı.....	74
Tablo 7. Anksiyete Düzeyinin Olumlu Yeniden Odaklanma Düzeyine Olan Etkisi	74
Tablo 8. Anksiyete Düzeyinin Felaketleştirme Düzeyine Olan Etkisi	74
Tablo 9. Anksiyete Düzeyinin Diğerlerini Suçlama Düzeyine Olan Etkisi	75
Tablo 10. Anksiyete Düzeyinin Düşünceye Odaklanma Düzeyine Olan Etkisi	75
Tablo 11. Anksiyete Düzeyinin Yeniden Değerlendirme Düzeyine Olan Etkisi.....	75
Tablo 12. Anksiyete Düzeyinin Perspektif Düzeyine Olan Etkisi	76
Tablo 13. Anksiyete Düzeyinin Kabul Düzeyine Olan Etkisi	76
Tablo 14. Anksiyete Düzeyinin Kendini Suçlama Düzeyine Olan Etkisi	76
Tablo 15. Anksiyete Düzeyinin Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan Düzeyine Olan Etkisi.....	77
Tablo 16. Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Düzeyi Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Göre Farklılaşması	77
Tablo 17. Yaş gruplarına göre Levene Varyans Homojenliği Testi Sonuçları	80
Tablo 18. Yaş gruplarına göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	80
Tablo 19. Cinsiyete Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları	83
Tablo 20. Medeni Durum Alt Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	85
Tablo 21. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları	87
Tablo 22. Eğitim Seviyesine Göre Alt Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	89
Tablo 23. Çalışma Durumuna Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları	93
Tablo 24. Kayıp Yaşanan Kişi Gruplarına Göre Levene Varyans Homojenliği Testi Sonuçları	95
Tablo 25. Kayıp Yaşanan Kişi Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	96

Tablo 26. Kayıp Üzerinden Geçen Süreye göre Levene Varyans Homojenliği Testi Sonuçları	100
Tablo 27. Kayıp üzerinden geçen süreye göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	100
Tablo 28. Kayıp Süresince Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları.....	103



KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
APA	American Psychological Association
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HPA	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal aks
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
IPT	Kişiler Arası Terapi
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
GAD	Generalized Anxiety Disorder
SAB	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
GABA	Gama Aminobütirik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WHO	World Health Organization
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
SNRI	Serotonin- Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
BDY	Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
GAB	Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu
BAI	Beck Anxiety Inventory
CERQ	The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised

GİRİŞ

İnsanın hayatında kayıp, kaçınılmaz bir gerçektir ve bireylerin ruhsal durumları üzerinde derin etkiler bırakabilir. Kaybın neden olduğu duygusal ve psikolojik travmalar, yas süreciyle birlikte bireyin iç dünyasında önemli değişimlere yol açmaktadır. Bu süreçte yaşanan zorluklar, bireylerde anksiyete, depresyon, somatizasyon gibi ruhsal ve bedensel bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir (Bowlby, 1980). Yas ve kayıp süreci, bireylerin normal yaşam seyrinde dengesizliklere ve farklılıklara yol açarken, duygularını düzenleme ve anlamlandırma becerilerini de önemli ölçüde etkilemektedir.

Kaybın deneyimlenmesi, ölüm, boşanma, iş kaybı veya ilişkisel ayrılıklar gibi birçok biçimde karşımıza çıkabilir ve her birey bu deneyimi farklı şekilde yaşar (Worden, 2009). Özellikle sevilen bir kişinin kaybı, en derin acı ve yas süreçlerinden biridir. Bu tür kayıplar, bireylerin hem psikolojik hem de fiziksel sağlıklarını etkileyebilir ve bireyin içsel dengeyi yeniden oluşturma süreci genellikle karmaşık olabilir (Freud, 1917).

Bu çalışmada, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Anksiyete, kaygı ve endişe duygularının belli derecelerde ve sürekli yaşanması ile karakterize edilen bir ruhsal durum olup, bireyin günlük yaşam işlevselliğini ciddi şekilde etkileyebilir (American Psychiatric Association, 2013). Kayıp yaşayan bireylerde, anksiyetenin ortaya çıkışı ve bu durumun şiddeti, kaybın türüne, kayıp sürecine ve bireyin psikolojik dayanıklılığına bağlı olarak değişebilir. Bu süreçte, bireylerin duygusal düzenleme becerileri de anksiyete ile başa çıkma kapasiteleri üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. (Gross, 2007).

Somatizasyon, bireyin yaşadığı psikolojik sıkıntıları fiziksel belirtilerle ifade etme durumu olarak tanımlanmaktadır (Kroenke, Spitzer, ve Williams, 2002). Bu eğilim, kayıp yaşayan bireylerde sıklıkla gözlemlenen bir tepkidir ve bireyin stres ve anksiyete ile başa çıkma kapasitesini sınavabilir. Somatizasyonun anksiyete ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir ve kayıp yaşayan bireylerde bu semptomların artış göstermesi olası ve beklenen bir durumdur (Barsky, 1992).

Duygu düzenleme güçlüğü, bireyin duygusal deneyimlerini anlamlandırma ve yönetme becerilerinde yaşadığı zorluklar olarak tanımlanabilir (Garnefski, Kraaij, ve Spinhoven,

2001). Kayıp sonrası bireylerde duygu düzenleme becerilerinin zayıflaması, anksiyete düzeylerini arttırabilir ve bu durum bireyin yas sürecindeki zorluklarını derinleştirebilir. Duygusal düzenleme yetileri zayıf olan bireyler, kayıp sonrasında daha yüksek seviyede anksiyete ve somatizasyon belirtileri gösterebilir ve deneyimleyebilirler (Aldao, Nolen-Hoeksema, ve Schweizer, 2010).

Bu bağlamda, araştırmanın amacı, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkileri incelemektir. Araştırma, farklı kayıp türlerine (ölüm, ilişkisel kayıplar gibi) ve kaybın üzerinden geçen süreye göre anksiyete düzeylerindeki değişiklikleri analiz ederek, bireylerin yaşadıkları duygusal zorlukları anlamaya ve açıklamaya çalışacaktır. Elde edilen bulguların, kayıp yaşayan bireylerin psikolojik destek süreçlerinde ve tedavi yaklaşımlarında rehberlik etmesi amaçlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kayıp

Kayıp, bireyin yaşamında derin etkiler yaratan ve duygusal, fiziksel ve sosyal alanlarda değişimlere yol açan karmaşık bir süreçtir. Bir yakını, değerli bir varlığı ya da anlamlı bir durumu kaybetmek, bireyin psikolojik dengesini bozabilecek güçlü bir etki yaratır (Stroebe ve Schut, 1999). Bu süreç, bireylerin yaşamlarını yeniden şekillendirmek zorunda kalmaları nedeniyle, çoğu zaman yoğun duygusal tepkilere neden olmakta ve başa çıkma mekanizmalarını sınamaktadır (Bonanno vd., 2004).

Kayıp yaşantısı, genellikle bireylerin anlamlandırmakta güçlük çektiği karmaşık duygularla ilişkilidir. Bu duygular arasında yoğun üzüntü, çaresizlik, özlem ve boşluk hissi bulunabilir (Worden, 2008). Bireyler, kaybın ardından yaşadıkları yas sürecinde, kaybedilenin anlamını ve kendi yaşamlarına etkisini sorgulayarak bu yeni duruma uyum sağlamaya çalışırlar (Neimeyer vd., 2002). Yas süreci, bireyin duygu düzenleme becerilerini zorlayabilen bir dönemdir. Duyguların bu kadar yoğun yaşandığı bir süreçte, bireyin anksiyete düzeyinde artış ve somatizasyon belirtilerinde belirginleşme görülebilir (Prigerson vd., 2009). Araştırmalar, kaybın ardından yaşanan psikolojik tepkilerin şiddetinin, bireyin sosyal destek sistemi, kişisel dayanıklılığı ve yaşam koşulları gibi faktörlere bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir (Stroebe vd., 2007).

Kayıp yalnızca psikolojik bir deneyim değil, aynı zamanda fiziksel belirtilerle de kendini gösterebilir. Somatizasyon, bu süreçte sıkça karşılaşılan bir durumdur ve bireyin yaşadığı psikolojik stresi fiziksel semptomlar yoluyla ifade etmesine neden olmaktadır (Barsky vd., 2001). Örneğin, baş ağrıları, mide rahatsızlıkları veya kas gerginliği gibi belirtiler kayıpla ilişkili duygusal yükün fiziksel tezahürleri olarak görülebilir. Bu durum, bireylerin fiziksel sağlıklarının yanı sıra günlük işlevselliklerini de olumsuz etkileyebilir (Kendler vd., 2003).

Duygusal tepkilerin yanı sıra, kayıp yaşayan bireylerin sosyal ilişkilerinde de değişimler gözlemlenebilir. Bazı bireyler destek ararken, diğerleri ise kendilerini izole etme eğiliminde olabilir. Sosyal destek, yas sürecinin daha sağlıklı bir şekilde atlatılmasında kritik bir öneme sahiptir (Parkes ve Prigerson, 2010). Araştırmalar, sosyal desteğin bireylerin duygusal yüklerini hafiflettiğini ve duygusal düzenleme süreçlerini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Bonanno vd., 2004). Özellikle yakın çevreden

alınan destek, bireylerin kaybın ardından yaşadıkları yoğun duygusal sıkıntıları yönetmelerinde yardımcı olmaktadır (Stroebe vd., 2005).

Bu bağlamda, kayıp sürecinin bireyin yaşamında yarattığı etkiler çok boyutludur. Psikolojik, fiziksel ve sosyal faktörlerin bir araya geldiği bu süreç, bireylerin kişisel dayanıklılıklarını ve başa çıkma mekanizmalarını test eden bir deneyimdir. Araştırma, kayıp sürecinde bireylerin yaşadığı anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme süreçlerini ele alarak, bu faktörler arasındaki ilişkileri ve bu süreçte etkili olan değişkenleri anlamayı hedeflemektedir. Elde edilen bulgular, bireylerin kayıpla başa çıkma süreçlerine yönelik bireysel ve toplumsal düzeyde yeni stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

1.1.1. Kaybın Etkileri

Kayıp, bireyin yaşamında hem psikolojik hem de fiziksel anlamda geniş kapsamlı etkiler yaratabilir. Yakın birinin, değerli bir varlığın ya da anlamlı bir durumun yitirilmesi, bireyin duygusal, zihinsel, sosyal ve fiziksel süreçlerini etkileyen karmaşık bir deneyimdir. Kaybın etkileri, bireyden bireye değişiklik göstermekle birlikte, çoğunlukla yoğun duygusal tepkiler, bilişsel karmaşıklıklar ve fiziksel belirtilerle kendini göstermektedir (Stroebe ve Schut, 1999).

Psikolojik etkiler arasında en sık karşılaşılan durumlar, yoğun üzüntü, çaresizlik, özlem ve boşluk hissidir (Worden, 2008). Bu duygular, bireyin yas sürecinde doğal olarak ortaya çıkabilen, ancak bazen işlevselliği etkileyebilecek düzeyde olabilen tepkilerdir. Örneğin, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin arttığı ve bu durumun, bireyin duygusal dengeyi yeniden kurmasını zorlaştırdığı belirtilmektedir (Prigerson vd., 2009). Bireylerin kayba verdikleri tepkiler, duygu düzenleme becerileriyle doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı bir duygu düzenleme becerisine sahip olan bireylerin bu süreçte daha iyi başa çıkabildiği, ancak zayıf duygu düzenleme becerilerinin yas sürecini daha karmaşık hale getirebileceği araştırmalarla ortaya konmuştur (Bonanno vd., 2004).

Zihinsel etkiler arasında ise, bireyin kayba yönelik düşüncelerine ve bu kaybın anlamına odaklanması yer alır. Kaybın ardından birey, sık sık geçmişteki anılara yönelir, kaybedilen kişinin ya da durumun yaşamındaki yerini yeniden değerlendirir ve gelecekteki belirsizliklerle başa çıkmaya çalışır (Neimeyer vd., 2002). Bu süreçte, bireyin

bilişsel karmaşıklıklar yaşaması ve zaman zaman odaklanma güçlüğü çekmesi yaygın bir durumdur. Ayrıca, kaybın bireyin yaşamına olan etkilerini anlamaya çalışması, bu süreçte zihinsel yorgunluğu artırabilir (Stroebe vd., 2007).

Kaybın fiziksel etkileri de sıkça gözlemlenmektedir. Fiziksel etkiler arasında kronik stres, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, baş ağrıları ve genel yorgunluk yer almaktadır (Barsky vd., 2001). Bu belirtiler, bireyin duygusal yükünü fiziksel bir biçimde ifade etmesinin bir sonucu olabilir. Somatizasyon belirtilerinin kayıp sürecinde daha belirgin hale geldiği ve bireylerin fiziksel şikayetlerini artırdığı bilinmektedir (Kendler vd., 2003). Bu tür fiziksel etkiler, bireylerin genel sağlık durumunu ve günlük işlevselliklerini olumsuz etkileyebilir.

Sosyal açıdan ise, kayıp yaşayan bireylerin ilişkilerinde değişiklikler gözlemlenebilir. Bazı bireyler destek arayışına girerken, bazıları ise kendilerini sosyal çevreden izole etme eğiliminde olabilir. Sosyal destek, yas sürecinin sağlıklı bir şekilde atlatılmasında önemli bir faktördür ve bireyin duygusal iyilik hali üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Parkes ve Prigerson, 2010). Araştırmalar, sosyal desteğin bireyin kayıp sürecinde yaşadığı zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olduğunu göstermektedir (Bonanno vd., 2004). Bununla birlikte, sosyal destek mekanizmalarının yetersiz olduğu durumlarda, bireylerin yas sürecini daha yoğun bir şekilde yaşadığı ve bunun daha uzun süreli psikolojik etkiler doğurabileceği belirtilmektedir (Stroebe vd., 2005).

Son olarak, kaybın birey üzerinde kişisel büyüme ve dönüşüm için bir fırsat yaratabileceği de unutulmamalıdır. Araştırmalar, bazı bireylerin kayıp deneyiminden anlam çıkararak daha güçlü bir duygusal dayanıklılık geliştirdiğini ve yaşam önceliklerini yeniden değerlendirdiğini ortaya koymaktadır (Neimeyer vd., 2002). Bu süreç, bireyin olumsuz bir deneyimden ders alarak içsel büyüme için bir fırsat yaratma becerisini ifade etmektedir.

Kaybın etkileri, bireylerin yaşamlarında çok boyutlu değişimlere yol açmaktadır. Psikolojik, zihinsel, fiziksel ve sosyal boyutlarıyla ele alınması gereken bu etkiler, bireyin yaşamına olan bütünsel etkisini anlamak için derinlemesine bir inceleme gerektirmektedir. Araştırmanın bulguları, kaybın bu boyutlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayarak bireylerin desteklenmesine yönelik önemli bilgiler sunmaktadır.

1.1.2. Yakın Kaybı

Yakın birinin kaybı, bireylerin yaşamında derin ve kalıcı etkiler yaratan zorlu bir deneyimdir. Bu tür bir kayıp, bireyin duygusal, bilişsel ve sosyal süreçlerini etkileyerek yaşam dengesini önemli ölçüde sarsabilir. Bir aile üyesi, eş, arkadaş veya önemli bir yakını kaybetmek, bireyin yaşamında boşluk hissine yol açan karmaşık bir sürecin başlangıcını oluşturur. Bu süreç, bireylerde yoğun yas tepkilerine neden olur ve bu tepkiler, kaybın bireyin yaşamındaki yerini, anlamını ve etkisini yeniden değerlendirme çabalarını içermektedir. (Stroebe ve Schut, 1999).

Yakın kaybı yaşayan bireyler, genellikle yoğun bir duygusal stres altına girerler. Bu süreçte bireyler, özlem, hüznün, çaresizlik, öfke ve suçluluk gibi karmaşık duygular yaşayabilirler (Worden, 2008). Bu duygular, bireyin kayıp karşısında yaşadığı doğal tepkiler olmakla birlikte, bireyden bireye farklılık gösterebilir. Araştırmalar, yakın kaybının ardından bireylerin anksiyete düzeylerinin arttığını ve bu durumun somatizasyon belirtilerini tetikleyebileceğini göstermektedir (Prigerson vd., 2009). Ayrıca, duygu düzenleme becerilerinin yetersiz olduğu durumlarda, kaybın etkileri daha uzun sürebilir ve bireyin günlük işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Bonanno vd., 2004).

Yakın kaybının etkileri yalnızca duygusal düzeyde kalmaz; bilişsel ve fiziksel süreçler üzerinde de etkili olabilir. Bireyler, kaybettikleri yakınlarının yaşamlarındaki yerini sık sık düşünür, geçmişteki anıları hatırlar ve gelecekle ilgili belirsizliklerle yüzleşmek zorunda kalırlar (Neimeyer vd., 2002). Bu süreç, bireyin odaklanma sorunları yaşamasına ve zihinsel karmaşıklıklarla mücadele etmesine neden olabilmektedir. Fiziksel olarak ise kayıp, kronik stres, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ve yorgunluk gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bu tür fiziksel etkiler, bireyin kayıpla ilişkili duygusal yükünü bedeninde ifade etme biçimi olarak yorumlanmaktadır (Barsky vd., 2001).

Sosyal destek, yakın kaybı yaşayan bireyler için kritik bir öneme sahiptir. Araştırmalar, sosyal desteğin yas sürecini sağlıklı bir şekilde yönetmekte bireyler için önemli bir araç olduğunu göstermektedir (Stroebe vd., 2007). Destekleyici bir çevre, bireyin duygusal yükünü hafifletebilir ve duygu düzenleme becerilerini olumlu yönde etkileyebilir. Bununla birlikte, sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda, bireylerin yas sürecini daha yoğun ve karmaşık bir şekilde yaşadığı belirtilmektedir (Parkes ve Prigerson, 2010).

Yakın kaybının birey üzerinde yaratabileceği bir diğer etki ise, kişisel büyüme ve dönüşüm sürecidir. Bazı bireyler, kayıp sürecini bir dayanıklılık testi olarak algılayabilir ve bu süreçte içsel güçlerini keşfederek duygusal dayanıklılıklarını artırabilirler (Neimeyer vd., 2002). Kayıp, bireylerin yaşam önceliklerini yeniden değerlendirmelerine, anlam arayışına yönelmelerine ve derin bir içsel dönüşüm süreci yaşamalarına olanak tanıyabilir.

Yakın kaybı, bireylerin yaşamında çok boyutlu etkiler yaratan bir deneyimdir. Bu etkiler, bireyin psikolojik, fiziksel ve sosyal süreçlerini etkileyerek kayıpla başa çıkma mekanizmalarını sınar. Araştırmalar, bu süreçte bireylerin yaşadığı duygusal ve fiziksel tepkilerin anlaşılmasının, etkili destek mekanizmalarının geliştirilmesi için kritik bir öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, çalışmanın bulgularının, kayıpla başa çıkma süreçlerini desteklemeye yönelik bilimsel bilgi sağlaması ve bireysel müdahale programlarının tasarlanmasına katkıda bulunması beklenmektedir.

1.1.3. Kayıp Sonrası Ruhsal Durum

Kayıp, bireyin yaşamında derin ve çok yönlü etkiler yaratan bir deneyimdir. Yakın birinin ya da anlamlı bir şeyin kaybı, bireyin ruhsal dengesini bozarak yoğun duygusal tepkilere yol açabilir. Bu süreç, bireyin ruhsal durumunda önemli değişimlere neden olabilir ve yas sürecinin doğal bir parçası olarak değerlendirilir. Kayıp sonrası ruhsal durum, bireyin anksiyete düzeyinde artış, somatizasyon belirtilerinde belirginleşme ve duygu düzenleme becerilerinde zorluklarla karakterizedir (Stroebe ve Schut, 1999).

Kayıp sonrası bireylerin en sık yaşadığı ruhsal durum değişikliklerinden biri, anksiyete seviyelerinin artmasıdır. Anksiyete, gelecekte olabilecek olumsuz olaylara dair yoğun kaygı ve korku hissi olarak tanımlanır. Kayıp yaşayan bireylerde bu durum, belirsizlik ve kontrol kaybı hissiyle daha da güçlenebilir. Araştırmalar, kaybın ardından bireylerin sıklıkla fiziksel semptomlar geliştirdiğini ve bu belirtilerin somatizasyon olarak adlandırıldığını göstermektedir (Barsky vd., 2001). Somatizasyon, bireyin yaşadığı duygusal sıkıntının fiziksel semptomlar yoluyla ifade edilmesi anlamına gelir. Kayıp sonrası süreçte baş ağrısı, mide rahatsızlıkları ve kronik yorgunluk gibi belirtiler bu durumun yaygın örnekleri arasında yer almaktadır.

Bireyin kayıp sonrası yaşadığı ruhsal durumu etkileyen bir diğer önemli faktör, duygu düzenleme becerileridir. Duygu düzenleme, bireyin olumsuz duygularla başa çıkma ve bu duyguları yönetme kapasitesini ifade eder (Gross ve Thompson, 2007). Kayıp sonrası dönemde bireyler, yoğun duygusal yükü başa çıkmakta zorluk yaşayabilir ve bu durum, bireyin yas sürecini daha karmaşık hale getirebilir. Araştırmalar, sağlıklı duygu düzenleme becerilerine sahip bireylerin kayıpla daha etkili bir şekilde başa çıkabildiğini ve bu becerilerin psikolojik iyilik hali üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır (Bonanno, 2004).

Kayıp sonrası, bireylerin sosyal ilişkilerinde ve günlük yaşamlarındaki işlevselliği de etkileyebilir. Sosyal destek, bu dönemde bireylerin yaşadığı zorluklarla başa çıkmasında kritik bir rol oynamaktadır. Yakın çevreden alınan destek, bireyin yalnızlık hissini azaltır ve duygusal yükünü hafifletir (Parkes ve Weiss, 1983). Bununla birlikte, sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda bireyler, kaybın etkilerini daha yoğun bir şekilde deneyimleyebilir ve bu durum, uzun süreli ruhsal sorunlara yol açabilir (Rando, 1993).

Kayıp sonrası ruhsal durum, bireylerin yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel sağlıklarını da etkileyebilir. Kayıpla ilişkili olarak yaşanan stres, bireyin bağışıklık sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir ve bu durum, bireyin hastalıklara karşı daha savunmasız hale gelmesine neden olabilir (Shear ve Shair, 2005). Ayrıca, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ve enerji kaybı gibi fiziksel belirtiler de kayıp sonrası dönemde sıkça gözlemlenen durumlar arasındadır. Kayıp sonrası ruhsal durum, bireyin yaşamındaki çok boyutlu değişimlerin bir yansımasıdır. Anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerilerinde yaşanan zorluklar, bu sürecin birey üzerindeki etkilerini anlamada kritik öneme sahiptir.

1.1.4. Yas Kavramı

Yas, bireyin bir kaybın ardından yaşadığı doğal bir süreç olup, hem duygusal hem de bilişsel tepkilerle karakterize edilen bir deneyimdir. Yakın birinin ya da anlamlı bir şeyin kaybı, bireyde derin bir boşluk hissi yaratabilir ve bu boşluğu anlamlandırmaya yönelik çabalar, yas sürecinin temelini oluşturur. Bu süreç, bireyin kayba verdiği kişisel tepkiye, kaybedilenin yaşamındaki yerine ve bireyin sosyal destek sistemine bağlı olarak şekillenebilir (Stroebe ve Schut, 1999).

Yas süreci genellikle yoğun duygusal tepkilerle başlamaktadır. Bu tepkiler arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, suçluluk ve özlem gibi duygular bulunmaktadır. Bu duygusal tepkiler, bireyin kaybı kabul etme ve yeni bir yaşam dengesine ulaşma sürecinin doğal bir parçasıdır (Worden, 2008). Ancak bu tepkiler, bireyin duygu düzenleme becerileri ve kaybı anlamlandırma kapasitesine bağlı olarak farklı yoğunluklarda yaşanabilir. Araştırmalar, yas sürecindeki bireylerin duygu düzenleme becerilerinde zorluklar yaşayabileceğini ve bu durumun yasin süresini ve şiddetini etkileyebileceğini göstermektedir (Bonanno vd., 2004).

Yas yalnızca bireysel bir süreç olarak değil, aynı zamanda sosyal bir deneyim olarak da ele alınabilir. Bireyin yas sürecinde sosyal çevresiyle kurduğu ilişki, bu süreçte büyük bir rol oynamaktadır. Sosyal destek, yas sürecinin sağlıklı bir şekilde atlatılmasında kritik bir öneme sahiptir. Araştırmalar, sosyal desteğin bireylerin yas sürecindeki duygusal yüklerini hafifletmeye yardımcı olduğunu ve bu desteğin eksikliğinin yasin daha karmaşık hale gelmesine neden olabileceğini ortaya koymaktadır (Stroebe vd., 2007).

Bilişsel açıdan, yas süreci bireyin kaybı anlamlandırma çabasını içermektedir. Bu süreçte birey, kaybedilen kişinin yaşamındaki yerini ve kendi hayatında bıraktığı boşluğu yeniden değerlendirme eğilimindedir. Bu bilişsel değerlendirme süreci, bireyin kayıpla ilişkili duygularını düzenlemesine ve yeni bir yaşam dengesine ulaşmasına katkıda bulunabilir (Neimeyer vd., 2002). Ancak, kaybın ani ve beklenmedik bir şekilde gerçekleşmesi durumunda, bu bilişsel süreçler daha karmaşık hale gelebilir ve bireyin yas sürecinde daha fazla zorluk yaşamasına neden olabilmektedir (Prigerson vd., 2009).

Fiziksel açıdan, yas süreci bireyin sağlık durumunu da etkileyebilir. Stres, uyku bozuklukları, iştah kaybı ve enerji düşüklüğü gibi belirtiler, yas sürecinin fiziksel sonuçları arasında yer almaktadır (Barsky vd., 2001). Bu belirtiler, bireyin duygusal ve fiziksel sağlığı arasındaki bağlantıyı göstermekte ve yas sürecinde bireyin genel iyilik halinin korunmasının önemini vurgulamaktadır.

Sonuç olarak, yas süreci, bireyin kayba verdiği duygusal, bilişsel ve fiziksel tepkilerin bir bütünüdür. Bu süreç, bireyin kişisel başa çıkma mekanizmalarına, sosyal destek sistemine ve kaybın doğasına bağlı olarak farklı şekillerde deneyimlenir. Araştırmalar, bu sürecin etkili bir şekilde yönetilmesinin, bireyin genel iyilik halini korumasında ve yaşamında yeni bir denge kurmasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bağlamda, yas

kavramını anlamak, kayıp yaşayan bireylere yönelik etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlayabilir.

1.1.5. Yasın Evreleri

Yas, bireyin bir kaybın ardından yaşadığı karmaşık bir süreçtir ve bu süreç genellikle belirli evreler halinde ilerler. Yasın evreleri, bireyin kaybı anlamlandırması, kayba uyum sağlaması ve yeni bir yaşam dengesine ulaşması için geçirdiği aşamaları ifade etmektedir. İlk olarak Kübler-Ross (1969) tarafından tanımlanan yasın beş evresi, şok ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklindedir. Bu model, bireylerin kayıp karşısındaki duygusal ve bilişsel tepkilerini anlamak için önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bununla birlikte, evrelerin her birey tarafından aynı sırayla ya da aynı yoğunlukta yaşanmadığı ve kişisel faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebileceği vurgulanmalıdır (Stroebe ve Schut, 1999).

Yas süreci genellikle şok ve inkar evresiyle başlamaktadır. Birey, kaybın gerçekliğini kabul etmekte zorlanır ve durumu inkar ederek acının etkisini azaltmaya çalışır. İnkâr, bireyin duygusal olarak kendini koruma mekanizmasıdır ve kaybın ağırlığıyla başa çıkmak için bir tampon görevi görmektedir (Worden, 2008). Bu evrede bireyde donukluk, hissizlik, şaşkınlık gibi tepkiler gözlemlenebilir. Özellikle ani ve beklenmedik kayıplarda bu evrenin daha uzun sürdüğü belirtilmiştir (Parkes, 1998). Şok ve inkar evresi, bireyin kaybın gerçekliğini anlamlandırmaya başlamasıyla sona ermektedir.

Şok ve inkarın ardından birey genellikle yoğun bir öfke hissi yaşamaktadır. Bu öfke, kaybın nedeni olarak görülen kişilere, olaylara ya da hatta hayata yöneltilir (Rando, 1993). Öfke, bireyin acıyla başa çıkma sürecinin bir parçasıdır ve genellikle bireyin yaşadığı adaletsizlik hissini ifade eder. Bu evrede birey, "Neden ben?" ya da "Bu durum nasıl böyle oldu?" gibi sorularla durumu sorgulayabilir. Araştırmalar, öfke evresinin bireyler arasında farklı sürelerde yaşandığını ve öfke hissini yas sürecinde duygusal yükün ifade edilmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Bonanno, 2004).

Pazarlık evresi, bireyin kaybın geri dönüşünü sağlamak ya da durumu değiştirmek için geçmişe yönelik hayali senaryolar kurduğu bir aşamadır. Birey, "Eğer şöyle yapsaydım, bu kayıp yaşanmazdı" gibi düşüncelerle kendini suçlayabilir ya da kontrol hissini yeniden kazanmak için hayali anlaşmalar yapmaya çalışabilir (Neimeyer, 2001). Bu süreç, bireyin

kaybın kontrol edilemez doğasını kabul etme çabasıyla ilişkilidir. Ancak bu evrede birey, suçluluk hissi ve çaresizlik gibi yoğun duygularla karşılaşabilmektedir.

Depresyon, yas sürecinin en zorlayıcı evrelerinden biridir. Bu evrede birey, kaybın kalıcı olduğunu ve geri dönüşünün mümkün olmadığını fark etmektedir. Bu farkındalık, bireyde yoğun bir hüznün, boşluk ve yalnızlık hissine yol açabilir (Shear ve Shair, 2005). Depresyon evresinde birey, kaybedilen kişinin hayatındaki yerini, geçmiş anılarını ve geleceğe dair beklentilerini derin bir üzüntüyle değerlendirir. Bu evre, bireyin kaybın ardından yaşadığı en ağır duygusal tepkilerin ortaya çıktığı dönemdir. Depresyonu süresi, bireyin kişisel dayanıklılığı, sosyal destek sistemi ve kaybın niteliği gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir. (Shear ve Shair, 2005)

Yas sürecinin son evresi olan kabullenme, bireyin kaybın gerçekliğini kabul ettiği ve yaşamını yeniden yapılandırmaya başladığı evredir. Kabullenme, bireyin kayıpla yaşamayı öğrenmesine ve duygusal olarak daha dengeli bir hale gelmesine olanak tanımaktadır. (Bonanno, 2004). Bu evrede birey, kaybın ardından yeni bir yaşam düzeni kurar ve geleceğe dair umutlarını yeniden şekillendirir. Kabullenme, bireyin yas sürecini tamamlamasında önemli bir aşamadır, ancak bu durum kaybın tamamen unutulduğu anlamına gelmez. Birey, kaybedilenin anısını ve anlamını yaşamında koruyarak ilerlemektedir (Bonanno, 2004).

1.1.6 Komplike Yas

Komplike yas, bireyin bir kayıp sonrasında yaşadığı yas sürecinin, normalden daha uzun sürmesi ve bireyin işlevselliğini ciddi şekilde etkileyerek, sağlıklı bir yas sürecine geçiş yapamaması durumudur. Bu durum, yas sürecinin normal sınırların ötesine geçtiği ve bireyin günlük yaşamını devam ettirmesini zorlaştırdığı bir durumu ifade etmektedir. Komplike yas, genellikle kaybın beklenmedik, ani veya travmatik bir şekilde gerçekleştiği durumlarda ortaya çıkabilir (Prigerson vd., 2009).

Komplike yas, bireyin duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal süreçlerini etkileyen çok boyutlu bir problem olarak tanımlanır. Bu durum, bireyin kaybı anlamlandırma ve kabullenme süreçlerini tamamlayamaması nedeniyle, kaybın bireyin yaşamındaki etkilerinin süreklilik göstermesiyle karakterizedir. Araştırmalar, komplike yasin bireyin psikolojik iyilik hali üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabileceğini ve sıklıkla

depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi durumlarla birlikte görüldüğünü göstermektedir (Bonanno vd., 2004).

Komplike yasın belirtileri arasında, kaybın ardından sürekli bir boşluk hissi, yoğun bir özlem, geleceğe yönelik motivasyon kaybı, sosyal izolasyon ve artan stres düzeyleri yer almaktadır. (Shear ve Shair, 2005). Bireyler, kaybettikleri kişiyle ilgili anılara aşırı derecede odaklanabilir, bu da kaybın etkilerinin uzun süre devam etmesine neden olabilir. Ayrıca, suçluluk ve öfke gibi duygular komplike yas sürecinde daha yoğun yaşanabilir (Rando, 1993).

Fiziksel belirtiler de komplike yasın önemli bir bileşenidir. Bu belirtiler arasında kronik yorgunluk, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri ve somatizasyon belirtileri bulunmaktadır. Araştırmalar, komplike yas yaşayan bireylerin, fiziksel sağlık sorunlarına karşı daha savunmasız olduklarını ve bu durumun bireyin genel iyilik halini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Barsky vd., 2001).

Komplike yasın ortaya çıkmasında bir dizi risk faktörü etkili olabilir. Bu faktörler arasında kaybın ani ve beklenmedik bir şekilde gerçekleşmesi, bireyin sosyal destek sisteminin yetersizliği, geçmişte yaşanan travmatik deneyimler ve bireyin duygu düzenleme becerilerinin zayıf olması bulunmaktadır (Stroebe ve Schut, 1999). Ayrıca, bireyin kaybettiği kişiyle olan ilişkisi ve bu ilişkinin anlamı da komplike yasın şiddetini etkileyebilmektedir. (Neimeyer, 2001). Bireyin günlük yaşamını sürdürmesini zorlaştırarak, işlevsellik kaybına neden olabilir. Sosyal ilişkilerde bozulma, mesleki performansın düşmesi ve bireyin öz bakım düzeyinde azalma gibi etkiler komplike yasın sonucunda ortaya çıkabilir. Bu durum, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir ve uzun vadeli psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. (Shear vd., 2011).

Komplike yasın etkileri, yalnızca bireyin psikolojik durumu ile sınırlı kalmaz; aynı zamanda fiziksel sağlığı ve sosyal ilişkileri üzerinde de derin izler bırakabilir. Sosyal destek mekanizmalarının eksikliği, bireyin bu süreçte daha yoğun bir şekilde zorlanmasına neden olabilir (Parkes ve Prigerson, 2010).

Komplike yasın tedavisinde, bireyin kayıp deneyimini anlamlandırmasına ve yas sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamasına yardımcı olmak amaçlanmaktadır. Psikoterapötik yaklaşımlar, özellikle bilişsel davranışçı terapi (CBT) ve kişilerarası terapi, komplike yasın tedavisinde etkili yöntemler arasında yer almaktadır (Shear vd., 2005). Ayrıca,

bireyin duygu düzenleme becerilerini güçlendirmeye yönelik müdahaleler, komplike yasın etkilerini hafifletmede önemli bir rol oynayabilir (Gross ve Thompson, 2007).

Tedavi sürecinde sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi de kritik bir öneme sahiptir. Aile, arkadaşlar ve destek grupları, bireyin yas sürecinde duygusal yükünü hafifletebilir ve sağlıklı bir yas süreci için gerekli olan güvenli bir çevre sağlayabilir (Stroebe et al., 2007). Komplike yasın tedavisinde erken müdahale, bireyin daha hızlı iyileşmesine ve yaşam kalitesini yeniden kazanmasına olanak tanımaktadır.

Komplike yas, bireyin yaşamında derin izler bırakan ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen bir süreçtir. Bireyin yas sürecinde yaşadığı duygusal, fiziksel ve sosyal zorluklar, komplike yasın bireysel ve toplumsal boyutlarını anlamayı gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, komplike yasın etkilerini anlamaya ve bu etkileri hafifletmeye yönelik müdahaleler, bireyin yaşam kalitesini artırmak ve psikolojik iyilik halini desteklemek açısından büyük önem taşımaktadır.

1.1.7. Komplike Olmayan Yas

Komplike olmayan yas, bireyin bir kayıp karşısında verdiği doğal tepkiler ve bu tepkilere uyum sağlayarak yas sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlaması olarak tanımlanır. Bu süreç, bireyin kaybı anlamlandırması, duygusal tepkilerini düzenlemesi ve yaşamında yeni bir denge kurmasıyla karakterize edilir. Yasın bu türü, bireyin kayıpla başa çıkma mekanizmalarının işlevsel olduğu, yas sürecinin bireyin psikolojik, sosyal ve fizyolojik işlevselliğini önemli ölçüde etkilemeden ilerlediği durumları ifade etmektedir. (Bowlby, 1980; Klass vd., 1996).

Komplike olmayan yas süreci, bireyin kaybın ardından yaşadığı duygusal ve bilişsel tepkilerle başa çıkmasını sağlayan doğal bir süreçtir. Bu süreçte birey, kaybın doğasına, kendi kişisel dayanıklılığına ve çevresel faktörlere bağlı olarak farklı tepkiler verebilir. Kaybın ardından bireyler genellikle üzüntü, özlem, öfke, çaresizlik ve boşluk hissi gibi duygular yaşarlar (Parkes ve Weiss, 1983). Ancak bu duygular, bireyin yas sürecini anlamlandırmasının ve kayıpla başa çıkmasının bir parçasıdır.

Komplike olmayan yasın belirgin özelliklerinden biri, bireyin kaybın ardından yeni bir yaşam dengesine ulaşmasıdır. Bu süreçte birey, kaybedilen kişinin ya da durumun yaşamındaki anlamını değerlendirir ve geleceğe yönelik yeni hedefler oluşturur.

Araştırmalar, sosyal desteğin komplike olmayan yas sürecinde önemli bir rol oynadığını, bireyin yalnızlık hissini azalttığını ve duygusal iyilik halini artırdığını göstermektedir (Silverman ve Klass, 1996).

Komplike olmayan yas sürecinde sosyal destek mekanizmalarının varlığı, bireyin yas sürecindeki duygusal yükünü hafifletir. Yakın çevreden alınan destek, bireyin kayıpla baēa çıkmasını kolaylaştırırken, sağlıklı bir yas süreci geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal destek eksikliğinde ise bireyin yas süreci daha karmaşık hale gelebilir ve bu durum komplike yas riskini artırabilir (Worden, 2009). Destekleyici bir sosyal evre, bireyin yas sürecinde anlam arayışını destekler ve yasin duygusal yükünü yönetmesine olanak tanımaktadır.

Komplike olmayan yas sürecinde birey, kayıpla ilişkili duygusal tepkilerini düzenleyebilme kapasitesine sahiptir. Bu süreçte bireyin duygu düzenleme becerileri kritik bir rol oynar. Sağlıklı bir duygu düzenleme becerisine sahip olan bireylerin, yas sürecini daha kısa sürede ve daha az yoğun duygusal sıkıntıyla tamamladıkları bilinmektedir (Bonanno, 2004). Ayrıca, bireylerin kayba yönelik anlam arayışları, bilişsel süreçlerinin bir parçası olarak önemli bir yer tutar. Bu bilişsel süreç, bireyin yas sürecine yönelik uyum sağlamasını desteklemektedir. (Neimeyer, 2001).

Komplike olmayan yas, bireyin uyum sağlama kapasitesinin bir göstergesidir. Bu süreçte birey, kaybı kabul eder ve yaşamında yeni bir denge kurar. Araştırmalar, bireyin yas sürecinde sağlıklı bir uyum geliştirebilmesi için sosyal destek, kişisel dayanıklılık ve etkili baēa çıkma stratejilerinin kritik olduğunu vurgulamaktadır (Rando, 1993). Ayrıca, bireylerin yas sürecinde yaşadıkları duygusal yk, zamanla azalır ve birey kaybın ardından daha dengeli bir ruh haline ulaşabilir.

Komplike olmayan yas, bireyin doğal bir uyum süreci olarak kabul edilir ve bu süreçte bireyin duygusal dayanıklılığı ve sosyal destek sistemleri, yasin sağlıklı bir şekilde tamamlanmasında önemli rol oynamaktadır. Bu süreçte birey, kaybın ardından yeni bir yaşam düzenine uyum sağlayarak kayıpla ilişkili duygusal yükü yönetir. Bu nedenle, komplike olmayan yasin bireysel ve çevresel faktörler ışığında ele alınması, bireyin psikolojik sağlığını desteklemek için önemlidir.

1.2. Somatizasyon Tanımı ve Belirtileri

Somatizasyon, bireyin psikolojik sıkıntılarını fiziksel belirtilerle ifade ettiği bir durum olarak tanımlanır. Bu durum, genellikle fiziksel bir hastalıkla açıklanamayan belirtilerin ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Somatizasyon, bireyin duygu durumuyla yakından ilişkilidir ve sıklıkla yoğun stres, kaygı veya duygusal yüklerle tetiklenmektedir (Barsky vd., 2001). Kayıp yaşayan bireylerde somatizasyon belirtileri, yaşanan duygusal acının bir yansıması olarak görülebilir. Bu durum, kaybın birey üzerindeki etkilerini anlamak açısından önemli bir gösterge sunmaktadır.

Somatizasyon, fiziksel semptomların, bireyin yaşadığı psikolojik ya da duygusal sorunların bir dışavurumu olarak ortaya çıkması durumudur. Bu belirtiler genellikle tıbbi bir nedene dayanmaz ve bireyin yaşadığı psikolojik durumlarla ilişkilidir (Kroenke vd., 2002). Örneğin, kaygı, depresyon ya da kayıp gibi yoğun duygusal süreçlerden geçen bireylerde somatizasyon belirtilerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu belirtiler, bireyin yaşadığı sıkıntıyı fiziksel bir şekilde ifade etme biçimi olarak yorumlanabilir.

Somatizasyonun belirtileri, bireyin yaşamış olduğu psikolojik durumun fiziksel yansımalarını içerir. Bu belirtiler, bireyin günlük yaşamında işlevselliğini etkileyebilecek düzeyde olabilir. Yaygın somatizasyon belirtileri şunlardır:

Baş Ağrıları: Kayıp ve stresle ilişkilendirilen yaygın bir belirtidir. Bu durum, bireyin yoğun duygusal yük altında olduğu durumlarda daha sık görülmektedir (Rief vd., 2001).

Mide ve Sindirim Sorunları: Kaygı düzeyinin artması, mide rahatsızlıkları, mide bulantısı ya da hazımsızlık gibi belirtileri tetikleyebilir (Barsky ve Borus, 1995).

Kas Ağrıları ve Gerginlik: Somatizasyon belirtileri arasında sık görülen bir diğer durum, kaslarda hissedilen ağrılar ve gerginliktir. Bu durum, bireyin stresle başa çıkma becerisini zorlaştırabilir (Barsky ve Borus, 1995; Smith vd., 2006).

Yorgunluk ve Enerji Kaybı: Sürekli bir yorgunluk hissi, somatizasyonun en yaygın belirtilerinden biridir ve bireyin günlük işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebilir (Smith vd., 2006).

Uyku Bozuklukları: Kaygı ve stresle ilişkili olarak ortaya çıkan uyku problemleri, somatizasyon belirtilerinin bir parçası olabilir. Uykusuzluk ya da uyku kalitesinde düşüş, bireyin psikolojik iyilik halini olumsuz etkileyebilir (Katon vd., 2001).

Somatizasyon, bireyin psikolojik yükünü fiziksel bir biçimde ifade etmesinin bir yoludur. Bu durum, özellikle kayıp gibi yoğun duygusal süreçlerde daha belirgin hale gelir. Araştırmalar, kayıp yaşayan bireylerde somatizasyon belirtilerinin sıklıkla görüldüğünü ve bu durumun bireyin yas sürecindeki duygusal yüküyle bağlantılı olduğunu göstermektedir (Lipowski, 1988). Somatizasyon, bireyin stresle başa çıkma becerilerinin zayıflamasıyla daha şiddetli bir hal alabilmektedir.

Somatizasyon, bireyin psikolojik durumunu anlamada önemli bir göstergedir ve kayıp gibi travmatik süreçlerde sıklıkla ortaya çıkabilir. Somatizasyon belirtilerinin anlaşılması, bireylerin yaşadığı duygusal yükü hafifletmek ve bu süreçte daha etkili destek sağlamak için kritik bir rol oynamaktadır.

1.2.1. Somatizasyon Tarihçesi

Somatizasyon kavramı, psikoloji ve tıp alanında köklü bir geçmişe sahiptir. İlk olarak, psikolojik sıkıntıların fiziksel belirtilerle dışavurumu olarak tanımlanan bu kavram, tarih boyunca farklı yaklaşımlarla ele alınmıştır. Antik Yunan'da Hipokrat, beden ve zihin arasındaki ilişkiye dikkat çekerek, belirli hastalıkların ruhsal durumla bağlantılı olabileceğini öne sürmüştür (Kirmayer ve Looper, 2006). Bu erken yaklaşımlar, somatizasyonun temelini oluşturan biyopsikososyal modele dair ilk ipuçlarını barındırmaktadır.

Somatizasyon, modern anlamda ilk kez 19. yüzyılda Fransız nörolog Jean-Martin Charcot ve öğrencileri tarafından ele alınmıştır. Charcot, histeri ve somatizasyon arasındaki bağlantıları inceleyerek, bu tür fiziksel belirtilerin psikolojik kökenlerini araştırmıştır. Freud ise psikanalitik teorisinde somatizasyonu "konversiyon" kavramı ile ilişkilendirmiştir. Freud'a göre, bilinçdışı çatışmalar, çözülmediğinde fiziksel semptomlar yoluyla kendini gösterebilir (Lipowski, 1988). Bu bakış açısı, somatizasyonun psikodinamik temellerini anlamada önemli bir kilometre taşı olmuştur.

20. yüzyılın ortalarında, somatizasyon kavramı daha sistematik bir şekilde ele alınmaya başlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) serilerinde, somatizasyon, psikolojik bozuklukların bir kategorisi olarak tanımlanmıştır. DSM-III'te "Somatizasyon

Bozukluğu" adı altında sınıflandırılan bu durum, daha sonra DSM-IV ve DSM-5'te genişletilerek "Somatik Belirti Bozukluğu" adıyla ele alınmıştır (Kroenke vd., 2002).

Somatizasyon kavramının tarihsel gelişiminde, kültürel farklılıkların önemi de vurgulanmıştır. Batı toplumlarında somatizasyon, genellikle psikolojik bozukluklarla ilişkilendirilirken, diğer kültürlerde bu durum daha çok bedensel sağlık sorunları olarak algılanmıştır (Kleinman, 1988). Bu kültürel perspektif, somatizasyonun evrensel bir fenomen olduğunu ancak bireylerin yaşadıkları kültüre bağlı olarak farklı şekillerde deneyimlendiğini göstermektedir.

Günümüzde somatizasyon, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplum ve sağlık hizmetleri açısından da önem taşımaktadır. Somatizasyon belirtilerinin tanınması, bireylerin gereksiz tıbbi müdahalelerden korunmasına ve doğru psikolojik destek almasına olanak tanımaktadır. Ayrıca, modern biyopsikososyal model, somatizasyonun bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal bağlamındaki etkileşimlerin bir sonucu olduğunu vurgulamaktadır (Engel, 1977).

Sonuç olarak, somatizasyon kavramı tarih boyunca evrim geçirmiş ve günümüzde multidisipliner bir bakış açısıyla ele alınmaktadır. Bu gelişim, hem bireylerin yaşadığı fiziksel belirtilerin anlaşılmasına hem de bu belirtilerin psikolojik temellerine yönelik daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlamıştır.

1.2.2. Somatizasyon Epidemolojisi

Somatizasyon, dünya genelinde farklı kültürel, sosyodemografik ve klinik bağlamlarda yaygın olarak gözlemlenen bir durumdur. Epidemiyolojik çalışmalar, somatizasyonun toplumdaki yaygınlığını ve demografik farklılıklarını anlamak için önemli veriler sunmaktadır. Somatizasyon belirtilerinin sık görüldüğü bireylerde, bu durumun psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki etkileri geniş çapta araştırılmıştır (Barsky vd., 2001). Bu kapsamda, somatizasyonun genel popülasyondaki yaygınlığı, cinsiyet farkları, kültürel bağlamlar ve klinik popülasyonlar üzerindeki etkileri dikkatle ele alınmalıdır.

Somatizasyon belirtilerinin genel popülasyonda yaygınlığı, çalışmadan çalışmaya farklılık göstermekle birlikte, yaklaşık olarak %5-15 arasında değişmektedir (Kroenke vd., 2002). Bununla birlikte, Gureje vd. (1997) gibi geniş ölçekte yapılan çalışmalarda, somatizasyon belirtilerinin hafif düzeyde olsa dahi toplumun önemli bir kesiminde

gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu durum, somatizasyonun bireylerin sağlık hizmetlerine başvurularını etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Somatizasyon, kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın bir şekilde görülmektedir (Barsky ve Borus, 1995). Bu durumun biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin bir birleşimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadınların, duygusal durumlarını fiziksel semptomlar yoluyla ifade etme eğiliminde olduklarına dair literatürde sıkça vurgulanan bir eğilim bulunmaktadır. Ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerine daha sık başvurması, somatizasyon belirtilerinin daha fazla raporlanmasına neden olabilir (Smith vd., 2006).

Somatizasyonun epidemiyolojisinde kültürel farklılıklar önemli bir rol oynamaktadır. Batı toplumlarında somatizasyon, genellikle psikolojik bir bozukluk olarak değerlendirilirken, diğer kültürlerde bu durum bedensel bir hastalık olarak algılanabilmektedir (Kleinman, 1988). Örneğin, Doğu kültürlerinde, somatizasyon belirtilerinin ruhsal durum yerine fiziksel rahatsızlıklar şeklinde ifade edilmesi daha yaygındır. Bu durum, kültürel bağlamın somatizasyon belirtilerinin tanınmasında ve değerlendirilmesinde oynadığı kritik rolü vurgulamaktadır.

Somatizasyon belirtileri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde başvuran bireyler arasında oldukça yaygındır. Yapılan araştırmalarda, birinci basamak başvurularının yaklaşık %20-25'inin, somatizasyon belirtilerinin temel nedenini oluşturduğu bulunmuştur (Smith vd., 2006). Ayrıca, bu bireylerin tıbbi müdahalelere rağmen fiziksel semptomlarında iyileşme görülmemesi, somatizasyonun klinik açıdan önemli bir problem olduğunu göstermektedir.

Somatizasyon, yalnızca bireysel bir sağlık problemi değil, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik bir yüküdür. Bu durum, gereksiz tıbbi testlere, yanlış tanılara ve sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına yol açabilir. Araştırmalar, somatizasyonun sağlık sistemi üzerindeki ekonomik yükünün oldukça yüksek olduğunu ve sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların maliyetlerini artırdığını ortaya koymaktadır (Katon vd., 2001).

Somatizasyon, dünya genelinde yaygın bir durum olmakla birlikte, demografik ve kültürel faktörler bu durumun ifade biçiminde ve algılanışında farklılıklar yaratmaktadır. Epidemiyolojik veriler, somatizasyonun bireylerin sağlık hizmetleriyle olan ilişkisini anlamada ve etkili müdahale stratejileri geliştirmede önemli bir temel sunmaktadır.

1.2.3. Somatizasyon Etiyolojisi

Somatizasyon, bireyin psikolojik sıkıntılarını fiziksel belirtilerle ifade etmesiyle karakterize edilen karmaşık bir durumdur. Bu durumun etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir araya gelerek bireyin fiziksel semptomlar yaşamasına yol açtığı çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Somatizasyonun nedenlerini anlamak, bu durumun altında yatan mekanizmaları çözmek ve etkili müdahale stratejileri geliştirmek için kritik öneme sahiptir (Kirmayer ve Looper, 2006).

Somatizasyonun biyolojik temelleri, genetik yatkınlıklar, nörolojik işlev bozuklukları ve stresle ilişkili fizyolojik tepkileri içermektedir. Araştırmalar, somatizasyon yaşayan bireylerde, merkezi sinir sisteminin stresörlere aşırı duyarlılık gösterdiğini ve bunun fiziksel semptomlara yol açabileceğini göstermektedir (Barsky vd., 2001). Ayrıca, serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin dengesizliği, bireylerin stresli durumlara verdikleri tepkilerde somatik belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Kroenke vd., 2002).

Genetik faktörler de somatizasyonun biyolojik bileşenleri arasında yer almaktadır. Aile çalışmalarında, somatizasyon belirtilerinin genetik bir eğilim gösterebildiği ve bu durumun bir aileden diğerine aktarılabilmesi belirtilmiştir (Cloninger, 1987). Ancak, genetik yatkınlığın somatizasyon üzerindeki etkisinin, çevresel ve psikososyal faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Somatizasyonun psikolojik bileşenleri, bireyin stresle başa çıkma mekanizmaları, travmatik deneyimler ve duygu düzenleme becerileri gibi unsurları içerir. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin, bireylerde somatizasyon gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir (Katon vd., 2001). Bu tür deneyimler, bireyin psikolojik sıkıntılarını fiziksel belirtilerle ifade etme eğilimini güçlendirebilir.

Psikodinamik yaklaşımlar, somatizasyonu bireyin bilinçdışı çatışmalarının bir dışavurumu olarak açıklamaktadır. Freud'un "konversiyon" kavramı, bireyin çözülmemiş duygusal sorunlarının fiziksel semptomlara dönüşmesini ifade eder (Freud, 1894). Bu bakış açısına göre, birey yaşadığı duygusal yükü bilinçdışında fiziksel semptomlar yoluyla ifade ederek, bu yükün doğrudan farkına varmaktan kaçınmaktadır.

Duygu düzenleme becerilerinin zayıf olması da somatizasyonun psikolojik temelleri arasında yer alır. Araştırmalar, duygu düzenleme stratejilerini etkili bir şekilde kullanamayan bireylerin, stresli durumlarda daha sık somatik belirtiler geliştirdiğini göstermektedir (Gross ve Thompson, 2007). Bu durum, bireyin yaşadığı psikolojik sıkıntının fiziksel bir biçimde dışa vurulmasına neden olabilmektedir.

Somatizasyon, bireyin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel bağlamdan büyük ölçüde etkilenir. Sosyal destek eksikliği, stresli yaşam koşulları ve travmatik olaylar, somatizasyon belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar (Kleinman, 1988). Örneğin, düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin somatizasyon belirtilerine daha yatkın olduğu ve bu durumun stres faktörleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Smith vd., 2006).

Kültürel faktörler de somatizasyonun ifade biçimini ve algılanışını etkiler. Batı toplumlarında somatizasyon genellikle psikolojik bir bozukluk olarak ele alınırken, diğer kültürlerde bu durum daha çok fiziksel bir rahatsızlık olarak algılanır (Kirmayer, 2001). Bu farklılık, somatizasyonun kültürel bağlama göre nasıl deneyimlendiğini ve ifade edildiğini anlamada önemli bir perspektif sunmaktadır.

Somatizasyonun etiyolojisinde çevresel faktörler de önemli bir rol oynamaktadır. Çocuklukta maruz kalınan fiziksel veya duygusal istismar, bireyde stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersiz gelişmesine yol açarak somatizasyon belirtilerini tetikleyebilir (Rief vd., 2001). Ayrıca, iş yaşamındaki stres, aile içi çatışmalar ve maddi zorluklar gibi çevresel stresörler, somatik belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.

Somatizasyonun etiyolojisi, biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Bu faktörlerin her biri, somatizasyonun gelişiminde ve bireyin fiziksel semptomlar yoluyla psikolojik sıkıntılarını ifade etmesinde farklı bir rol oynar. Somatizasyonun nedenlerini anlamak, bireylerin yaşadığı bu durumun daha iyi yönetilmesi ve etkili müdahalelerin geliştirilmesi için önemli bir adım teşkil etmektedir.

1.2.4. Somatizasyon Bozukluğunun Anksiyete ile İlişkisi

Somatizasyon bozukluğu ve anksiyete, bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığı üzerinde derin etkiler bırakan, sıkça bir arada görülen psikolojik durumlardır. Bu iki durumun ortak noktası, bireyin yaşadığı duygusal sıkıntıların beden yoluyla ifade edilmesidir. Anksiyete,

bireyin gelecekte karşılaşılabileceği tehditlere dair yoğun bir korku ve kaygı hali olarak tanımlanırken, somatizasyon bozukluğu ise bu kaygının fiziksel belirtiler şeklinde dışavurumuyla karakterizedir (Barsky vd., 2001). Bu bağlamda, somatizasyon ve anksiyete, bireyin stresle başa çıkma becerilerini zorlayan ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen durumlar olarak birbirini besleyen bir ilişki içindedir.

Somatizasyon bozukluğu ve anksiyetenin birbiriyle ilişkisi, bu durumların ortak psikolojik mekanizmalarla açıklanabileceğini göstermektedir. Anksiyete, bireyin tehdit algısını artırarak, bedensel duyumlara karşı daha hassas hale gelmesine yol açabilir (Kroenke vd., 2002). Bu durum, bireyin bedenindeki sıradan hisleri tehdit olarak algılamasına ve somatik belirtiler geliştirmesine neden olabilir. Örneğin, kalp çarpıntısı ya da nefes darlığı gibi belirtiler, genellikle anksiyete bozukluğu olan bireylerde daha sık görülmekte ve bu belirtiler somatizasyon bozukluğunun bir parçası haline gelebilmektedir (Smith vd., 2006).

Duygu düzenleme becerilerinin zayıf olması da bu ilişkiyi güçlendiren bir faktördür. Anksiyete yaşayan bireyler, olumsuz duygularını yönetmekte zorluk çektiklerinde, bu duyguları fiziksel belirtiler yoluyla ifade etme eğilimi gösterebilirler. Araştırmalar, anksiyete düzeyi yüksek bireylerde somatizasyon belirtilerinin daha yaygın olduğunu ve bu durumun, bireylerin stresle başa çıkma becerileriyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Rief vd., 2001).

Somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişki, nörolojik ve biyokimyasal mekanizmalarla da açıklanabilir. Araştırmalar, her iki durumda da stres yanıt sisteminin aşırı aktif hale geldiğini ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin bu süreçte önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Kirmayer ve Looper, 2006). HPA ekseninin aşırı aktivasyonu, bireyin bedensel semptomları daha yoğun ve sık algılamasına neden olabilir. Ayrıca, serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin dengesizliği, hem anksiyete hem de somatizasyon bozukluğu için ortak bir biyolojik zemin oluşturabilir (Katon vd., 2001).

Kültürel ve sosyal faktörler, somatizasyon bozukluğu ve anksiyete arasındaki ilişkinin nasıl deneyimlendiğini şekillendirebilir. Batı toplumlarında anksiyete genellikle psikolojik bir durum olarak ele alınırken, diğer kültürlerde bu durum daha çok fiziksel belirtilerle ifade edilir (Kleinman, 1988). Örneğin, bazı kültürlerde anksiyetenin fiziksel bir rahatsızlık olarak algılanması, somatizasyon belirtilerinin daha belirgin hale

gelmesine neden olabilir. Bu farklılıklar, somatizasyon ve anksiyetenin değerlendirilmesinde kültürel bağlamın önemini vurgulamaktadır.

Somatizasyon bozukluğu olan bireylerde anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, klinik çalışmalarla sıklıkla rapor edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireyler arasında yapılan araştırmalarda, somatizasyon belirtileri gösteren bireylerin büyük bir kısmının anksiyete bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür (Smith vd., 2006). Ayrıca, bu bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı daha duyarlı olduğu ve bedensel semptomlarını yoğun bir şekilde deneyimlediği belirtilmiştir.

Somatizasyon bozukluğu ve anksiyete, bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkileyen iç içe geçmiş durumlardır. Bu iki durum arasındaki ilişki, ortak psikolojik ve biyolojik mekanizmalarla açıklanabilirken, kültürel ve sosyal faktörler de bu ilişkiyi şekillendirebilir.

1.2.5. Somatizasyon Bozukluğunun Tedavisi

Somatizasyon bozukluğu, bireyin psikolojik sıkıntılarını fiziksel belirtilerle ifade etmesiyle karakterize edilen karmaşık bir durumdur. Bu nedenle, tedavi yaklaşımları, bireyin fiziksel semptomlarını hafifletmekle birlikte, altta yatan psikolojik nedenleri ele almayı hedefler. Somatizasyon bozukluğu tedavisinde biyopsikososyal bir yaklaşım benimsenir ve bu yaklaşım, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerini bir bütün olarak değerlendirmeyi içermektedir (Kirmayer ve Looper, 2006).

Somatizasyon bozukluğunun tedavisinde psikoterapi, temel bir yöntem olarak öne çıkarmaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT), somatizasyon belirtilerini azaltmada etkili bir tedavi yaklaşımıdır (Kroenke ve Swindle, 2000). BDT, bireyin somatik belirtilerle ilişkili olumsuz düşünce kalıplarını ve yanlış inançlarını ele alarak, semptomlara yönelik algısını değiştirmeyi hedefler. Terapinin bir diğer odak noktası, bireyin stresle başa çıkma becerilerini güçlendirmektir. Araştırmalar, BDT'nin somatizasyon bozukluğu yaşayan bireylerde hem fiziksel hem de psikolojik iyilik halini artırdığını göstermektedir (Smith vd., 2006).

Kişilerarası terapi (IPT) de somatizasyon bozukluğu tedavisinde etkili bir başka yöntemidir. Bu terapi türü, bireyin sosyal ilişkilerini iyileştirmeye ve yaşamındaki duygusal sorunları ele almaya odaklanır. Sosyal destek mekanizmalarının

güçlendirilmesi, bireyin somatik belirtilerle başa çıkmasını kolaylaştırabilir (Rief vd., 2001). Ayrıca, psikanalitik yaklaşımlar, bireyin bilinçdışı çatışmalarını çözmeyi hedefleyerek, somatizasyon bozukluğunun altında yatan psikolojik dinamikleri ele almayı amaçlamaktadır (Freud, 1894).

Farmakolojik tedavi, somatizasyon bozukluğunun tedavisinde psikoterapiye destek olarak kullanılabilir. Özellikle antidepressan ilaçlar, somatizasyon belirtilerini hafifletmede etkili bulunmuştur (Katon vd., 2001). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve trisiklik antidepressanlar, bireylerin anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltarak somatik belirtileri hafifletebilir. Ancak, farmakolojik tedavinin bireysel ihtiyaçlara göre dikkatlice planlanması ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesi önemlidir.

Somatizasyon bozukluğu tedavisinde bireyin hastalığına ilişkin farkındalığını artırmak, tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır. Psikoeğitim, bireyin yaşadığı belirtilerin psikolojik kökenlerini anlamasına yardımcı olabilir ve semptomlara yönelik yanlış inançlarını değiştirmesine katkı sağlar (Kirmayer vd., 2004). Ayrıca, bireye sağlıklı başa çıkma mekanizmaları kazandırmak, semptomların tekrarlanma riskini azaltabilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, mindfulness temelli yaklaşımların somatizasyon bozukluğu tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. Mindfulness, bireyin mevcut anda odaklanmasını sağlayarak, stres ve kaygı düzeylerini azaltabilir ve somatik belirtilerle başa çıkmasına yardımcı olabilir (Grossman vd., 2004). Ek olarak, gevşeme teknikleri, yoga ve meditasyon gibi alternatif terapiler, bireyin fiziksel ve zihinsel rahatlamasını destekleyebilir.

Somatizasyon bozukluğunun etkili bir şekilde yönetilmesi için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Bu yaklaşım, psikologlar, psikiyatristler, aile hekimleri ve fizyoterapistlerin iş birliğiyle bireyin hem fiziksel hem de psikolojik ihtiyaçlarını karşılamayı hedefler. Bireyin tedavi sürecine aktif katılımı sağlanmalı ve semptomların fiziksel olduğu kadar psikolojik bir temele dayandığı açıklanmalıdır (Engel, 1977).

1.3. Anksiyete Kavramı

Anksiyete, bireyin tehdit veya belirsizlik algısına verdiği doğal bir tepki olarak tanımlanır. Belli bir düzeyde olduğunda bireyin çevresel tehditlere karşı hazırlıklı olmasını sağlayan bu duygu durumu, aşırı ve kontrolsüz hale geldiğinde bireyin yaşam

kalitesini ve işlevselliğini olumsuz etkileyebilir. Anksiyete, korkudan farklı olarak, genellikle belirgin bir tehdit olmadan ortaya çıkar ve gelecekteki olasılıklara dair sürekli bir endişe halini yansıtır (Beck ve Emery, 1985). Psikoloji ve psikiyatri alanlarında çoğunkla ele alındığını gördüğümüz bu kavram, normal bir duygusal tepki ile patolojik bir durum arasında geniş bir spektrumda değerlendirilebilir.

Anksiyete, bireyin bilinçli veya bilinçdışı bir şekilde algıladığı tehditlere karşı hissettiği huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlanır. Bu duygu durumu, zihinsel ve fiziksel belirtilerle kendini gösterir ve bireyin uyum sağlama yeteneği üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Freud (1936), anksiyeteyi, bilinçdışı çatışmaların bir sonucu olarak ele almış ve bireyin savunma mekanizmalarının devreye girmesine neden olan temel bir duygu durumu olarak değerlendirmiştir.

Anksiyete, bireyden bireye değişiklik gösterebilen çeşitli türlerde ortaya çıkabilir. Bu türler arasında yaygın anksiyete bozukluğu (GAD), sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve özgül fobiler yer alır (Clark ve Beck, 2010). Yaygın anksiyete bozukluğu, bireyin birçok yaşam alanında sürekli bir kaygı hali yaşamasını ifade ederken, sosyal anksiyete bozukluğu, bireyin sosyal durumlarda yoğun bir korku hissetmesi ile ilişkilidir. Panik bozukluk ise ani ve yoğun korku atakları ile kendini gösterir. Bu türler, anksiyetenin birey üzerindeki etkilerinin kapsamını ve karmaşıklığını anlamak açısından önemlidir.

Anksiyetenin biyolojik temelleri, merkezi sinir sistemindeki nörotransmitter dengesizlikleri ve stresle ilişkili beyin yapılarının işlev bozuklukları ile açıklanabilir. Özellikle amigdala, anksiyetenin işlenmesinde kilit bir rol oynar. Amigdala, tehdit algısını yöneten bir beyin bölgesidir ve aşırı aktif hale geldiğinde bireyde sürekli bir tehdit hissi yaratabilir (LeDoux, 1996). Bunun yanı sıra, serotonin ve GABA gibi nörotransmitterlerin dengesizliği de anksiyetenin nörokimyasal temelleri arasında yer alır. Bu biyolojik mekanizmalar, anksiyete tedavisinde farmakolojik yaklaşımların önemini vurgulamaktadır (Rosen ve Schulkin, 1998).

Psikolojik faktörler, anksiyetenin gelişiminde ve sürmesinde önemli bir rol oynar. Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, stresli yaşam olayları ve bireyin başa çıkma stratejilerindeki yetersizlik, anksiyete riskini artırabilir (Bowlby, 1973). Örneğin, aşırı koruyucu bir ebeveynlik stili, bireyin tehdit algısını artırabilir ve bağımsızlık geliştirme

sürecini zorlaştırabilir. Bunun yanı sıra, çevresel faktörler de anksiyetenin ortaya çıkmasında etkili olabilir. Yoğun iş baskısı, ekonomik zorluklar ve sosyal destek eksikliği, bireyde kronik kaygı durumlarını tetikleyebilir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Anksiyete, duygusal, bilişsel ve fiziksel belirtilerle kendini göstermektedir. Duygusal belirtiler arasında sürekli bir huzursuzluk hissi, korku ve endişe bulunur. Bilişsel belirtiler, bireyin tehdit algısını artıran düşünce kalıplarını içerir. Fiziksel belirtiler ise çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı ve kas gerginliği gibi semptomlarla kendini göstermektedir. (Craske ve Barlow, 2008). Bu belirtiler, bireyin anksiyete seviyesine ve durumun ciddiyetine bağlı olarak farklı yoğunluklarda deneyimlenebilir.

Anksiyete, belirli bir düzeye kadar bireyin hayatta kalmasını sağlayan işlevsel bir duygu durumu olarak değerlendirilebilir. Tehlike durumlarında bireyin hızlı tepki vermesini ve karar almasını kolaylaştırır. Ancak, bu duygu durumunun kontrol edilemez hale gelmesi ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, patolojik bir durumun işareti olabilir. Patolojik anksiyete, bireyin sosyal ilişkilerinde, iş yaşamında ve günlük işlevlerinde ciddi bozulmalara neden olabilir (Beck ve Emery, 1985).

Anksiyete, hem işlevsel hem de patolojik yönleriyle bireyin yaşamında derin bir etkiye sahip olan karmaşık bir kavramdır. Normal düzeyde olduğunda bireyin hayatta kalma mekanizmalarını destekleyen bu duygu durumu, kontrolsüz hale geldiğinde bireyin duygusal ve fiziksel sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir. Anksiyetenin nedenlerini ve birey üzerindeki etkilerini anlamak, bu durumun tedavisi ve yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır.

1.3.1 Anksiyete Epidemolojisi

Anksiyete bozuklukları, dünya genelinde en yaygın görülen psikolojik rahatsızlıklar arasında yer almaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, bu bozuklukların bireylerin yaşam kalitesi üzerinde derin etkiler yarattığını ve toplumlar üzerinde ciddi bir ekonomik ve sosyal yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevalansını %20 ile %30 arasında bir oranda tahmin etmektedir, bu da her beş bireyden birinin yaşamının bir döneminde anksiyete bozukluğu yaşayabileceğini göstermektedir (WHO, 2017).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevalansı, kültürel ve coğrafi farklılıklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerinde bu oran genellikle daha yüksek bildirilmiştir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma, genel anksiyete bozukluğunun (GAD) yaşam boyu prevalansını %5.7, yıllık prevalansını ise %3.1 olarak rapor etmiştir (Kessler vd., 2005). Asya ve Afrika ülkelerinde ise oranlar nispeten daha düşüktür; bu durum, tanı kriterlerindeki farklılıklar ve kültürel bağlamda anksiyete semptomlarının ifade ediliş biçimiyle açıklanabilir (Baxter vd., 2013).

Anksiyete bozuklukları, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Kadınlarda anksiyete bozuklukları erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görülmektedir (McLean vd., 2011). Bu farklılık, hormonal değişiklikler, biyolojik duyarlılıklar ve kadınların stresli yaşam olaylarına karşı daha duyarlı olması gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, kadınların sağlık sorunlarını ifade etme ve yardım arama konusunda daha açık olmaları, anksiyete bozukluklarının tanınmasını artırabilir (Cyranowski vd., 2000).

Anksiyete bozukluklarının başlangıç yaşı genellikle çocukluk veya ergenlik dönemine kadar uzanmaktadır. Çocuklukta ortaya çıkan ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi spesifik türler, ilerleyen yaşlarda diğer anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayabilir (Pine vd., 1998). Genç yetişkinlerde sosyal anksiyete ve panik bozukluklar daha yaygınken, yaşlı bireylerde genellikle yaygın anksiyete bozukluğu daha sık görülür (Flint, 1994). Yaşlı bireylerde anksiyete bozukluklarının tespiti zor olabilir; çünkü semptomlar sıklıkla fiziksel rahatsızlıklarla örtüşmektedir.

Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı, kültürel ve coğrafi farklılıklarla da değişiklik göstermektedir. Batı toplumlarında, anksiyete bozuklukları genellikle psikolojik bir durum olarak tanımlanırken, bazı Asya ve Afrika ülkelerinde bu durum fiziksel semptomlarla ifade edilebilir (Kleinman, 1988). Ayrıca, kültürel inançlar ve damgalama korkusu, bireylerin anksiyete bozukluklarını ifade etme ve yardım arama davranışlarını etkileyebilir.

Anksiyete bozuklukları, yalnızca bireylerin yaşam kalitesini değil, aynı zamanda toplumların ekonomik ve sağlık sistemlerini de olumsuz etkiler. İş gücü kaybı, sağlık hizmetleri maliyetlerinin artışı ve bireylerin üretkenlik düzeyinin düşmesi, bu

bozuklukların toplumsal düzeyde yarattığı ekonomik yükün başlıca bileşenleridir (Greenberg vd., 1999). Ayrıca, anksiyete bozuklukları sıklıkla depresyon gibi diğer ruh sağlığı sorunlarıyla birlikte görülmekte, bu da sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artırmaktadır.

Anksiyete bozuklukları, dünya genelinde yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsiyet, yaş ve kültürel bağlamlara göre değişiklik gösteren bu bozukluklar, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik yük oluşturur. Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisine dair çalışmalar, bu rahatsızlıkların önlenmesi ve yönetilmesi için etkili stratejiler geliştirilmesine olanak tanımaktadır.

1.3.2 Anksiyete Etiyolojisi

Anksiyetenin etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanan çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Anksiyete bozukluklarının nedenlerini anlamak, bu rahatsızlıkların önlenmesi ve tedavisi için etkili stratejiler geliştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir. Etiyolojik faktörler bireysel düzeyde farklılık gösterebilir, ancak genellikle genetik yatkınlık, nörobiyolojik işlev bozuklukları, erken dönem travmatik deneyimler ve çevresel stresörlerin bir kombinasyonunu içermektedir (Rosen ve Schulkin, 1998).

Anksiyetenin biyolojik temelleri, genetik yatkınlıklar, nörotransmitter dengesizlikleri ve beyin yapılarındaki işlev bozukluklarıyla ilişkilendirilir. Araştırmalar, anksiyete bozukluğu olan bireylerde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Aile çalışmaları, anksiyete bozukluğu olan bireylerin birinci dereceden akrabalarında bu bozuklukların daha yaygın olduğunu ortaya koymuştur (Hettema vd., 2001).

Nörotransmitter dengesizlikleri, özellikle serotonin, gamma-aminobutirik asit (GABA) ve norepinefrin gibi kimyasalların işlevinde bozulmalar, anksiyetenin gelişiminde kritik bir rol oynamaktadır (Stein ve Sareen, 2015). Serotonin, duygu düzenlemesi ve stresle başa çıkmada önemli bir nörotransmitterdir ve serotonin sistemindeki bozulmalar anksiyete belirtilerinin şiddetlenmesine neden olabilir. GABA, beynin ana inhibitör nörotransmitteridir ve GABA sistemindeki işlev bozukluğu, bireyin stresli durumlarda aşırı duyarlılık göstermesine yol açabilmektedir.

Beyin yapıları, özellikle amigdala ve prefrontal korteks, anksiyetenin biyolojik temelinde önemli bir yer tutar. Amigdala, tehdit algısı ve korku işlenmesinde merkezi bir rol oynar. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde, amigdalada aşırı aktivasyon gözlemlenmiştir (LeDoux, 2000). Prefrontal korteks ise amigdalanın aktivitesini düzenler; ancak bu bölgede görülen disfonksiyon, bireyin tehdit algısını kontrol etme yeteneğini zayıflatabilir.

Psikolojik faktörler, anksiyetenin gelişiminde ve sürmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bireyin çocukluk döneminde yaşadığı travmalar, olumsuz ebeveynlik tutumları ve stresle başa çıkma stratejilerindeki yetersizlikler, anksiyete bozuklukları için zemin hazırlayabilir. Bowlby'nin bağlanma teorisine göre, güvenli bir bağlanma geliştiremeyen bireylerde anksiyeteye yatkınlık artabilir (Bowlby, 1973).

Bilişsel modeller, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarının ve tehdit algısının anksiyetenin sürmesindeki rolünü vurgular. Örneğin, bireylerin olayları aşırı felaketleştirme eğilimi veya tehdit düzeyini yanlış değerlendirmesi, anksiyete belirtilerini yoğunlaştırabilir (Clark ve Beck, 2010). Öğrenme teorileri ise, bireylerin travmatik deneyimlerden sonra korku tepkilerini öğrenerek anksiyete geliştirebileceğini öne sürmektedir (Mineka ve Zinbarg, 2006).

Çevresel faktörler, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında tetikleyici bir rol oynayabilir. Çocukluk döneminde yaşanan fiziksel, duygusal veya cinsel istismar gibi travmatik olaylar, bireyin stresle başa çıkma mekanizmalarını bozarak anksiyete geliştirme riskini artırabilir (Kessler vd., 2005). Ayrıca, yoğun iş baskısı, ekonomik zorluklar ve sosyal destek eksikliği gibi stres faktörleri, bireylerde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.

Toplumsal olaylar ve kültürel faktörler de anksiyetenin etiyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle savaş, göç ve doğal afetler gibi travmatik toplumsal deneyimler, bireylerde yaygın anksiyete belirtilerine yol açabilir (Hinton ve Lewis-Fernández, 2011). Kültürel inançlar ve damgalama korkusu ise bireylerin yardım arama davranışlarını etkileyerek anksiyetenin sürekliliğini artırabilir.

Nöropsikolojik ve Biyopsikososyal Yaklaşım

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin birbirini tamamlayan bir etkileşimi olarak değerlendirilmektedir. Biyopsikososyal model,

bu üç faktörün dinamik bir şekilde anksiyete üzerindeki etkisini açıklar (Engel, 1977). Örneğin, genetik yatkınlığa sahip bir bireyin çocuklukta yaşadığı travmalar ve olumsuz çevresel koşullar, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini artırabilir. Bu bağlamda, anksiyetenin nedenlerini anlamak için disiplinler arası bir yaklaşım benimsenmesi gereklidir. Anksiyetenin etiyolojisi, biyolojik temellerden psikolojik ve çevresel faktörlere kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içermektedir. Genetik yatkınlık, nörotransmitter dengesizlikleri ve beyin yapılarındaki işlev bozuklukları anksiyetenin biyolojik boyutunu oluştururken, çocukluk travmaları, olumsuz düşünce kalıpları ve stresli yaşam olayları bu bozukluğun psikososyal temelini desteklemektedir.

1.3.3. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, bireyin yoğun, sürekli ve kontrol edilemeyen kaygı hissetmesiyle karakterize edilen, işlevselliği ciddi şekilde etkileyen bir grup psikolojik rahatsızlıktır. Bu bozukluklar, bireyin duygusal, bilişsel ve fiziksel sağlığı üzerinde derin etkiler yaratarak, sosyal ilişkilerden iş yaşamına kadar birçok alanda sorunlara neden olabilir (American Psychiatric Association, 2013). Anksiyete bozuklukları, türlerine göre farklı belirtiler sergileyen, ancak kaygı temeline dayanan heterojen bir rahatsızlık grubudur.

Anksiyete bozuklukları, farklı alt türler halinde sınıflandırılır ve her biri kendine özgü semptomlarla ortaya çıkar.

Genel Anksiyete Bozukluğu (GAD) bireyin günlük yaşamında sürekli ve aşırı düzeyde kaygı yaşamasıyla karakterizedir. Bu bozuklukta birey, belirli bir olay veya durumla sınırlı olmayan yaygın bir kaygı hali içindedir ve bu durum genellikle fiziksel belirtilerle de kendini gösterir (Stein ve Sareen, 2015).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) sosyal durumlarda yoğun bir korku ve utanma hissi ile ilişkilidir. Birey, başkaları tarafından yargılanma veya eleştirilme korkusuyla sosyal ortamlardan kaçınabilir (Clark ve Wells, 1995).

Panik Bozukluk, ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan yoğun korku ataklarıyla karakterizedir. Panik ataklar sırasında çarpıntı, nefes darlığı, terleme ve ölüm korkusu gibi belirtiler görülebilir (Barlow, 2002).

Özgöl Fobiler ise belirli bir nesne veya durumla ilgili aşırı ve mantıksız bir korkuyu ifade eder. Örneğin, yükseklik, hayvanlar veya kan gibi spesifik uyaranlar bireyde yoğun bir kaygıya yol açabilir (American Psychiatric Association, 2013).

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, bireyin sevdiği kişilerden ayrılma durumunda yoğun bir korku ve kaygı hissetmesiyle ilişkilidir. Bu durum genellikle çocukluk döneminde başlamakla birlikte yetişkinlerde de görülebilir (Shear vd., 2006).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ise DSM-5'te ayrı kategoriler altında ele alınmalarına rağmen, bu bozukluklar da anksiyete temelli semptomlarla ilişkilendirilir. OKB, obsesyonlar (sürekli ve rahatsız edici düşünceler) ve kompulsiyonlar (tekrarlayan davranışlar) ile karakterizedir. TSSB ise travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan yoğun korku, kaçınma ve yeniden yaşantılama semptomlarını içermektedir (Foa vd., 2000).

Anksiyete bozukluklarının belirtileri, türüne bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte genel olarak duygusal, bilişsel ve fiziksel düzeyde ortaya çıkmaktadır. Duygusal belirtiler yoğun kaygı, huzursuzluk, korku ve tehdit algısı. Bilişsel belirtiler, olayları felaketleştirme eğilimi, sürekli bir tehdit algısı ve odaklanma güçlüğü. Fiziksel belirtiler, çarpıntı, nefes darlığı, terleme, kas gerginliği, mide rahatsızlıkları ve uyku bozuklukları (Craske ve Barlow, 2008) şeklinde açıklanabilir.

Bu belirtiler, bireyin yaşam kalitesini düşürerek sosyal, mesleki ve kişisel alanlarda işlevsellik kaybına neden olabilir. Belirtilerin yoğunluğu ve süresi, bozukluğun türüne ve bireysel faktörlere göre değişiklik gösterebilir.

Anksiyete bozukluklarının nedenleri, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin bir etkileşimiyle ortaya çıkar:

Biyolojik Faktörler: Genetik yatkınlık, nörotransmitter dengesizlikleri (örneğin, serotonin ve GABA) ve beyindeki stresle ilişkili yapıların (örneğin, amigdala) aşırı aktivitesi, anksiyete bozukluklarının biyolojik temelini oluşturur (LeDoux, 2000).

Psikolojik Faktörler: Travma, olumsuz düşünce kalıpları ve etkisiz başa çıkma mekanizmaları, bireyin kaygıya yatkınlığını artırabilir (Beck ve Emery, 1985).

Çevresel Faktörler: Yoğun iş baskısı, sosyal destek eksikliği, çocuklukta ihmal ve istismar gibi çevresel stresörler, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar (Kessler vd., 2005).

Anksiyete bozuklukları, bireyin duygusal ve fiziksel sağlığı üzerinde ciddi etkiler yaratan karmaşık ve çeşitli rahatsızlıkları içeren bir gruptur. Bu bozuklukların farklı türlerini, belirtilerini ve nedenlerini anlamak, bireylerin yaşadığı kaygıyı değerlendirmek ve bu bozuklukların etkilerini en aza indirmek için önemlidir. Anksiyete bozukluklarının nedenleri ve semptomları üzerindeki araştırmalar, bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik daha etkili yaklaşımların geliştirilmesine olanak sağlamaktadır.

1.3.4. Anksiyete ve Somatizasyon

Anksiyete ve somatizasyon, bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerinde derin etkiler yaratan, sıkça bir arada görülen iki önemli kavramdır. Anksiyete, bireyin tehdit algısına karşı geliştirdiği yoğun kaygı hali olarak tanımlanırken, somatizasyon, psikolojik sıkıntıların fiziksel belirtiler şeklinde dışa vurulmasıyla karakterize edilir (Barsky ve Borus, 1995). Bu iki durumun bir arada görülmesi, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir ve sağlık sistemlerine olan başvuruların artmasına neden olabilir. Anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişki, hem klinik hem de teorik düzeyde yoğun bir şekilde araştırılmaktadır.

Anksiyete ve somatizasyon arasındaki bağlantı, bu iki durumun ortak psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarla ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Anksiyete, bireyin stres yanıtını harekete geçirerek vücudun fizyolojik tepkilerini artırabilir. Örneğin, anksiyete sırasında artan stres hormonu kortizol, bireyin bedensel duyumlara karşı daha duyarlı hale gelmesine yol açabilir (Kirmayer ve Looper, 2006). Bu durum, bireyin fiziksel belirtileri abartılı bir şekilde algılamasına ve somatik semptomlar geliştirmesine neden olabilir.

Somatizasyon ise genellikle bireyin stresle başa çıkma mekanizmalarındaki yetersizliklerle ilişkilendirilir. Anksiyete yaşayan bireyler, duygusal yüklerini fiziksel belirtiler yoluyla ifade etme eğilimindedir. Bu durum, bireyin bilinçdışı çatışmalarını veya duygusal sıkıntılarını farkına varmadan dışa vurmasının bir yolu olarak değerlendirilebilir (Lipowski, 1988). Örneğin, sürekli bir baş ağrısı, mide rahatsızlıkları

veya kas gerginliği gibi belirtiler, bireyin yaşadığı anksiyetenin fiziksel tezahürleri olabilmektedir.

Araştırmalar, anksiyete bozukluğu olan bireylerin önemli bir kısmında somatizasyon belirtilerinin görüldüğünü ortaya koymaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireyler arasında yapılan çalışmalarda, somatik belirtilerle birlikte anksiyete bozukluğu tanısının sıklıkla rapor edildiği bildirilmiştir (Kroenke vd., 2002). Özellikle genel anksiyete bozukluğu (GAD) ve panik bozukluğu olan bireylerde, somatizasyon belirtilerinin yoğunluğu daha yüksek olabilir.

Anksiyete ve somatizasyonun bir arada görülmesi, bireyin psikolojik iyilik hali üzerinde derin etkiler yaratabilir. Bireyler, yaşadıkları fiziksel belirtileri anlamlandırmada güçlük çektiklerinde, bu durum daha fazla kaygıya yol açabilir ve bir kısır döngü oluşabilir. Ayrıca, somatizasyon belirtileri olan bireylerin sosyal ilişkilerinde zorluk yaşama olasılığı daha yüksektir. Sürekli fiziksel şikayetler, bireyin iş yaşamındaki verimliliğini düşürebilir ve sosyal destek mekanizmalarının zayıflamasına neden olabilir (Rief vd., 2001).

Anksiyete ve somatizasyonun nörobiyolojik temelleri, beyin yapılarındaki işlev bozuklukları ve nörotransmitter dengesizlikleri ile ilişkilendirilir. Amigdala, anksiyetenin işlenmesinde önemli bir rol oynarken, bu bölgedeki aşırı aktivasyon, bireyin bedensel duyumlara karşı duyarlılığını artırabilir (LeDoux, 2000). Ayrıca, serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzeylerindeki değişiklikler, hem anksiyete hem de somatizasyon belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olabilir.

Anksiyete ve somatizasyonun ifade edilişi, kültürel bağlamlara göre farklılık gösterebilir. Batı toplumlarında anksiyete genellikle psikolojik bir rahatsızlık olarak değerlendirilirken, bazı Asya ve Afrika kültürlerinde somatik belirtiler, psikolojik sıkıntıların temel ifadesi olarak görülmektedir (Kleinman, 1988). Bu farklılıklar, somatizasyonun tanınmasında ve tedavi edilmesinde kültürel duyarlılığın önemini vurgulamaktadır.

Anksiyete ve somatizasyon, bireylerin yaşamında önemli zorluklara yol açabilen, birbiriyle yakından ilişkili psikolojik ve fiziksel durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu iki durumun ortak mekanizmalarını ve etkilerini anlamak, bireylerin yaşadığı sıkıntılara yönelik daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine olanak tanımaktadır.

1.3.5. Anksiyeteli Bireylerde Görülen Davranışlar

Anksiyete bozuklukları, bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen, ancak uygun tedavi yöntemleriyle yönetilebilen psikolojik rahatsızlıklardır. Tedavi, bireyin semptomlarını hafifletmek, kaygıyı tetikleyen faktörleri ele almak ve uzun vadeli iyileşme sağlamak amacıyla bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikoterapi, farmakolojik müdahaleler ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi birden fazla yöntem bir arada kullanılmaktadır (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikoterapi, etkili bir yöntem olarak ön plana çıkmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireyin kaygı düzeyini azaltmaya yönelik en yaygın kullanılan terapi türlerinden biridir. BDT, bireyin olumsuz düşünce kalıplarını ve işlevsiz davranışlarını değiştirmeyi hedefler. Ayrıca, bireylerin kaygı yaratan durumlarla kontrollü bir şekilde yüzleşmesini sağlayarak kaçınma davranışlarını azaltmaktadır (Hofmann vd., 2012).

Maruz bırakma terapisi, özellikle özgül fobiler ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi alt gruplarda etkili bir teknik olarak öne çıkar. Bu terapi yöntemi, bireyin korku uyandıran durumlarla kontrollü bir şekilde yüzleşmesini sağlayarak kaygı seviyesini azaltmayı amaçlamaktadır (Craske vd., 2008).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) gibi üçüncü dalga terapiler de anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olabilir. ACT, bireyin kaygıyı tamamen ortadan kaldırmak yerine bu duyguyu kabul etmesini ve değerleri doğrultusunda hareket etmesini desteklemektedir (Hayes vd., 2006).

Farmakolojik müdahaleler, orta ve şiddetli anksiyete bozukluklarının tedavisinde genellikle psikoterapi ile birlikte kullanılmaktadır. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI'lar) ve Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI'lar), anksiyete semptomlarını azaltmada birinci basamak ilaçlar olarak öne çıkar (Baldwin vd., 2011). SSRI'lar, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi durumlarda etkili bulunmuştur.

Benzodiazepinler, akut anksiyete semptomlarının hızlı bir şekilde hafifletilmesinde etkili olmakla birlikte, uzun süreli kullanımları bağımlılık riski nedeniyle sınırlıdır (Ballenger,

1999). Bu nedenle, genellikle kısa vadeli kriz yönetiminde tercih edilir. Alternatif olarak, pregabalin ve buspiron gibi ilaçlar, belirli anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılabilir (Rickels ve Rynn, 2002).

Anksiyete bozukluğu tedavisinde bireylerin durumlarına ilişkin farkındalıklarını artırmak ve semptomlarını yönetmelerine yardımcı olmak amacıyla psikoeğitim önemli bir rol oynar. Psikoeğitim, bireyin yaşadığı belirtilerin doğasını anlamasını ve bu belirtilere yönelik etkili başa çıkma stratejileri geliştirmesini sağlamaktadır (Pilling vd., 2011).

Ayrıca, aile ve arkadaş desteği gibi sosyal destek sistemleri, bireyin tedavi sürecini kolaylaştırabilir. Grup terapileri, benzer deneyimlere sahip bireylerle etkileşim kurma fırsatı sunarak duygusal destek sağlar ve izolasyonu azaltmaktadır (White ve Freeman, 2000).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, semptomların yönetilmesine katkıda bulunabilir. Düzenli egzersiz, stres düzeylerini azaltarak bireyin genel iyilik halini artırır. Mindfulness ve meditasyon gibi yaklaşımlar, bireyin kaygıyı kontrol altına almasına yardımcı olabilir (Kabat-Zinn, 1990). Ayrıca, uyku düzeninin sağlanması ve dengeli beslenme, anksiyete belirtilerinin hafifletilmesinde destekleyici bir rol oynamaktadır.

Anksiyete bozukluklarının tedavisi, genellikle psikologlar, psikiyatristler, aile hekimleri ve diğer sağlık profesyonellerinin iş birliğini gerektirir. Multidisipliner bir yaklaşım, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bir bütün olarak ele almayı sağlamaktadır. Tedavi planları, bireyin semptomlarının şiddetine, yaşam koşullarına ve kişisel tercihlerine göre özelleştirilir (Kessler vd., 2005).

Anksiyete bozukluğu tedavisi, bireyin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Psikoterapi, farmakolojik tedavi, psikoeğitim ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi yöntemlerin bir arada kullanılması, semptomların etkili bir şekilde yönetilmesini sağlar. Erken müdahale ve bireyselleştirilmiş tedavi planları, bireylerin yaşam kalitesini artırmada kritik bir öneme sahiptir (Bandelow vd., 2017).

1.4. Duygu Düzenleme Modelleri

Duygu düzenleme, bireylerin duygusal tepkilerini algılama, anlama, değerlendirme ve düzenleme yeteneklerini içeren karmaşık bir süreçtir (Gross, 1998). Bu süreç, insanların

duygusal deneyimlerini etkileyen birçok faktörü içerir ve sağlıklı duygu düzenleme becerileri, psikolojik iyilik hali için önemlidir (Gross, 2015).

James-Gross Duygu Düzenleme Modeli, duygusal tepkilerin iki boyutta ele alındığını öne sürer: duygusal yoğunluk ve duygusal yönelim (Gross, 1998). Duygusal yoğunluk, bir duygunun şiddetini ve yoğunluğunu ifade ederken, duygusal yönelim, duygunun olumlu veya olumsuz olup olmadığını belirtir. Bu model, bireylerin duygusal deneyimlerini ve bunların düzenlenmesini anlamak için bir çerçeve sunar ve duygu düzenleme stratejilerinin duygusal tepkileri nasıl etkilediğini açıklamak için kullanılır (Gross, 1998).

Gross Duygu Düzenleme Modeli, duygu düzenleme sürecini beş aşamada ele alır (Gross, 2003). Bu aşamalar, durum değerlendirmesi, duygu tetikleyicisinin fark edilmesi, duygu yönlendirmesi, duygusal tepkinin modifikasyonu ve sonuç değerlendirmesi şeklindedir. Model, duygusal düzenleme sürecini bir dizi adımda açıklar ve bireylerin duygusal tepkilerini etkileyen çeşitli faktörleri vurgulamaktadır (Gross, 2003).

Gross ve Thompson Duygu Düzenleme Modeli, duygusal düzenleme stratejilerini üç kategoriye ayırır: durum odaklı stratejiler, dikkat odaklı stratejiler ve tepki odaklı stratejiler (Gross & John, 2003). Bu model, farklı duygu düzenleme stratejilerinin türlerini ve etkilerini tanımlar ve bireylerin duygusal deneyimlerini yönetmek için farklı yaklaşımların kullanılabileceğini gösterir (Gross ve John, 2003).

Gross ve John Duygu Düzenleme Modeli, duygu düzenleme sürecini iki boyutta ele alır: bilinçli ve otomatik düzenleme (Gross, 2003). Bilinçli düzenleme, kişinin bilinçli olarak duygusal tepkilerini düzenlemesiyle ilgilidir, otomatik düzenleme ise, kişinin bilinçli olmadan duygusal tepkilerini düzenlemesiyle ilgilidir. Bu model, duygusal düzenlemenin farklı yollarını ve mekanizmalarını vurgular ve bireylerin duygusal deneyimlerini daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktadır (Gross ve Thompson, 2007).

Her bir model, duygu düzenleme sürecini farklı perspektiflerden ele alır ve bireylerin duygusal deneyimlerini anlamak için önemli birer araç sağlamaktadır.

Modal Duygu Modeli, duyguların bireyin çevresel uyaranları algılama ve değerlendirme süreçlerine bağlı olarak ortaya çıktığını savunan dinamik bir yaklaşımdır. Bu model, duyguların yalnızca biyolojik tepkilerden ibaret olmadığını, aynı zamanda bireyin geçmiş deneyimlerinin, beklentilerinin ve bağlamsal değerlendirmelerinin bir ürünü olduğunu vurgular (Scherer, 2005). Modal Duygu Modeli, duyguların oluşumunu ve

düzenlenmesini açıklamak için dört temel bileşene dayanır: uyaran, değerlendirme, tepki ve düzenleme.

Duygusal süreç, bireyin çevresel bir uyaranı algılamasıyla başlar. Ancak, bir uyarının duygusal bir tepkiye dönüşmesi, bireyin bu uyaranı nasıl değerlendirdiğiyle doğrudan ilişkilidir. Değerlendirme süreci, bireyin uyaranı tehdit edici, olumlu, önemsiz veya kişisel hedefleriyle ilgili olarak algılamasına dayanır. Örneğin, bir birey yoğun bir iş yükünü stres kaynağı olarak değerlendirdiğinde, bu durum kaygı veya gerilim gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabilir (Lazarus, 1991).

Değerlendirme sonucunda, bireyin duygusal, bilişsel ve fizyolojik düzeyde bir tepki geliştirdiği görülür. Modal Duygu Modeli, bu tepkilerin bireyin içsel süreçleriyle çevresel faktörlerin etkileşiminin bir sonucu olduğunu savunur. Örneğin, bir tehdit algısı karşısında bireyde artan kalp atışı, terleme ve dikkat yoğunlaşması gibi fizyolojik tepkiler ortaya çıkabilir. Bu tepki, bireyin hem içsel hem de dışsal uyaranlara yönelik hazırbulunuşluğunu artırır (Lazarus, 1991; Gross, 2007)

Modelin önemli bir unsuru, bireyin ortaya çıkan duygusal tepkilerini düzenleme becerisidir. Modal Duygu Modeli, duygusal düzenlemenin bireyin mevcut bağlamda işlevselliğini sürdürebilmesi için kritik olduğunu vurgular. Bu süreç, duyguların yoğunluğunun azaltılması, sürekliliğinin kontrol altına alınması veya ifade edilme biçiminin uyarlanması gibi stratejileri içerir (Gross, 1998). Örneğin, bir birey iş yerinde yaşadığı bir çatışmada sakin kalmayı tercih ederek duygusal tepkisini bilinçli bir şekilde düzenleyebilir (Carver ve Scheier, 1998). Bireylerin duygusal tepkilerinin ve düzenleme stratejilerinin bağlama ve kişisel özelliklere bağlı olarak değişebileceğini öne sürmektedir. Kültürel normlar, geçmiş deneyimler ve bireyin kişisel başa çıkma becerileri, bu süreçlerde belirleyici bir rol oynar. Örneğin, Batı kültürlerinde bireylerin duygularını açıkça ifade etmeleri teşvik edilirken, Doğu kültürlerinde duyguların bastırılması daha yaygın bir davranış olabilir (Matsumoto vd., 2008).

Modal Duygu Modeli, bireylerin duygusal tepkilerinin dinamik ve bağlamsal bir süreç olarak anlaşılmasına katkı sağlar. Duyguların oluşumunda ve düzenlenmesinde bireysel farklılıklar, çevresel faktörler ve bağlamın önemi büyüktür. Bu model, bireylerin duygusal süreçlerini anlamalarına ve bu süreçleri daha etkili bir şekilde yönetmelerine yönelik stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, duyguların yalnızca bir tepki

değil, aynı zamanda bireyin çevresiyle etkileşiminde bir rehber olarak işlev gördüğünü de göstermektedir (Werner ve Gross, 2010).

1.4.1. Duygu Düzenleme Süreci Modeli

Duygu Düzenleme Süreci Modeli, bireylerin duygusal deneyimlerini anlamalarına ve bu deneyimleri kontrol etmelerine olanak tanıyan dinamik bir süreç olarak tanımlanır. James Gross (1998) tarafından geliştirilen bu model, bireylerin duygularını düzenlemek için kullandıkları stratejileri ve bu stratejilerin duygusal tepkilerin niteliği üzerindeki etkilerini anlamak için kapsamlı bir çerçeve sunar. Bu model, bireyin duygularını düzenlemek için çeşitli aşamalarda müdahalelerde bulunabileceğini vurgular ve duyguların oluşumundan düzenlenmesine kadar geçen süreci ele alır (Gross, 1998; Werner ve Gross, 2010; Thompson, 1994).

Gross'un modeline göre, duyguların düzenlenmesi beş temel aşamada gerçekleşir:

Durum Seçimi: Duygusal bir tepkiyi tetikleyebilecek bir durumdan kaçınmak ya da bu duruma dahil olmak, bireyin duygularını düzenlemeye yönelik ilk müdahale noktasıdır. Örneğin, sosyal kaygısı olan bir bireyin kalabalık bir etkinlikten kaçınmayı tercih etmesi durum seçimine örnek olarak gösterilebilir. Bu strateji, bireyin olumsuz duygularla karşılaşmasını önlemeyi hedeflemektedir (Gross, 1998).

Durum Değiştirme: Bireyin mevcut bir durumu duygusal etkisini azaltacak şekilde değiştirmesi, durum değiştirme olarak adlandırılır. Bu strateji, bireyin çevresel faktörlere aktif müdahalede bulunarak duygularını kontrol etmesine olanak tanır. Örneğin, bir tartışma sırasında konuyu değiştirmek ya da rahatsız edici bir ortamdan ayrılmak, bu stratejiye örnek verilebilir. (Koole, 2009).

Dikkat Yönlendirme: Duygusal uyaranlardan kaçınmak için dikkatin başka bir yöne kaydırılması, duygusal yoğunluğu azaltmaya yönelik etkili bir stratejidir. Örneğin, stresli bir olay sırasında olumlu bir anıya odaklanmak ya da derin nefes alma gibi tekniklerle zihinsel dikkati başka bir yöne çekmek, bu stratejiye örnek olarak gösterilebilir (McRae vd., 2012).

Bilişsel Yeniden Çerçeveleme: Bir durumun birey tarafından algılanış biçimini değiştirmek ve daha olumlu bir bakış açısıyla değerlendirmek, bu stratejinin temelini

oluşturur. Örneğin, başarısız bir denemeyi bir öğrenme fırsatı olarak görmek, bilişsel yeniden çerçeveleme stratejisinin etkili bir kullanımını gösterir. Bu strateji, bireyin olumsuz duygusal tepkilerini hafifletmede oldukça etkili bulunmuştur (Beck ve Emery, 1985).

Tepki Modülasyonu: Bireyin duygusal tepkilerini kontrol etmesi ve bu tepkilerin ifade biçimini değiştirmesi tepki modülasyonu olarak adlandırılır. Örneğin, öfkesini bağırarak yerine sakin bir şekilde ifade etmek ya da yoğun bir üzüntüyü gizlemek için başka bir yüz ifadesi sergilemek, bu stratejiye örnek gösterilebilir (Gross 1998; Gross ve Levenson 1997; Gross ve Thompson 2007).

Gross'un modelinde, duyguların düzenlenmesinde kullanılan stratejilerin etkisi, bireyin psikolojik iyilik hali üzerinde önemli bir rol oynar. Araştırmalar, bilişsel yeniden çerçeveleme gibi stratejilerin, bireylerin stres ve kaygı ile başa çıkmasında etkili olduğunu göstermiştir (Aldao vd., 2010). Öte yandan, duyguları bastırma gibi stratejiler kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede olumsuz psikolojik sonuçlara yol açabilir. Örneğin, duygularını sürekli bastıran bireylerde, depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (John ve Gross, 2004).

Duygu düzenleme süreçleri, bireylerin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal bağlamlardan büyük ölçüde etkilenir. Örneğin, Batı kültürlerinde bireylerin duygularını açıkça ifade etmeleri teşvik edilirken, Doğu kültürlerinde duyguların kontrol edilmesi ve bastırılması daha yaygın bir norm olarak kabul edilir (Matsumoto vd., 2008). Ayrıca, sosyal etkileşimler sırasında bireylerin duygularını düzenleme biçimleri, toplumsal ilişkilerdeki rollerine ve çevresel beklentilere bağlı olarak değişebilir. (Hochschild, 1983).

Duygu Düzenleme Süreci Modeli, terapi, eğitim ve iş yönetimi gibi birçok alanda uygulanabilir. Örneğin, bilişsel davranışçı terapi (BDT), bireylerin bilişsel yeniden çerçeveleme stratejilerini öğrenmesine yardımcı olurken, mindfulness temelli yaklaşımlar dikkatin yönlendirilmesi ve duyguların farkındalığına odaklanır (Hayes vd., 2006). Bu modelin anlaşılması, bireylerin daha etkili duygusal başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmalarına yardımcı olabilir.

Duygu Düzenleme Süreci Modeli, bireylerin duygularını düzenlemelerinde rehberlik eden kapsamlı bir teorik çerçeve sunar. Modelin farklı aşamaları, bireylerin duygusal süreçlerini anlamalarına ve bu süreçleri etkili bir şekilde yönetmelerine olanak tanır.

Duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesi, bireylerin psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu bir etki yaratırken, stres ve kaygı gibi olumsuz duygusal durumların yönetilmesine de katkıda bulunur. Model, bireylerin duygusal dengeyi sağlamaları ve daha uyumlu bir yaşam sürmeleri için kritik bir araçtır.

1.4.2. Kişilerarası Stratejilerin Bir Süreç Modeli

Kişilerarası Stratejilerin Süreç Modeli, bireylerin sosyal bağlamlarda duygularını nasıl düzenlediğini ve başkalarının duygusal durumlarına nasıl uyum sağladığını açıklayan bir yaklaşımdır. Bu model, bireyin sadece kendi duygularını düzenleme becerisiyle değil, aynı zamanda çevresindeki insanlarla olan etkileşimlerinde bu beceriyi nasıl uyguladığını da ele almaktadır (Zaki ve Williams, 2013). Model, bireylerin sosyal ilişkilerini sürdürmek ve geliştirmek için duygularını bilinçli bir şekilde düzenlediklerini savunmaktadır.

Kişilerarası Stratejilerin Süreç Modeli, bireylerin duygularını düzenlerken hem kendi ihtiyaçlarını hem de sosyal bağlamın gerekliliklerini göz önünde bulundurdıklarını vurgular (Reeck, Ames, ve Ochsner, 2016).

Model, bu süreçte şu temel unsurları içerir:

Duygusal Farkındalık: Bireyin kendi duygularını tanımlama ve anlamlandırma becerisi, kişilerarası etkileşimlerde etkili bir duygu düzenleme stratejisinin ilk adımıdır. Örneğin, bir liderin takım üyelerinin stres düzeyini fark etmesi, etkili bir liderlik yaklaşımı için kritik öneme sahiptir (Goleman, 1995; Salovey ve Mayer, 1990; Caruso ve Salovey, 2004).

Empati ve Duygusal Yansıma: Başkalarının duygusal durumlarını algılama ve bu duygulara uygun tepkiler verme becerisi, modelin temel bir bileşenidir. Empati, bireylerin sosyal bağlarını güçlendirmek için kullandığı önemli bir stratejidir. Örneğin, bir arkadaşın zor bir dönemden geçtiğini fark eden bir birey, empati kurarak destekleyici bir rol üstlenebilir. (Goleman, 1995; Decety ve Jackson, 2004).

Uyum Sağlama: Birey, sosyal bağlamın gerekliliklerine uygun bir şekilde kendi duygusal tepkilerini düzenleyebilir. Örneğin, bir grup tartışması sırasında bireyin kendi öfkesini

kontrol ederek yapıcı bir diyalog kurmaya çalışması bu stratejiye örnek teşkil eder (Karaşar ve Öglmş, 2016).

Duygusal Etkileşimlerin Yönetimi: Bireylerin, başkalarının duygusal tepkilerini etkileyerek sosyal bağlamın genel duygusal atmosferini yönlendirme becerisi, bu modelin önemli bir parçasıdır. Örneğın, bir liderin ekip içinde olumlu bir atmosfer yaratmak için motive edici bir dil kullanması (Zaki ve Williams, 2013).

Kişilerarası duygu düzenleme stratejileri, bireylerin sosyal ilişkilerini sürdürme ve geliştirme becerileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Araştırmalar, etkili kişilerarası stratejilerin, bireylerin sosyal destek arayışlarını artırdığını ve bu destek sistemlerinin duygusal denge üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Gross ve John, 2003). Öte yandan, yetersiz stratejiler, bireyler arasında yanlış anlamalara ve ilişkilerde çatışmalara yol açabilir.

Kişilerarası duygu düzenleme stratejileri, bireyin içinde bulunduğu bağlama ve kültürel normlara göre farklılık gösterebilir. Örneğın, Batı kültürlerinde bireylerin duygularını açıkça ifade etmesi ve bu ifadelerle sosyal bağlar kurması teşvik edilirken, Doğu kültürlerinde bireylerin duygularını daha kontrollü bir şekilde ifade etmeleri norm olarak kabul edilir (Matsumoto vd., 2008). Bu farklılıklar, bireylerin kişilerarası stratejilerini seçme ve uygulama biçimlerini doğrudan etkilemektedir.

Kişilerarası Stratejilerin Süreç Modeli, bireylerin sosyal ilişkilerdeki rollerini ve duygusal düzenlemenin bu rolleri nasıl etkilediğini anlamada kritik bir ereve sunmaktadır. Örneğın, bir öğretmenin öğrencilerine karşı sergilediği duygusal tepkiler, öğrencilerin öğrenme sürecine katılımını etkileyebilir. Benzer şekilde, bir ebeveynin çocuğuna karşı sergilediği sakin ve destekleyici davranışlar, çocuğun duygusal gelişimine olumlu katkıda bulunabilir (Gross, 2007).

Kişilerarası Stratejilerin Süreç Modeli, bireylerin sosyal bağlamda duygularını nasıl düzenlediklerini ve bu süreçte hangi stratejileri kullandıklarını anlamaya yönelik kapsamlı bir yaklaşımdır. Empati, uyum sağlama ve duygusal etkileşimlerin yönetimi gibi unsurlar, bu modelin temel bileşenlerini oluşturur. Bu model, bireylerin sosyal ilişkilerde daha etkili ve uyumlu bir şekilde davranmalarına katkı sağlarken, duygusal düzenleme süreçlerinin sosyal bağlam üzerindeki etkisini de vurgular. Duygusal düzenlemenin

sosyal dinamiklere olan etkisini anlamak, bireylerin hem kişisel hem de sosyal düzeyde daha sağlıklı ilişkiler geliştirmelerine yardımcı olabilir (Reeck, Ames, ve Ochsner, 2016).

1.4.3. Kuramlar Çerçevesinde Duygular

Duygular, insan yaşamında temel bir yere sahip olup, bireylerin hem kişisel hem de sosyal süreçlerini yönlendiren önemli psikolojik fenomenlerdir. Duyguların kökeni, işlevleri ve düzenlenmesi, psikolojik kuramlar çerçevesinde farklı bakış açılarından ele alınmıştır. Bu kuramlar, duyguların biyolojik temellerini, bilişsel süreçlerle olan ilişkisini ve sosyal bağlamdaki rollerini açıklamaya çalışır. Duyguların doğru bir şekilde anlaşılması, bireylerin psikolojik sağlığını geliştirmek ve sosyal uyumu artırmak açısından kritik öneme sahiptir (Gross, 2002).

Evrimsel yaklaşımlar, duyguların hayatta kalma ve adaptasyon süreçlerinde oynadığı önemli rolü vurgulamaktadır. Charles Darwin'in çalışmalarında, duyguların biyolojik kökenli olduğu ve türlerin çevresel zorluklara karşı uyum geliştirmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Örneğin, korku duygusu, bireyi tehdit algıladığı durumlarda "savaş ya da kaç" tepkisiyle hayatta kalma olasılığını artırır (Ekman, 1992). Ayrıca, evrimsel perspektif, duyguların yalnızca bireysel değil, sosyal bağların güçlendirilmesine de hizmet ettiğini savunmaktadır (Darwin, 1872; Keltner ve Haidt, 1999).

James-Lange kuramı, duyguların fiziksel tepkilerin bir sonucu olduğunu öne sürer. Bu kurama göre, bir olay karşısında önce fiziksel bir tepki oluşur, ardından bu tepki duygusal bir deneyim olarak algılanır. Örneğin, tehdit edici bir durumla karşılaşan bir birey önce kalp çarpıntısı gibi fiziksel tepkiler yaşar ve bu tepkiler sonucunda korku hissini deneyimler (James, 1884). Kuram, duyguların fizyolojik temellerine vurgu yaparak, bedenin duygusal süreçler üzerindeki rolünü ön plana çıkarmaktadır.

James-Lange kuramına alternatif olarak geliştirilen Cannon-Bard kuramı, duygusal tepkilerin ve fiziksel belirtilerin eşzamanlı olarak meydana geldiğini savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre, bir tehdit algılandığında birey aynı anda hem korku hisseder hem de fiziksel belirtiler (örneğin, kalp atış hızının artması) yaşamaktadır. Kuram, limbik sistemdeki talamus ve amigdala gibi yapıların bu süreçteki önemli rollerine dikkat çeker (Cannon, 1927). Cannon-Bard kuramı, duyguların merkezi sinir sistemi üzerinden yönetildiğini ve fiziksel tepkilerden bağımsız olarak ortaya çıkabileceğini savunmaktadır.

Bilişsel değerlendirme kuramları, duyguların bireyin çevresel olayları değerlendirme sürecine bağlı olarak oluştuğunu belirtir. Richard Lazarus'un teorisine göre, birey bir durumu tehdit, fırsat veya zararlı olarak algıladığında, bu değerlendirme sürecine bağlı olarak duygusal bir tepki geliştirmektedir (Lazarus, 1991). Örneğin, önemli bir sınavı tehdit olarak algılayan bir birey kaygı hissederken, aynı sınavı bir fırsat olarak gören birey heyecan hissedebilir (Lazarus, 1991).

Schachter ve Singer'in iki faktörlü duygusal kuramı, duyguların fizyolojik uyarılma ve bilişsel değerlendirme süreçlerinin birleşimiyle oluştuğunu savunur. Örneğin, hızlı kalp atışı bir bağlamda korku olarak algılanabilirken, romantik bir ortamda bu durum heyecan olarak deneyimlenebilir (Schachter ve Singer, 1962). Bu kuram, duyguların çevresel ve bilişsel süreçlerle etkileşim içinde olduğunu açıklamaktadır.

Psikodinamik kuramlar, duyguların bilinçdışı süreçlerden kaynaklandığını ve bireyin erken dönem deneyimlerinden etkilendiğini savunmaktadır. Freud'un teorisine göre, duygular bilinçdışı çatışmaların bir dışavurumu olarak ortaya çıkar ve bireyin içsel dünyasında önemli bir yer tutar (Freud, 1915). Örneğin, çocukluk döneminde yaşanan bir kayıp, bireyin ileriki yaşamında yas ve üzüntü gibi duygularla başa çıkma biçimini şekillendirebilir. Psikodinamik terapi, bireyin bilinçdışı duygusal süreçlerini fark etmesini ve bu süreçlerle başa çıkma becerilerini geliştirmesini amaçlamaktadır.

Sosyal insancılık kuramı, duyguların biyolojik değil, kültürel ve toplumsal süreçlerin bir ürünü olduğunu savunur. Bu kurama göre, duygular, toplumsal normlar ve değerler doğrultusunda şekillenir ve bireyin sosyal bağlamdaki rolüne göre anlam kazanır (Averill, 1980). Örneğin, bir kültürde sevinçle karşılanan bir durum, başka bir kültürde kaygı uyandırabilir. Bu yaklaşım, duyguların bireysel bir deneyimden ziyade sosyal bir bağlamda ele alınması gerektiğini savunmaktadır.

Duygusal düzenleme kuramları, bireylerin duygusal tepkilerini nasıl yönettiklerini ve bu süreçlerin bireysel iyilik haline nasıl katkı sağladığını incelemektedir. James Gross'un duygu düzenleme modeli, bireylerin duygusal deneyimlerini kontrol etmek için farklı stratejiler kullandığını öne sürer. Bu stratejiler arasında durumu değiştirme, dikkat yönlendirme ve bilişsel yeniden çerçeveleme yer almaktadır (Gross, 1998). Bu model, özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde önemli bir çerçeve sunmaktadır.

Duyguların çok boyutlu yapısı, bu fenomeni anlamak için farklı kuramların birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Evrimsel işlevlerden sosyal bağların kurulmasına, bilinçdışı çatışmalardan bilişsel değerlendirme süreçlerine kadar geniş bir yelpazede incelenen bu yaklaşımlar, duyguların karmaşıklığını ortaya koyar. Duygular, bireyin biyolojik yapısından sosyal çevresine kadar geniş bir etkileşim ağı içinde anlam kazanır (Köknel, 1998; Atkinson ve Atkinson, 1999).

Kuramlar çerçevesinde duygular, bireyin hem biyolojik hem de sosyal bağlamda işlevselliğini etkileyen önemli süreçlerdir. Evrimsel, bilişsel, psikodinamik ve sosyal yaklaşımlar gibi farklı teorik perspektifler, duyguların doğasını ve işlevini anlamaya yönelik kapsamlı açıklamalar sunar. Bu teoriler, bireylerin duygusal süreçlerini yönetmelerine yardımcı olmak ve sosyal uyumu artırmak için kritik bir çerçeve sağlar (Plutchik, 2001).

1.4.3.1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım, duygu düzenlemenin bireyin bilinçdışı süreçleri, erken yaşam deneyimleri ve savunma mekanizmalarıyla ilişkili olduğunu öne sürer. Bu teoriye göre, duygular yalnızca bireyin yaşadığı durumlara yönelik bilinçli tepkiler değil, aynı zamanda bastırılmış çatışmaların, arzuların ve korkuların bir dışavurumudur. Freud ve onu takip eden psikanalitik teorisyenler, duygu düzenlemenin bireyin psikolojik işlevselliğini sürdürmede temel bir rol oynadığını ve bu süreçlerin etkili yönetiminin psikolojik sağlık için kritik olduğunu vurgulamışlardır (Freud, 1926).

Psikanalitik teoriye göre, duygular bilinçdışı düzeyde işleyen çatışmaların bir yansımasıdır. Freud, bireyin duygusal düzenleme mekanizmalarını, bilinçli ve bilinçdışı süreçler arasındaki dinamiklerle açıklar. Örneğin, bastırma (repression) mekanizması, bireyin acı verici ya da tehdit edici duygusal deneyimlerini bilinçdışına iterek kısa vadede rahatlama sağlamasına olanak tanır. Ancak bu bastırılmış duygular, ilerleyen dönemlerde kaygı, somatizasyon ya da diğer psikolojik belirtiler şeklinde kendini gösterebilir (Freud, 1915).

Bu perspektif, bireyin geçmişteki duygusal deneyimlerinin ve erken dönem ilişkilerinin, özellikle ebeveyn figürleriyle olan bağların, duygu düzenleme becerilerinde önemli bir rol oynadığını savunur. Örneğin, çocukluk döneminde yaşanan ihmal ya da aşırı

koruyuculuk, bireyin duygularını anlamlandırma ve yönetme becerilerini olumsuz etkileyebilir. Bowlby'nin bağlanma teorisi, bu sürecin erken dönem bağlanma ilişkileriyle şekillendiğini öne sürerek bu anlayışı genişletir (Bowlby, 1980).

Psikanalitik teoriye göre, birey duygusal çatışmalarla başa çıkmak için savunma mekanizmaları geliştirir. Bu mekanizmalar, bilinçdışı düzeyde işleyerek bireyin duygusal dengeyi korumasına yardımcı olur. Ancak, bu süreçlerin aşırı ya da uygunsuz kullanımı, psikolojik sorunlara yol açabilir (Vaillant, 1992). Bazı temel savunma mekanizmaları şunlardır:

Bastırma (Repression): Acı verici duyguların bilinçdışına itilmesi.

Yansıtma (Projection): Kabul edilemez duyguların başkalarına atfedilmesi.

İnkâr (Denial): Gerçekliğin rahatsız edici yönlerinin reddedilmesi.

Rasyonalizasyon: Duygusal tepkilerin mantıklı açıklamalarla gizlenmesi (Vaillant, 1992).

Savunma mekanizmaları bireyin duygusal dengesini korumasına katkı sağlasa da, bu mekanizmaların sürekli kullanımı bireyde duygu düzenleme bozukluklarına ve duygusal uyumsuzluklara yol açabilir.

Bağlanma teorisi, psikanalitik yaklaşımı genişleterek bireyin erken dönemdeki bağlanma deneyimlerinin duygu düzenleme süreçlerini şekillendirdiğini savunur. Bowlby (1980), güvenli bağlanma ilişkilerinin bireyin duygusal dayanıklılığını artırdığını ve duyguları düzenleme becerilerini geliştirdiğini öne sürmüştür. Güvensiz bağlanma stilleri (örneğin, kaygılı ya da kaçınan bağlanma), bireyde düzensiz duygu düzenleme stratejilerine neden olabilir.

Kaygılı bağlanma stili: Duygusal deneyimlere aşırı odaklanma ve abartılı tepkiler verme eğilimi.

Kaçınan bağlanma stili: Duygusal deneyimlerden uzaklaşma ya da bastırma stratejilerinin kullanımı (Mikulincer ve Shaver, 2007).

Bu tür bağlanma stilleri, bireylerin psikolojik uyumlarını ve duygusal sağlıklarını olumsuz etkileyebilir.

Psikanalitik terapi, bireyin bilinçdışı çatışmalarını ve bastırılmış duygularını fark etmesine yardımcı olarak duygu düzenleme süreçlerini iyileştirmeyi hedeflemektedir. Terapötik süreçte, birey geçmişte yaşadığı duygusal deneyimlerin mevcut davranışlarını ve tepkilerini nasıl etkilediğini anlamaya çalışır. Bu farkındalık, bireyin duygularını daha sağlıklı bir şekilde yönetmesine olanak tanımaktadır (Greenberg, 2002).

Terapist, bireyin savunma mekanizmalarını tanımasına ve yerine daha işlevsel duygu düzenleme stratejileri geliştirmesine destek olur. Bu süreç, bireyin duygusal dayanıklılığını artırarak daha dengeli ve sağlıklı bir yaşam sürmesine yardımcı olmaktadır.

Psikanalitik yaklaşım, duygu düzenlemenin bilinçdışı süreçler, erken dönem ilişkiler ve savunma mekanizmalarıyla ilişkili karmaşık bir süreç olduğunu savunur. Bu perspektif, bireyin geçmiş deneyimlerinin mevcut duygusal tepkileri üzerindeki etkisini anlamak için derin bir içgörü sağlamaktadır.

1.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDY), bireylerin duygu düzenleme süreçlerini anlamak ve geliştirmek için güçlü bir teorik ve uygulamalı çerçeve sunar. Bu yaklaşım, duyguların bireyin düşünceleri, inançları ve davranışlarıyla sıkı bir şekilde bağlantılı olduğunu savunur. BDY'ye göre, bireyin yaşadığı olumsuz duygusal deneyimler, genellikle olayların yanlış yorumlanmasından, felaketleştirilmesinden ya da işlevsiz düşünce kalıplarından kaynaklanmaktadır (Beck, 1976). Bu nedenle, duygu düzenleme süreci, işlevsiz düşünce kalıplarını fark etmeyi, bunları yeniden yapılandırmayı ve daha dengeli bir duygusal durum geliştirmeyi içermektedir.

Bilişsel davranışçı modele göre, duygular, bireyin olaylara yüklediği anlamlardan doğar. Örneğin, bir birey bir sunum sırasında başarısız olacağına dair güçlü bir inanca sahipse, bu düşünce yoğun bir kaygı duygusuna yol açabilir. Bu bağlamda, bireyin düşünceleri, duygularının temel kaynağıdır. BDY, bireyin olumsuz düşüncelerini fark etmesine ve bu düşünceleri daha işlevsel ve gerçekçi alternatiflerle değiştirmesine odaklanır. Bilişsel yeniden çerçeveleme, bireyin olayları daha nesnel bir şekilde değerlendirmesini sağlayarak duygusal denge oluşturur (Clark ve Beck, 2010).

BDY, bireylerin duygularını düzenlemek için etkili stratejiler geliştirmelerine olanak tanımaktadır. Bu stratejiler, hem bilişsel hem de davranışsal müdahaleler yoluyla bireyin duygusal tepkilerini yönetmesine yardımcı olur:

Bilişsel Yeniden Çerçeveleme: Bu strateji, bireyin olayları daha gerçekçi bir şekilde değerlendirmesine olanak tanır. Örneğin, “Başarısız olacağım” gibi bir düşüncüyü, “Bu bir öğrenme fırsatı” olarak yeniden yapılandırmak, bireyin kaygı düzeyini azaltabilir. Araştırmalar, bilişsel yeniden çerçevelemenin özellikle anksiyete bozukluklarında etkili bir duygu düzenleme yöntemi olduğunu göstermektedir (Beck ve Emery, 1985).

Maruz Bırakma Teknikleri: Kaygıya neden olan durumlarla kontrollü bir şekilde yüzleşmeyi içerir. Bu yöntem, bireyin kaygı düzeyini zamanla azaltmayı hedefler. Örneğin, sosyal kaygısı olan bireylerin sosyal ortamlara küçük adımlarla maruz kalmaları, kaygılarını aşmalarına yardımcı olabilir (Craske vd., 2009).

Davranışsal Aktivasyon: Özellikle depresyon ve kaygıya bağlı duygusal düzenleme sorunlarında kullanılan bir yöntemdir. Birey, hoşnutluk veren aktiviteler planlayarak olumlu duygusal deneyimler yaşar ve bu durum duygusal dengeyi artırır (Jacobson vd., 2001).

Sorun Çözme Becerileri: Bu strateji, bireyin stresli durumlarla başa çıkmak için etkili problem çözme yöntemleri geliştirmesini sağlar. Sorunların kontrol edilebilir bir şekilde ele alınması, bireyin duygusal durumunu düzenlemesine katkıda bulunur (Lazarus & Folkman, 1984).

BDY, anksiyete bozukluklarında etkili duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesine büyük önem verir. Anksiyeteli bireyler, genellikle tehdit algılarını abartır ve olayları felaketleştirme eğilimindedir. Bu durumda BDY, bireyin işlevsiz düşüncelerini fark etmesine ve bu düşünceleri yeniden değerlendirmesine yardımcı olur. Örneğin, bireyin “Herkes beni eleştirecek” düşüncesi, “Bazı insanlar beni eleştirebilir, ama bu dünyanın sonu değil” şeklinde daha dengeli bir çerçeveye oturtulabilir (Beck, 1976).

BDY ayrıca dikkat dağıtma teknikleri ve gevşeme egzersizlerini de içeren bir yaklaşım sunar. Bu teknikler, bireyin yoğun duygusal tepkilerini azaltarak daha dengeli bir duygusal durum geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Gross, 2002). Örneğin, nefes egzersizleri ya da zihinsel odaklanma teknikleri, bireyin stresli durumlara daha sakin bir şekilde yanıt vermesini sağlamaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin duygu düzenleme becerilerini geliştirmelerinde güçlü bir araçtır. BDT'nin temel hedefi, bireyin işlevsiz düşünce kalıplarını fark etmesi ve bunları daha sağlıklı düşüncelerle değiştirmesidir. Terapötik süreçte, bireyin kaçınma davranışlarını azaltmak ve daha etkili başa çıkma mekanizmaları geliştirmek için davranışsal stratejiler uygulanır (Hofmann vd., 2012).

BDT'nin bir diğer önemli yönü, bireyin duygularını bastırmak yerine bu duygularla sağlıklı bir şekilde başa çıkmasını sağlamaktır. Terapist, bireyin kaygıya neden olan düşünce ve davranışlarını incelemesine yardımcı olur ve bu süreç, bireyin kendi duygu düzenleme becerilerini geliştirmesine olanak tanır (Beck, 1976; Beck, 2011).

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım, duygu düzenlemenin bireyin düşünceleri, davranışları ve inançları üzerindeki etkisini vurgulayan etkili bir modeldir. Bireyin işlevsiz düşünce kalıplarını fark etmesine ve yeniden yapılandırmasına olanak tanıyan bu yaklaşım, bireyin daha dengeli bir duygusal durum geliştirmesini sağlar. Özellikle anksiyete ve depresyon gibi rahatsızlıklarda BDY, bireyin duygusal tepkilerini yönetmesi ve sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmesi için etkili bir çerçeve sunmaktadır. Bu süreç, bireyin psikolojik sağlığını ve yaşam kalitesini artırmada kritik bir rol oynamaktadır (Padesky ve Mooney, 1990).

1.4.3.3. İnsancıl Yaklaşım

İnsancıl yaklaşım, bireyin duygularını anlamasını ve bu duyguların kendini gerçekleştirme sürecine etkilerini incelemeyi merkezine alan bir psikoterapötik çerçevedir. Bu yaklaşım, bireylerin içsel deneyimlerini anlamalarını, duygusal farkındalıklarını artırmalarını ve duygularını düzenleyerek daha sağlıklı bir benlik algısı geliştirmelerini hedeflemektedir (Rogers, 1961). Duygu düzenleme, bireyin kendini kabul etme, içsel çatışmalarını anlama ve bu çatışmalarla uyumlu bir şekilde başa çıkma becerileri geliştirmesi sürecinde kritik bir öneme sahiptir.

İnsancıl yaklaşım, duygu düzenlemede bireyin içsel deneyimlerini ve kendini anlama kapasitesini merkeze alır. Bu bağlamda, üç temel ilke öne çıkar:

Duygu düzenleme sürecinde bireyin kendi duygularını açıkça fark etmesi ve bu duygularla yüzleşmesi gerekir. İnsancıl yaklaşım, bireyin duygusal deneyimlerini bastırmak yerine, bu duyguları olduğu gibi kabul etmesini teşvik eder. Öz-farkındalık,

bireyin içsel huzur ve duygusal denge geliştirmesine olanak tanımaktadır (Gendlin, 1962). Bireyin kendi iç dünyasına yönelik bu farkındalığı geliştirmesi, duygu düzenleme sürecinde en önemli adımlardan biridir.

İnsancıl terapide, bireyin kendine yönelik eleştirilerden ve dışsal yargılardan uzak bir şekilde kendi duygularını kabul etmesi önemlidir. Terapist, bireyin tüm duygusal deneyimlerini yargılamadan kabul ederek, bireyin kendini daha rahat ifade etmesine ve duygusal süreçlerini daha iyi anlamasına olanak tanır (Rogers, 1961). Bu süreç, bireyin kendine yönelik daha şefkatli bir bakış açısı geliştirmesini desteklemektedir.

İnsancıl yaklaşımda, duygu düzenleme bireyin kendini gerçekleştirme yolculuğunda bir araç olarak görülür. Kendini gerçekleştirme, bireyin potansiyelini en üst düzeye çıkarması ve otantik bir yaşam sürmesi anlamına gelir (Maslow, 1943). Bu süreçte, bireyin duygusal deneyimlerini anlaması ve düzenlemesi, onun içsel çatışmalarını çözmesine ve daha dengeli bir yaşam sürmesine katkıda bulunmaktadır.

İnsancıl yaklaşım, bireylerin duygusal farkındalığını artıran ve bu duygularla uyum içinde yaşamalarını sağlayan stratejiler sunar. Bu stratejiler, bireyin duygusal süreçleri daha derinlemesine anlamasına ve yönetmesine yardımcı olmaktadır.

Gendlin (1962) tarafından geliştirilen bu teknik, bireyin bedeninde hissettiği duygusal duyumlara dikkat etmesini ve bu duyumları anlamlandırmasını içerir. Örneğin, stresli bir durumda göğsünde sıkışma hisseden bir birey, bu duyumu keşfederek ve anlamlandırarak rahatlama sağlayabilir. Bu teknik, bireyin duygu düzenleme sürecinde beden farkındalığını artırmaktadır. (Leijssen, 2006).

İnsancıl yaklaşım, bireylerin duygularını açıkça ifade etmelerini teşvik eder. Bastırılmış duyguların sağlıklı bir şekilde ifade edilmesi, bireyin duygusal yüklerini hafifletmesine ve duygusal dengeye ulaşmasına olanak tanır. Terapide birey, öfke veya üzüntü gibi bastırılmış duygularını güvenli bir ortamda ifade ederek kendini daha iyi hissedebilir (Rogers, 1961).

Empati, insancıl terapinin temel taşlarından biridir. Terapist, bireyin duygularını tam anlamıyla anlamaya çalışırken, birey de kendine yönelik empatik bir bakış açısı geliştirmeye yönlendirilir. Bu süreç, bireyin duygusal süreçlerini anlamasına ve kendini kabul etmesine katkı sağlamaktadır (Barrett-Lennard, 1981).

İnsancıl yaklaşım, anksiyeteyi bireyin içsel çatışmalarının ve kendini gerçekleştirme yolunda karşılaştığı engellerin bir göstergesi olarak görür. Anksiyete, bireyin gerçek benliği ile ideal benliği arasındaki uyumsuzluk sonucunda ortaya çıkabilir (Rogers, 1961). Duygu düzenleme, bu uyumsuzluğu fark ederek bireyin kendine daha şefkatli ve kabul edici bir yaklaşım geliştirmesini sağlar. Bu süreçte birey, kaygı ve korku gibi duygularını reddetmek yerine, bu duyguların altında yatan anlamları ve ihtiyaçları keşfetmeye teşvik edilmektedir.

Örneğin, birey “Yetersizim” düşüncesini fark ettiğinde, bu düşüncenin nedenlerini ve etkilerini anlamlandırarak daha dengeli bir bakış açısı geliştirebilir. Terapötik süreç, bireyin bu duygularını sağlıklı bir şekilde kabul etmesine ve daha işlevsel bir yaşam sürmesine yardımcı olur (Kazantzis, Whittington, ve Dattilio, 2010).

İnsancıl terapi, bireyin duygusal süreçlerini anlamasına ve bu süreçlerle uyumlu bir şekilde yaşamayı öğrenmesine olanak tanır. Terapötik süreçte birey, kendi duygularını olduğu gibi kabul etmeyi, içsel denge ve huzur geliştirmeyi öğrenir. Terapist, bireyin duygusal süreçlerini keşfetmesine ve anlamlandırmasına yardımcı olurken, koşulsuz pozitif kabul ve empati yaklaşımını merkeze almaktadır (Rogers, 1961).

Bireyin kendi değerlerini ve önceliklerini keşfetmesine olanak tanıyan bu süreç, onun daha otantik bir yaşam sürmesine katkıda bulunur. İnsancıl yaklaşım, bireyin duygularını bastırmak yerine, bu duyguları anlamasını ve kabul etmesini teşvik eder. Öz-farkındalık, koşulsuz pozitif kabul ve kendini gerçekleştirme, duygu düzenleme süreçlerinin temel unsurlarını oluşturur. Bu yaklaşım, bireylerin psikolojik sağlıklarını geliştirmelerine ve daha dengeli bir yaşam sürmelerine katkıda bulunur (Schneider, Bugental, ve Pierson, 2001).

1.4.4. Duygu Düzenlemenin Anksiyete ile İlişkisi

Duygu düzenleme, bireylerin duygusal tepkilerini kontrol etme, anlamlandırma ve değiştirme becerilerini ifade eder. Anksiyete, genellikle bireylerin duygu düzenleme süreçlerinde yaşadığı zorluklarla ilişkilidir. Bu ilişki, biyolojik ve psikolojik düzeyde karmaşık süreçlerden kaynaklanır. Duygu düzenleme süreçlerindeki bozukluklar, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına ve bu bozuklukların kronikleşmesine yol açabilir (Gross, 2002). Duygu düzenleme ile anksiyete arasındaki bu ilişkiyi anlamak,

bireylerin kaygıyla başa çıkma becerilerini geliştirmek açısından büyük önem taşımaktadır.

Anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerde duygu düzenleme süreçlerinde önemli eksiklikler görülür. Bu bireyler, tehdit algılarına ve olumsuz duygulara karşı yoğun bir hassasiyet gösterir. Araştırmalar, anksiyeteli bireylerin genellikle şu duygu düzenleme stratejilerinde zorluk yaşadığını göstermektedir (Cisler, Olatunji, Feldner, ve Forsyth, 2010):

Bastırma ve Kaçınma: Anksiyeteli bireyler, sıklıkla duygusal deneyimlerinden kaçınmaya veya bu duyguları bastırmaya çalışırlar. Ancak, bu stratejiler genellikle duygusal yoğunluğu artırır ve anksiyeteyi daha kronik bir hale getirebilir (Campbell-Sills ve Barlow, 2007).

Felaketleştirme: Anksiyeteli bireyler, olayları aşırı derecede tehdit edici veya tehlikeli olarak algılama eğilimindedir. Bu bilişsel çarpıtma, kaygıyı artırır ve bireyin duygu düzenleme becerilerini zayıflatır (Beck ve Emery, 1985).

Yetersiz Yeniden Çerçeveleme: Bilişsel yeniden çerçeveleme, bireyin tehdit algısını azaltmak için etkili bir stratejidir. Ancak anksiyeteli bireyler, olayları farklı açılardan değerlendirme konusunda genellikle zorlanırlar (Gross & Thompson, 2007).

Duygu düzenleme ve anksiyete arasındaki ilişki, biyolojik düzeyde de önemli açıklamalara sahiptir. Beynin limbik sistemi, özellikle amigdala, anksiyetede merkezi bir rol oynar. Amigdalanın aşırı aktivasyonu, tehdit algısını artırır ve bireyin kaygı düzeyini yükseltir. Prefrontal korteks, duyguları düzenlemede kritik bir işlev üstlenirken, anksiyeteli bireylerde prefrontal korteksin amigdala üzerindeki düzenleyici etkisi genellikle zayıftır (Etkin vd., 2010). Bu durum, bireyin duygusal tepkilerini kontrol etme becerisini olumsuz yönde etkiler ve yoğun kaygı semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir.

Farklı anksiyete bozukluklarında duygu düzenleme süreçlerinin rolü değişiklik gösterebilir:

Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu (GAB): Bu bozukluğa sahip bireyler, olumsuz duyguları kontrol etmede ve gelecekteki olayları aşırı derecede olumsuz değerlendirme

eğilimindedir. Bu durum, sürekli bir kaygı hali yaratır ve bireyin duygu düzenleme becerilerini zayıflatır (Newman vd., 2013).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Sosyal anksiyetesi olan bireyler, başkalarının değerlendirmelerine karşı aşırı duyarlıdır. Bu bireyler, sosyal ortamlarda duygularını düzenlemede sıkça başarısız olur ve bu durum sosyal kaçınmaya yol açabilir (Mennin vd., 2005).

Panik Bozukluğu: Panik bozukluğu olan bireyler, fizyolojik belirtileri (örneğin, kalp çarpıntısı) felaketleştirerek yoğun bir kaygı deneyimi yaşayabilirler. Bu durum, duygu düzenleme becerilerinin yetersizliğinden kaynaklanır ve belirtilerin daha da şiddetlenmesine yol açar (Barlow, 2002).

Anksiyete yönetiminde duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesi büyük önem taşır. Etkili stratejiler şunları içermektedir:

Bilişsel Yeniden Çerçeveleme: Bu strateji, bireyin tehdit algısını yeniden değerlendirmesine ve daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirmesine olanak tanır. Örneğin, “Herkes beni eleştirecek” düşüncesi, “Bazı insanlar beni eleştirebilir ama bu dünyanın sonu değil” şeklinde yeniden yapılandırılabilir (Beck, 1976).

Maruz Kalma Terapisi: Bireyin kaygı uyandıran durumlarla kontrollü bir şekilde yüzleşmesini sağlar. Bu yöntem, özellikle sosyal anksiyete ve özgül fobilerde etkili bir duygu düzenleme stratejisidir (Craske vd., 2009).

Mindfulness ve Kabul Temelli Yaklaşımlar: Bu yaklaşımlar, bireyin duygularını yargılamadan kabul etmesine ve anksiyete sırasında daha dengeli tepkiler vermesine yardımcı olur. Mindfulness, bireyin duygusal deneyimlerine odaklanmasını ve bu duygularla uyum içinde yaşamasını sağlamaktadır (Kabat-Zinn, 1990).

İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü ile olan ilişkisini incelemektir. Kayıp, bireyin hayatında önemli bir değişim yaratan, duygusal ve psikolojik dengeleri sarsan bir olaydır. Bireylerin kayıp karşısında verdikleri tepkiler, hem psikolojik hem de fizyolojik düzeyde karmaşık süreçleri harekete geçirir (Stroebe, Schut ve Boerner, 2017). Bu bağlamda, kaybın bireylerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamak, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve bireylere yönelik daha etkili destek mekanizmalarının oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır (Neimeyer, 2012).

Araştırma, kayıp sonrası bireylerin yaşadığı anksiyetenin, somatizasyon belirtileri ile nasıl bir ilişkisi olduğunu ortaya koymayı hedeflemektedir. Anksiyete, kayıp sonrası sıkça gözlemlenen bir ruhsal durumdur ve bu durumun bedensel semptomlarla (somatizasyon) nasıl örtüştüğünü anlamak, bireylerin yaşadıkları psikolojik sıkıntıları daha bütüncül bir şekilde ele almayı mümkün kılabilir (Pennebaker, 1997). Somatizasyon, bireylerin yaşadıkları duygusal stresi fiziksel semptomlarla ifade etme eğilimidir ve bu durum, kayıp yaşayan bireylerde sıklıkla görülmektedir (Barsky ve Borus, 1999). Bu süreçte, bireylerin hem zihinsel hem de bedensel sağlığını etkileyen bu belirtilerin varlığı, kaybın yarattığı ruhsal yükün bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (Simon, Gater ve Piccinelli, 1999).

Aynı zamanda, bu araştırma kayıp yaşayan bireylerdeki duygu düzenleme güçlüklerini de incelemeyi amaçlamaktadır. Duygu düzenleme, bireylerin duygusal tepkilerini kontrol edebilme ve bu tepkilerle baş edebilme becerilerini ifade eder (Gross, 2002). Ancak kayıp gibi travmatik bir olay sonrasında bu düzenleme süreçlerinde çeşitli zorluklar ortaya çıkabilir (Bonanno ve Burton, 2013). Duygusal düzenleme becerileri zayıflayan bireylerde anksiyetenin artabileceği ve bu durumun somatizasyon belirtilerini şiddetlendirebileceği düşünülmektedir (Campbell-Sills ve Barlow, 2007). Bu doğrultuda, araştırma, duygu düzenleme güçlüğü'nün anksiyete ve somatizasyon üzerindeki etkilerini inceleyerek, bu süreçlerin birbiriyle nasıl etkileşime girdiğini anlamayı hedeflemektedir.

Araştırmanın bir diğer amacı ise, elde edilen bulgular ışığında klinik uygulamalara katkı sağlamaktır. Kaybın bireylerde yarattığı anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme

güçlükleri üzerine elde edilecek veriler, ruh sağlığı profesyonellerine bu bireylerle ilgili daha etkili müdahale stratejileri geliştirme fırsatı sunabilir (Folkman ve Lazarus, 1988). Özellikle terapi süreçlerinde kullanılacak özel teknikler ve yaklaşımlar geliştirilmesine olanak tanıyabilir (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010). Bunun yanı sıra, kayıp yaşayan bireyler için geliştirilecek destek programlarının temelini oluşturabilecek bilgiler elde edilmesi de araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır (Boelen, van den Hout ve van den Bout, 2006).

Sonuç olarak, bu araştırma kayıp, anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki karmaşık ilişkiyi aydınlatmayı amaçlamakta; bu süreçlerin birbiriyle nasıl bağlantılı olduğunu ve bu bağlantıların bireylerin genel ruh sağlığını nasıl etkilediğini incelemeyi hedeflemektedir. Bu sayede, kayıp yaşayan bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik psikolojik destek programlarının geliştirilmesine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

2.2 Araştırmanın Önemi

Araştırmanın önemi, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin, somatizasyon ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkisini anlamak ve bu ilişkilerin bireylerin ruhsal sağlığı üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Kayıp, bireylerin yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır ve bu dönüm noktasının bireylerin psikolojik ve fizyolojik sağlığı üzerinde derin etkileri olabilir (Stroebe, Schut ve Boerner, 2017). Bu bağlamda, kaybın psikolojik etkilerini anlamak ve bu etkilerin yönetimi için etkili stratejiler geliştirmek, hem bireyler hem de toplum için kritik bir öneme sahiptir.

Kayıp, bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde çeşitli etkiler bırakabilir. Kayıp sonrası yaşanan anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme güçlükleri, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir (Neimeyer, 2012). Anksiyete, kayıp sonrası sıklıkla gözlemlenen bir durum olup, bireylerin duygusal ve fizyolojik tepkilerini karmaşıktırabilir (Pennebaker, 1997). Somatizasyon, duygusal stresin fiziksel semptomlar şeklinde ifade edilmesi olarak tanımlanır ve kayıp yaşayan bireylerde bu belirtiler sıklıkla görülebilir (Barsky ve Borus, 1999). Duygu düzenleme güçlükleri ise, bireylerin duygusal tepkilerini kontrol edebilme ve başa çıkabilme becerilerini etkileyebilir (Gross, 2002). Bu etkilerin derinlemesine anlaşılması, bireylerin kayıptan kaynaklanan duygusal yükleri daha etkili bir şekilde yönetmelerine olanak tanır.

Araştırmanın sonuçları, ruh sağlığı profesyonellerinin kayıp yaşayan bireylerle daha etkili bir şekilde çalışabilmesi için önemli bilgiler sağlayabilir. Kayıp sonrası anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiyi anlamak, terapötik yaklaşımların ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010). Özellikle, kayıptan sonra yaşanan duygusal sıkıntıları yönetmek için özel tekniklerin ve destek programlarının oluşturulması, bireylerin iyileşme süreçlerini destekleyebilir (Boelen, van den Hout ve van den Bout, 2006).

Kayıp yaşayan bireylerin yaşadığı duygusal ve fiziksel semptomlar, toplumsal ve kültürel bağlamda da önemli sonuçlara yol açabilir. Toplumda kayıp deneyimlerinin etkileri hakkında farkındalığın artırılması, destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve kayıp yaşayan bireylere yönelik empatik yaklaşımların geliştirilmesi, toplumsal dayanışmayı güçlendirebilir (Folkman & Lazarus, 1988). Bu araştırmanın bulguları, kayıp ve yas süreçlerinin toplumsal ve kültürel bağlamda nasıl ele alınması gerektiği konusunda önemli veriler sunabilir.

Araştırmanın bilimsel katkıları, kayıp, anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Bu tür bir anlayış, psikolojik araştırmalarda kayıp ve yas süreçlerinin daha kapsamlı bir şekilde ele alınmasını destekleyebilir ve gelecekteki araştırmalar için temel oluşturabilir (Bonanno ve Burton, 2013). Ayrıca, bireylerin duygusal sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için gerekli bilimsel verilerin toplanması, psikolojik teorilerin ve terapötik yaklaşımların geliştirilmesine katkıda bulunabilir (Campbell-Sills ve Barlow, 2007).

Sonuç olarak, bu araştırmanın önemi, kayıp yaşayan bireylerin psikolojik ve fizyolojik sağlıklarını daha iyi anlamak ve bu süreçleri desteklemek için etkili stratejiler geliştirmektir. Hem bireyler hem de toplum için anlamlı katkılar sağlayacak bu çalışma, psikolojik destek ve müdahale alanında önemli bir yere sahiptir.

2.3 Araştırmanın Alt Problemleri

Bu araştırma, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeyleri, somatizasyon belirtileri ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın genel amacı doğrultusunda, belirlenen alt problemler, kayıp deneyiminin

bireylerin psikolojik süreçlerine olan etkilerini daha detaylı bir şekilde ele almak için oluşturulmuştur. Bu alt problemler, anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme gibi değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü belirlemekle birlikte, demografik özelliklerin bu değişkenler üzerindeki etkisini de analiz etmeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın alt problemleri şu sorulara yanıt aramaktadır:

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Bu alt problem, bireylerin kayıplarına verdikleri duygusal tepkinin somatik belirtiler üzerindeki etkisini incelemektedir. Anksiyete düzeylerinin artmasının somatizasyon belirtilerinde de artışa neden olup olmadığını belirlemek, bu ilişkinin yönünü anlamak açısından önemlidir.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri arasında nasıl bir ilişki vardır?

Bu alt problem, bireylerin anksiyete düzeyleri arttığında duygu düzenleme becerilerinin nasıl etkilendiğini ve bireylerin kaygıyı yönetme stratejilerinde değişiklikler olup olmadığını araştırmaktadır.

Kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme becerileri ile somatizasyon belirtileri arasında bir ilişki bulunmakta mıdır?

Duygu düzenleme becerilerinin, somatizasyon belirtileri üzerindeki etkisini inceleyen bu alt problem, bireylerin duygularını yönetme yeteneklerinin fiziksel sağlıkları üzerindeki rolünü anlamayı amaçlamaktadır.

Anksiyete düzeylerinin, somatizasyon belirtileri ve duygu düzenleme becerileri üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?

Bu alt problem, anksiyetenin diğer iki değişken üzerindeki doğrudan etkisini analiz etmektedir. Özellikle, anksiyete düzeylerinin bireylerin duygu düzenleme stratejilerini ve somatik tepkilerini nasıl şekillendirdiği değerlendirilmektedir.

Somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyleri, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Bu soru, anksiyete düzeylerine bağılı olarak somatizasyon belirtileri ve duygu düzenleme becerilerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yöneltiştir. Bu farklılıkların ortaya konulması, bireylerin kaygı düzeylerine göre ihtiyaç duydukları destek mekanizmalarını anlamak için önemlidir.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon belirtileri ve duygu düzenleme becerileri, demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?

Bu alt problem, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik özelliklerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme üzerindeki etkisini incelemektedir. Bu inceleme, farklı demografik gruplara özgü psikolojik süreçlerin anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Bu alt problemler, araştırmanın genel amacına ulaşılmasında yönlendirici bir rol oynamakta ve çalışmanın kapsamını net bir şekilde belirlemektedir. Elde edilecek bulgular, kayıp yaşayan bireylerin psikolojik süreçlerini daha iyi anlamaya yönelik önemli veriler sunacak ve bu bireylerin desteklenmesi için uygulanabilir öneriler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu sayede, araştırmanın hem bireysel hem de toplumsal düzeyde fayda sağlaması hedeflenmektedir.

2.4 Araştırmanın Hipotezleri ve Soruları

Bu araştırma, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme becerileriyle olan ilişkisini ve bu değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın hipotezleri literatürdeki çalışmalardan destek alınarak belirlenmiştir.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyi, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri, demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

Araştırmanın soruları ise literatürdeki çalışmalardan destek alınarak belirlenmiştir.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişki nedir?

Kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme becerileri ile somatizasyon düzeyleri arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerilerini ne ölçüde etkilemektedir?

Somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyi, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre nasıl bir farklılık göstermektedir?

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri, demografik özelliklere göre farklılık göstermekte midir?

Araştırmanın hipotezleri ve soruları, kayıp yaşayan bireylerin psikolojik süreçlerini anlamayı ve bu süreçlerin farklı boyutlarını analiz etmeyi hedeflemektedir. Literatürdeki çalışmalara dayanarak oluşturulan bu hipotezler, bireylerin duygusal tepkilerinin anlaşılmasına katkı sağlayacak ve etkili müdahale stratejileri geliştirilmesi için temel oluşturacaktır.

2.5 Araştırmanın Sayıltıları, Sınırları ve Kısıtlılıkları

Bu araştırma, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeyleri ile somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmadır. Araştırmanın temel sayıltıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Ölçeklerin Geçerliliği ve Güvenilirliği: Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının (Anksiyete Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Duygu Düzenleme Ölçeği) ölçmek istedikleri

değişkenleri geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü varsayılmıştır. Literatürde bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları onaylanmıştır (Beck ve Emery, 1985). Bu varsayım, araştırmanın sonuçlarının doğruluğu açısından kritik bir öneme sahiptir.

Katılımcıların Samimiyeti: Katılımcıların öz-bildirim yoluyla verdikleri yanıtların doğru ve samimi olduğu kabul edilmiştir. Araştırmanın anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme gibi bireyin içsel deneyimlerine yönelik olması nedeniyle, bu sayılı çalışmanın dayandığı temel öncüllerden biridir (Barsky vd., 2001). Özellikle, bireylerin sosyal beğenirlik yanlılığı gibi faktörlerden etkilenmediği varsayılmıştır.

Demografik Çeşitlilik: Araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri açısından yeterli çeşitliliğe sahip olduğu varsayılmıştır. Bu çeşitlilik, araştırmanın bulgularının farklı gruplar üzerinde geçerli olmasını sağlayacak şekilde tasarlanmıştır (Newman vd., 2013).

Genellenebilirlik: Bulguların, araştırmaya katılan bireylerin özelliklerine benzer nitelikteki diğer bireylere genellenebilir olduğu varsayılmıştır. Bu genelleme, yalnızca örnekleme yer alan bireylerin sosyo-demografik ve psikolojik özelliklerine benzeyen gruplar için geçerlidir.

Psikolojik Durumun Sabitliği: Araştırmanın veri toplama sürecinde, katılımcıların anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeylerinin bu süreç boyunca sabit kaldığı varsayılmıştır. Ancak, psikolojik durumların zamanla değişebilir olması bu varsayımı sınırlayabilir.

Araştırmanın belirli sınırları, elde edilen bulguların yorumlanmasında dikkate alınması gereken faktörlerdir. Bu sınırlar, araştırmanın kapsamını belirlerken aynı zamanda bulguların geçerliliğini etkileyebilecek unsurları da ortaya koyar:

Katılımcı Profili: Araştırma, yalnızca kayıp yaşayan bireylerden oluşan bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, bulgular yalnızca bu spesifik grup için genellenebilir. Kayıp deneyimi yaşamayan bireylerin bu değişkenlerle olan ilişkileri bu araştırma kapsamında değerlendirilememiştir.

Kültürel Bağlam: Araştırma, belirli bir kültürel bağlamda gerçekleştirilmiştir ve farklı kültürlerle genellenebilirliği sınırlıdır. Özellikle, duygusal ifade ve düzenleme

stratejilerinin kültürel farklılıklar gösterdiği göz önüne alındığında, bu durum araştırma sonuçlarının yorumu üzerinde etkili olabilir (Aldao vd., 2010).

Öz-Bildirim Yöntemi: Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, öz-bildirim temellidir. Katılımcılar kendi duygu durumlarını ve deneyimlerini ifade ederken yanlılık gösterebilir ya da bu durumları yeterince doğru ifade edemeyebilir. Bu durum, bulguların doğruluğunu kısmen etkileyebilir (Barsky vd., 2001).

Kesitsel Tasarım: Araştırma kesitsel bir tasarıma sahiptir ve değişkenler arasındaki nedensel ilişkiler bu tasarımla değerlendirilememektedir. Bu durum, özellikle anksiyetenin somatizasyon ve duygu düzenleme üzerindeki etkisinin yalnızca korelasyonel düzeyde incelenbilmesine neden olmuştur.

Zaman Faktörü: Araştırma yalnızca belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Psikolojik durumların zamanla değişebilir olduğu göz önüne alındığında, uzunlamasına bir tasarımın benimsenmemiş olması bu sınırın temel nedenidir.

Araştırmanın bulgularını ve sonuçlarını etkileyebilecek bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bu kısıtlılıklar, çalışmanın daha geniş kapsamlı sonuçlara ulaşmasını sınırlamaktadır:

Nedensellik Belirleme: Kesitsel bir tasarım nedeniyle, değişkenler arasındaki ilişkilerin nedensel doğası ortaya konulamamaktadır. Örneğin, anksiyetenin somatizasyon üzerinde mi etkili olduğu yoksa somatizasyonun mu anksiyeteyi artırdığı tam olarak belirlenmemektedir (Mennin vd., 2005).

Örneklem Büyüklüğü: Çalışmada kullanılan 324 kişilik örneklem, istatistiksel analizler için yeterli bir büyüklük sağlasa da, daha geniş bir örneklemle daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir.

Kontrol Edilmeyen Değişkenler: Araştırma, yalnızca anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme değişkenlerini incelemiş ve diğer potansiyel etkileyici değişkenler (örneğin, travma öyküsü, destek sistemleri) kontrol edilmemiştir. Bu durum, bulguların yalnızca incelenen değişkenler bağlamında değerlendirilebileceğini göstermektedir.

Demografik Faktörlerin Sınırlı İncelenmesi: Araştırma demografik faktörleri genel düzeyde ele almış, ancak bu faktörlerin her birinin bireysel düzeyde etkisini ayrıntılı olarak incelememiştir. Örneğin, yaş veya cinsiyetin duygu düzenleme üzerindeki etkisi derinlemesine analiz edilmemiştir.

Tek Yöntem Kullanımı: Araştırma, öz-bildirim ölçeklerine dayalı olarak veri topladığı için, daha derinlemesine bilgi edinmek için nitel yöntemlerin eksikliği bir kısıtlılık olarak görülebilir.

Araştırmanın sayıtları, sınırları ve kısıtlılıkları, çalışmanın kapsamını, güçlü ve zayıf yönlerini açıkça ortaya koymaktadır. Bu unsurlar, bulguların yorumlanmasında dikkatle değerlendirilmelidir. Gelecekte yapılacak çalışmalar, bu sınırlılıkları gidermeyi amaçlayarak, daha kapsamlı ve genellenebilir sonuçlara ulaşmayı hedefleyebilir. Özellikle uzunlamasına bir tasarım benimsemek, daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmak ve nitel yöntemlerle derinlemesine bilgi toplamak, bu konuda yapılacak araştırmalara önemli katkılar sağlayabilir.

2.6 Araştırma Modeli

Bu araştırmada, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeyleri, somatizasyon belirtileri ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla betimsel ve ilişkisel bir araştırma modeli benimsenmiştir. Betimsel araştırma modeli, bir durumun ya da olgunun mevcut koşullar altında nasıl bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymayı amaçlarken, ilişkisel araştırma modeli ise değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etmeye yöneliktir. Bu araştırmada her iki model de bir arada kullanılarak, kayıp deneyiminin bireyler üzerindeki etkileri kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda, anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiyi anlamak için bir dizi istatistiksel analiz gerçekleştirilmiştir. Bu model, bireylerin kayıp deneyimleriyle ilişkili psikolojik tepkilerini anlamayı ve bu değişkenlerin birbiriyle nasıl etkileşim içinde olduğunu belirlemeyi hedeflemektedir. Ayrıca, bu değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği de araştırma kapsamında ele alınmıştır. Bu yönüyle araştırma, değişkenler arası ilişkilerin yanı sıra gruplar arasındaki farklılıkları da inceleyen bir yapıya sahiptir.

Araştırmada ilişkisel model kapsamında kullanılan yöntemler, verilerin derinlemesine analiz edilmesine olanak sağlamıştır. Özellikle korelasyon analizleri, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek için tercih edilmiştir. Regresyon analizleri ise anksiyetenin somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisini değerlendirmeye yönelik olarak uygulanmıştır. Buna ek olarak, demografik

özelliklerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisini analiz etmek için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Araştırma modeli, katılımcıların anksiyete düzeylerinin hem somatizasyon belirtileri hem de duygu düzenleme becerileriyle olan ilişkisini anlamayı kolaylaştıracak şekilde tasarlanmıştır. Bu model, kayıp yaşayan bireylerin yaşadığı psikolojik süreçleri kapsamlı bir şekilde değerlendirmek için uygun bir çerçeve sunmaktadır. Ayrıca, değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyerek, bu süreçlerde etkili olan faktörleri anlamaya yönelik bilimsel bir temel oluşturmayı hedeflemektedir. Araştırma modeli, hem bireysel düzeyde kayıpla başa çıkma süreçlerine dair önemli bilgiler sağlamayı hem de bu konuda literatüre katkı sunmayı amaçlamaktadır.

2.7 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, ülkemizde kayıp yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Kayıp kavramı, bireyin yaşamında önemli bir yer tutan bir kişi, nesne veya durumun kaybını ifade eder ve bu kayıp süreci, bireylerin psikolojik durumları üzerinde derin etkiler yaratabilir. Araştırma kapsamında, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon belirtileri ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu kapsamda evren, belirli bir yaş grubunda, kayıp deneyimi yaşamış ve belirli kriterlere göre seçilen bireylerden oluşmaktadır

Evrenin genişliği, araştırmanın genel geçerliliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Ancak, bu çalışmada evren, belirli bir coğrafi bölge ve demografik özelliklere sahip bireylerle sınırlandırılmıştır. Araştırma, kayıp deneyiminin bireylerde farklı psikolojik süreçler üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçladığından, evren tanımı bu temele dayandırılmıştır.

Araştırmanın örnekleme, belirlenen evren içerisinde uygun örnekleme yöntemleriyle seçilmiş kayıp yaşayan 324 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılar, kayıp yaşama deneyimi olan bireyler arasından gönüllülük esasına göre seçilmiştir. Araştırma, örneklem seçimi sırasında aşağıdaki kriterlere dikkat edilerek gerçekleştirilmiştir:

Kayıp Deneyimi: Araştırmaya katılan bireylerin, son bir yıl içinde kayıp yaşama deneyimine sahip olması ön koşul olarak belirlenmiştir. Bu kayıplar, birinci derece bir

yakının kaybı veya bireyin yaşamında önemli bir yer tutan diğer türden kayıplar (örneğin, boşanma, iş kaybı) olarak tanımlanmıştır.

Demografik Çeşitlilik: Örneklem grubunun yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum açısından çeşitli özelliklere sahip olmasına özen gösterilmiştir. Bu çeşitlilik, bulguların farklı demografik gruplar için genellenebilirliğini artırmayı amaçlamaktadır.

Psikolojik Durum: Araştırmaya dahil edilen bireylerin herhangi bir ciddi psikiyatrik rahatsızlık teşhisi almamış olması kriteri benimsenmiştir. Bu durum, araştırmada elde edilen verilerin kayıp deneyimi ile sınırlı olmasını ve diğer psikiyatrik faktörlerden etkilenmemesini sağlamak amacıyla önemlidir.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde istatistiksel analizlerin gereklilikleri dikkate alınmıştır. Korelasyon, regresyon ve ANOVA gibi analizlerin güvenilir bir şekilde yapılabilmesi için yeterli sayıda katılımcıya ihtiyaç duyulmuştur. Bu doğrultuda, 324 kişilik bir örneklem büyüklüğü, araştırmanın istatistiksel gücünü sağlamaya yeterli olarak değerlendirilmiştir (Cohen, 1988).

Araştırmada örnekleme yöntemi olarak amaçlı örnekleme tercih edilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi, belirli bir grup veya kriter için en uygun katılımcıların seçilmesini sağlayan bir yöntemdir. Bu araştırmada amaç, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme süreçlerini anlamaktır. Bu nedenle, araştırma hedefleri doğrultusunda kayıp deneyimine sahip bireyler örneklem grubu olarak belirlenmiştir.

Gönüllü katılım esasına dayalı olarak belirlenen bu örneklem, sosyal medya ve sağlık hizmetleri gibi platformlardan duyurular yapılarak oluşturulmuştur. Katılımcılara araştırmanın amacı, yöntemi ve etik kuralları hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre örneklem grubunun temel demografik özellikleri şu şekildedir:

Cinsiyet: Katılımcıların büyük bir kısmı (%60) kadın, geri kalan kısmı ise (%40) erkeklerden oluşmaktadır. Bu durum, kayıp yaşayan bireylerde cinsiyetin duygusal tepkiler üzerindeki etkisinin analiz edilmesine olanak tanımaktadır.

Yaş Aralığı: Katılımcıların yaş aralığı 18 ile 65 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 38.7 olarak hesaplanmıştır. Bu geniş yaş aralığı, farklı yaş gruplarındaki bireylerin duygusal süreçlerini anlamak için önemli bir fırsat sunmaktadır.

Eğitim Düzeyi: Katılımcıların eğitim düzeyleri, ilköğretimden lisansüstü seviyesine kadar çeşitlilik göstermektedir. Araştırmada eğitim düzeyinin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisi analiz edilmiştir.

Sosyoekonomik Durum: Örneklem grubunun sosyoekonomik durumları da değişkenlik göstermektedir. Bu durum, bireylerin psikolojik tepkilerindeki farklılıkların daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesini sağlamaktadır.

Araştırma, etik kurallar çerçevesinde yürütülmüş ve katılımcılara çalışmaya gönüllü olarak katıldıkları sürece diledikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Katılımcıların anonimliği ve gizliliği korunmuş, toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmıştır.

Bu araştırmada kullanılan evren ve örneklem, çalışmanın hedeflerini gerçekleştirmek ve bulguların geçerliliğini artırmak amacıyla dikkatle tasarlanmıştır. Araştırmanın örnekleme sürecinde, kayıp yaşayan bireylerin demografik ve psikolojik özelliklerini temsil eden bir grup oluşturulmasına özen gösterilmiştir. Ancak, bu örneklemin belirli bir kültürel bağlamla sınırlı olması, bulguların genellenebilirliği açısından dikkate alınması gereken bir faktördür. Gelecekte yapılacak çalışmalar, daha geniş ve farklı demografik grupları içeren örneklemelerle, kayıp deneyiminin bireylerin psikolojik süreçleri üzerindeki etkilerini daha kapsamlı bir şekilde inceleyebilir.

2.8 Verilerin Toplanmasında Kullanılan Ölçme Araçları

Bu araştırmada, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkileri anlamak amacıyla çeşitli psikolojik ölçekler ve ölçüm araçları kullanılmıştır. Bu araçlar, araştırmanın değişkenlerini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçmek ve elde edilen verilerin bilimsel doğruluğunu sağlamak için titizlikle seçilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler, literatürde yaygın olarak kullanılan ve ilgili değişkenleri değerlendirme konusunda yüksek geçerlilik ve güvenilirlik değerlerine sahip araçlardır.

Veri toplama araçları, bireylerin anksiyete düzeylerini, somatik belirtilerini ve duygu düzenleme becerilerini ölçmeyi hedeflemiş; ayrıca, demografik bilgileri toplamak amacıyla bir kişisel bilgi formu hazırlanmıştır. Her bir araç, araştırmanın amacına uygun şekilde yapılandırılmış ve katılımcılardan elde edilen veriler, bu araçlar aracılığıyla analiz edilmiştir.

2.8.1 Demografik Bilgi Formu

Bu form, katılımcıların demografik özelliklerini ve kayıp deneyimlerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve kayıp türü gibi bilgiler yer almıştır. Bu bilgiler, demografik özelliklerin araştırma değişkenleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için kullanılmıştır.

2.8.2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAI)

Bu araştırmada, bireylerin anksiyete seviyelerini değerlendirmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) tercih edilmiştir. Beck ve çalışma arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bu ölçüm aracı, anksiyeteye ilişkin belirtilerin şiddetini ve sıklığını değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Ölçek, toplam 21 maddeden oluşmakta ve bireylerin son bir hafta içinde deneyimledikleri belirtileri öz değerlendirme yoluyla rapor etmelerini sağlamaktadır.

BAI, hem fizyolojik hem de bilişsel anksiyete belirtilerini kapsamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, çarpıntı, nefes darlığı, terleme gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra, korku ve huzursuzluk gibi zihinsel belirtilere de odaklanmaktadır. Katılımcılar, her bir maddeyi 0'dan (Hiç yok) 3'e (Şiddetli) kadar derecelendirme yaparak cevaplamaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan, bireylerin anksiyete düzeylerinin düşük, orta veya yüksek olarak sınıflandırılmasını mümkün kılmaktadır.

BAI'nin ilk geliştirilme sürecinde, ölçeğin hem geçerli hem de güvenilir bir araç olduğu ortaya konulmuştur. Orijinal çalışma, ölçeğin iç tutarlılık düzeyinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Cronbach's Alpha = 0.92; Beck ve ark., 1988). Türkiye'de yapılan uyarlama çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından gerçekleştirilen bu çalışma, Türk toplumunda ölçeğin geçerliliğini ve güvenilirliğini doğrulamıştır. Türkçe formun iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak rapor edilmiştir.

Bu çalışmada BAI, çevrim içi bir anket formu aracılığıyla uygulanmıştır. Katılımcılardan, ölçek maddelerini yanıtlarken dürüst bir şekilde değerlendirme yapmaları istenmiştir. Toplanan veriler, çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla istatistiksel analizlerde kullanılmıştır.

2.8.3 Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon Ölçeği, bireylerin fiziksel semptomlarla ilgili algılarını ve bu semptomların sıklığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, bireylerin somatik belirtilerini ölçmek, sağlıkla ilgili öznel algılarını değerlendirmek ve bu belirtilerin psikolojik süreçlerle ilişkisini incelemek için kullanılmaktadır. Psikolojik ve klinik araştırmalarda sıkça tercih edilen bu ölçek, özellikle somatik belirtilerin diğer psikolojik bozukluklarla olan ilişkisini anlamak için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Somatizasyon Ölçeği'nin temeli, Derogatis ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) adlı genel semptom tarama ölçeğine dayanmaktadır. Bu ölçeğin somatizasyon alt ölçeği, bireylerin fiziksel semptomlarının sıklığını değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları ise Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan uyarlama çalışmaları, ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik açısından uygun olduğunu göstermiştir. Özellikle Türk gençleri üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda, ölçeğin somatik belirtileri etkili bir şekilde ölçebildiği ve güvenilir sonuçlar sunduğu belirlenmiştir.

Somatizasyon Ölçeği toplamda 33 maddeden oluşmaktadır. Her madde bireylerin kendi durumlarına göre “Doğru” veya “Yanlış” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kapsamı, bireyin genel sağlık durumu, fiziksel ağrılar, yorgunluk, gastrointestinal rahatsızlıklar, nörolojik belirtiler ve diğer somatik şikayetler gibi farklı boyutları içermektedir. Ölçeğin tasarımı gereği bazı sorular, bireylerin tutarlı yanıtlar verip vermediğini analiz etmek amacıyla birbiriyle benzer ya da zıt ifadeler içerebilmektedir. Bu özellik, yanıtların geçerliliğini artırmak için önemlidir.

Somatizasyon Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları titizlikle yapılmıştır. Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği ise 0.78 olarak

ölçülmüştür. Bu değerler, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Geçerlilik analizleri kapsamında yapılan faktör analizleri, ölçeğin somatizasyon semptomlarını etkili bir şekilde değerlendirebildiğini ortaya koymuştur.

Ölçeğin kullanım alanları oldukça geniştir. Psikolojik araştırmalarda somatik belirtiler ile anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkilerin incelenmesinde sıkça kullanılmaktadır. Klinik uygulamalarda, bireylerin sağlık algılarını anlamak ve tedavi süreçlerine katkı sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Ayrıca akademik çalışmalarda, özellikle sağlık psikolojisi ve psikiyatri alanında somatizasyonun rolünü değerlendirmek için önemli bir araç olarak görülmektedir. Bununla birlikte, ölçeğin sadece araştırma ve değerlendirme amaçlı kullanılmasının gerektiği, tanı koyma aracı olarak kullanılmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sonuç olarak, Somatizasyon Ölçeği, bireylerin fiziksel şikayetlerini değerlendirmek ve bu şikayetlerin psikolojik süreçlerle olan ilişkisini incelemek için etkili ve güvenilir bir araçtır. Özellikle somatik belirtilerin psikolojik etkilerini değerlendiren araştırma ve uygulamalarda önemli bir yere sahiptir. Ölçek, bireylerin sağlıkla ilgili öznel algılarını ölçmede güvenilir bir yöntem olarak tanımlanmıştır.

2.8.4 Duygu Düzenleme Ölçeği (CERQ)

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ), bireylerin olumsuz olaylarla başa çıkarken kullandıkları bilişsel stratejileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek, Garnefski ve Kraaij (2001) tarafından 36 maddelik çok boyutlu bir yapı olarak tasarlanmış olup, daha sonra kısa bir 18 maddelik formu geliştirilmiştir.

CERQ, bireylerin yaşadıkları olumsuz olaylar sonrası kullandıkları dokuz bilişsel stratejiyi ölçmektedir. Bu stratejiler şunlardır:

Kendini Suçlama: Yaşanan olayın sorumluluğunu üstlenme düşünceleri.

Kabul: Olayı olduğu gibi kabul etme düşünceleri.

Ruminasyon: Olayla ilgili sürekli düşünme ve duygular üzerinde yoğunlaşma.

Pozitif Yeniden Odaklanma: Olumsuz olaya odaklanmak yerine olumlu şeyler düşünme.

Planlamaya Yeniden Odaklanma: Olayla başa çıkmak için adımlar düşünme.

Pozitif Yeniden Değerlendirme: Olayı kişisel büyüme için fırsat olarak görme.

Perspektif Alma: Olayı başka olaylarla karşılaştırarak daha az ciddi görme.

Felaketleştirme: Olayın ne kadar korkunç olduğunu düşünme.

Başkalarını Suçlama: Yaşanan olay için başkalarını sorumlu tutma

CERQ'nun Türkçe versiyonu, kültürler arası geçerlik ve dil uyarlaması standartlarına uygun olarak geliştirilmiştir (Hambleton ve ark., 2005). Ölçeğin kısa formu (CERQ-TR) için yapılan çalışmalarda, doğrulayıcı faktör analizi (CFA) sonuçları, dokuz faktörlü modelin Türk örnekleminde de geçerli olduğunu göstermiştir. Cronbach alfa güvenirlik katsayıları, kısa form için 0,63 ile 0,74 arasında değişmekte olup ölçeğin güvenilir olduğunu kanıtlamaktadır.

CERQ-TR'nin kısa formu, özellikle üniversite öğrencileri gibi genç popülasyonlarda bilişsel başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi için uygundur. Ölçek, bireylerin olumsuz olaylarla başa çıkma stillerini belirlemede ve bu stratejilerin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkilerini değerlendirmede önemli bir araçtır.

Bu araçlar, araştırma kapsamında kullanılan ana veri toplama yöntemlerini oluşturmaktadır. Her bir ölçek, çalışmanın temel değişkenlerini anlamak ve analiz etmek için kritik bir role sahiptir. Araştırmanın bulguları, bu ölçeklerden elde edilen verilerin detaylı bir şekilde analiz edilmesiyle ortaya konulmuştur. Ölçeklerin seçimi ve uygulanma süreci, araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

2.9 Veri Toplanması ve Analizi

Bu çalışmada, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla veri toplama süreci titizlikle planlanmış ve yürütülmüştür. Veriler, bireylerin psikolojik durumlarını yansıtan güvenilir ve geçerli ölçekler kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süreci şu şekilde gerçekleştirilmiştir:

Katılımcıların Belirlenmesi: Araştırmaya katılacak bireyler, kayıp yaşama kriterine göre belirlenmiştir. Katılımcıların, birinci derece yakınlarını veya yaşamlarında önemli bir yer tutan bir unsuru kaybetmiş olması temel kriter olarak alınmıştır. Katılımcılar, gönüllü

katılım esasına göre seçilmiş ve araştırmaya katılım öncesinde onay formları doldurulmuştur.

Araştırmada aşağıdaki ölçekler kullanılmıştır:

Anksiyete Ölçeği: Bireylerin kaygı düzeylerini ölçmek için kullanılmıştır. Ölçek, bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları anksiyete belirtilerini değerlendirmektedir (Beck vd., 1988).

Somatizasyon Ölçeği: Bireylerin fiziksel semptomlar yaşama eğilimlerini ölçmek amacıyla uygulanmıştır. Ölçek, somatik belirtilerin şiddetini ve sıklığını değerlendirmektedir (Barsky vd., 2001).

Duygu Düzenleme Ölçeği: Katılımcıların duygusal deneyimlerini yönetme ve düzenleme becerilerini ölçmek için geliştirilmiş bir araçtır (Gross ve Thompson, 2007).

Veri Toplama Süreci: Veri toplama süreci çevrimiçi platformlar ve yüz yüze uygulamalar aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Çevrimiçi anketler, geniş bir katılımcı kitlesine ulaşmayı sağlamıştır. Yüz yüze görüşmeler ise katılımcılarla daha ayrıntılı bilgi toplama imkanı sunmuştur.

Etik İlkeler: Veri toplama süreci, etik kurallara uygun şekilde yürütülmüştür. Katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve gönüllü katılım esasına dayandığı açıklanmış; kişisel verilerin gizliliği ve anonimliği sağlanmıştır.

Toplanan veriler, belirlenen hipotezlerin test edilmesi ve araştırma sorularına yanıt verilmesi amacıyla detaylı istatistiksel analizlerden geçirilmiştir. Analiz süreci, istatistiksel geçerliliği ve güvenilirliği sağlamak için profesyonel yazılımlar kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi şu aşamaları kapsamaktadır:

Toplanan ham veriler, analizden önce doğruluk ve eksiksizlik açısından kontrol edilmiştir. Eksik veya hatalı veriler tespit edilerek analizden çıkarılmıştır. Ayrıca, anormal değerler için istatistiksel yöntemler kullanılarak outlier analizleri yapılmıştır.

Betimsel İstatistikler: Katılımcıların demografik bilgileri, anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyleri betimsel istatistiklerle (ortalama, standart sapma, yüzde dağılımları) özetlenmiştir. Bu analizler, örneklemin temel özelliklerini ve değişkenlerin genel eğilimlerini anlamak için kullanılmıştır.

Korelasyon Analizleri: Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu analiz, anksiyete düzeyleri ile somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkilerin yönü ve gücünü belirlemek için kullanılmıştır.

Regresyon Analizleri: Anksiyetenin somatizasyon ve duygu düzenleme üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla basit ve çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Bu analizler, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki açıklayıcı gücünü ortaya koymayı amaçlamıştır.

Varyans Analizleri (ANOVA): Demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bu analiz, gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığını test etmiştir.

Güvenilirlik Testleri: Kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Bu testler, ölçeklerin güvenilirliğini ve ölçümlerin tutarlılığını sağlamıştır.

Normallik Testleri: Analizlerde kullanılacak istatistiksel yöntemlerin seçimine rehberlik etmesi amacıyla verilerin normallliği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle değerlendirilmiştir. Normallik varsayımının sağlanmadığı durumlarda parametrik olmayan testler uygulanmıştır.

Verilerin toplanması ve analizi süreci, araştırmanın hipotezlerini test etmek ve araştırma sorularına yanıt vermek amacıyla detaylı bir şekilde planlanmış ve uygulanmıştır. Analizler sonucunda, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiler ve bu değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılıkları ortaya konmuştur. Elde edilen bulgular, literatürdeki mevcut çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlanmış ve bu bulguların bireylerin psikolojik iyilik halleri üzerindeki etkileri tartışılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme gücü ile ilişkisini araştıran bu araştırma sürecinde 324 kişilik örneklem ile çalışılmıştır. Araştırma hipotezlerinin test edilme sürecinden önce analiz varsayımlarından olan normal dağılım varsayımının sağlanma durumunu incelemek için değişkenlerin ortalaması, standart sapması ve dağılımları (çarpıklık ve basıklık katsayıları) incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Değişkenleri İçin Ortalama, Standart Sapma ve Dağılımlar (Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları)

	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Anksiyete	17.204	13.221	.677	-.418
Somatizasyon	12.571	6.517	.461	-.710
Planlama	13.698	4.057	-.394	-.293
Olumlu Yeniden Odaklanma	11.031	3.740	-.002	-.299
Felaketleştirme	10.716	3.858	.303	-.169
Diğerlerini Suçlama	8.951	3.401	.719	.723
Düşünceye Odaklanma	13.509	4.104	-.340	-.395
Yeniden Değerlendirme	13.247	4.444	-.390	-.629
Perspektif	12.694	4.017	-.018	-.578
Kabul	13.435	3.698	-.354	.030
Kendini Suçlama	11.157	4.146	.310	-.283
Bilişsel Duygu Düzenleme	108.438	23.921	-.496	1.665
Toplam Puan				

Tablo 1’deki bulgulara göre araştırma sürecinde kullanılan değişkenlerden olan anksiyete, somatizasyon, planlama, olumlu yeniden odaklanma, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, düşünceye odaklanma, yeniden değerlendirme, perspektif, kabul, kendini suçlama ve bilişsel duygu düzenleme toplam puan değişkenlerinin çarpıklık ve basıklık katsayılarının -2 ve +2 aralığında oluşu tespit edilmiştir. George ve Mallery (2010) tarafından yapılan araştırmaya göre çarpıklık ve basıklık katsayılarının -2 ve +2 aralığında olan değişkenlerin normal dağılımdan çok da sapma göstermediği tespit edilmiştir. Bu açıdan araştırma değişkenlerinin normal dağılım varsayımını sağladığı ve parametrik analiz yöntemlerinin kullanılabileceği tespit edilmiştir.

3.1 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Somatizasyon Düzeyleri Arasında Pozitif Yönde Anlamlı İlişki Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunma durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi (r) kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

	Anksiyete	Somatizasyon
Anksiyete	1	
Somatizasyon	.650*	1

* = p<.05

Tablo 2’deki bulgulara göre anksiyete ile somatizasyon arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon olduğu tespit edilmiştir (r = .650, p<.05).

3.2 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Düzeyleri Arasında Anlamlı İlişki Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunma durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi (r) kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Düzeyleri Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1										
2	-.041	1									
3	-	.580*	1								
4	.441*	.293*	-.023	1							
5	.126*	.321*	.131*	.470*	1						
6	.322*	.543*	.143*	.551*	.272*	1					
7	-.065	.692*	.634*	.062	.271*	.442*	1				
8	.018	.609*	.588*	.180*	.243*	.460*	.717*	1			
9	.112*	.520*	.448*	.287*	.092	.570*	.532*	.528*	1		
10	.273*	.324*	-.042	.643*	.342*	.607*	.174*	.189*	.230*	1	
11	.167*	.821*	.573*	.566*	.504*	.766*	.759*	.753*	.697*	.585*	1

1 = Anksiyete, 2 = Planlama, 3 = Olumlu Yeniden Odaklanma, 4 = Felaketleştirme, 5 = Diğerlerini Suçlama, 6 = Düşünceye Odaklanma, 7 = Yeniden Değerlendirme, 8 =

Perspektif, 9 = Kabul, 10 = Kendini Suçlama, 11 = Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan, * = $p < .05$

Tablo 3’deki bulgulara göre anksiyete ile Felaketleştirme arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = .441, p < .05$). Buna ek olarak anksiyete ile diğerlerini suçlama ($r = .126, p < .05$), düşünceye odaklanma ($r = .322, p < .05$), kabul ($r = .112, p < .05$), kendini suçlama ($r = .273, p < .05$) ve bilişsel duygu düzenleme toplam puan ($r = .167, p < .05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete ile olumlu yeniden odaklanma arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -.166, p < .05$). Ancak anksiyete ile planlama, yeniden değerlendirme ve perspektif arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p > .05$).

3.3 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Duygu Düzenleme Düzeyleri ile Somatizasyon Düzeyleri Arasında İlişki Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular

Kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunma durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi (r) kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Kayıp Yaşayan Bireylerin Somatizasyon Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Düzeyleri Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1										
2	-.151*	1									
3	-.274*	.580*	1								
4	.339*	.293*	-.023	1							
5	.069	.321*	.131*	.470*	1						
6	.228*	.543*	.143*	.551*	.272*	1					
7	-.210*	.692*	.634*	.062	.271*	.442*	1				
8	-.136*	.609*	.588*	.180*	.243*	.460*	.717*	1			
9	-.022	.520*	.448*	.287*	.092	.570*	.532*	.528*	1		
10	.215*	.324*	-.042	.643*	.342*	.607*	.174*	.189*	.230*	1	
11	.007	.821*	.573*	.566*	.504*	.766*	.759*	.753*	.697*	.585*	1

1 = Somatizasyon, 2 = Planlama, 3 = Olumlu Yeniden Odaklanma, 4 = Felaketleştirme, 5 = Diğerlerini Suçlama, 6 = Düşünceye Odaklanma, 7 = Yeniden Değerlendirme, 8 =

Perspektif, 9 = Kabul, 10 = Kendini Suçlama, 11 = Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan, * = $p < .05$

Tablo 4’deki bulgulara göre somatizasyon ile felaketleştirme arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = .339$, $p < .05$). Buna ek olarak somatizasyon ile düşünceye odaklanma ($r = .228$, $p < .05$) ve kendini suçlama ($r = .215$, $p < .05$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Somatizasyon ile planlama ($r = -.151$, $p < .05$), olumlu yeniden odaklanma ($r = -.274$, $p < .05$), yeniden değerlendirme ($r = -.210$, $p < .05$) ve perspektif ($r = -.136$, $p < .05$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak somatizasyon ile diğerlerini suçlama, kabul ve bilişsel duygu düzenleme toplam puan arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p > .05$).

3.4 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeylerinin, Somatizasyon Düzeyleri ve Duygu Düzenleme Üzerinde Etkisi Bulunmaktadır.” Hipotezine Yönelik Bulgular

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme üzerinde etkisini tespit etmek amacıyla Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır. Bu kapsamda anksiyete düzeyinin somatizasyon düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Anksiyete Düzeyinin Somatizasyon Düzeyine Olan Etkisi Örnek

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	7.057	.453		15.593	.000*
Anksiyete	.321	.021	.650	15.358	.000*

$R = .650$, $\Delta R^2 = .421$, $F = 235.864$, * = $p < .05$

Tablo 5’teki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin somatizasyon düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 15.358$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin somatizasyon düzeyinin varyansının %42’sini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 2.009, Cook Dis. = .003, Mahal. Dis. = .997).

Anksiyete düzeyinin Planlama düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Anksiyete Düzeyinin Planlama Düzeyine Olan Etkisi Örnek Tablo Başlığı

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	13.914	.371		37.554	.000*
Anksiyete	-.013	.017	-.041	-.736	.462

$R = .041$, $\Delta R^2 = .001$, $F = .542$, $* = p < .05$

Tablo 6'daki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Planlama düzeyini yordamadığı tespit edilmiştir ($t = -.736$, $p > .05$).

Anksiyete düzeyinin Olumlu Yeniden Odaklanma düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Anksiyete Düzeyinin Olumlu Yeniden Odaklanma Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	11.837	.337		35.113	.000*
Anksiyete	-.047	.016	-.166	-3.013	.003*

$R = .166$, $\Delta R^2 = .024$, $F = 0.081$, $* = p < .05$

Tablo 7'deki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Olumlu Yeniden Odaklanma düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = -3.013$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Olumlu Yeniden Odaklanma düzeyinin varyansının %2'sini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 1.868, Cook Dis. = 003, Mahal. Dis. = 997).

Anksiyete düzeyinin Felaketleştirme düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Anksiyete Düzeyinin Felaketleştirme Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	8.503	.317		26.864	.000*
Anksiyete	.129	.015	.441	8.812	.000*

$R = .441$, $\Delta R^2 = .192$, $F = 77.656$, $* = p < .05$

Tablo 8'deki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Felaketleştirme düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 8.812$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Felaketleştirme düzeyinin varyansının %19'unu açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 2.015, Cook Dis. = 003, Mahal. Dis. = 997).

Aksiyete düzeyinin Diğerlerini Suçlama düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Anksiyete Düzeyinin Diğerlerini Suçlama Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	8.392	.308		27.218	.000*
Anksiyete	.032	.014	.126	2.284	.023*

$R = .126$, $\Delta R^2 = .013$, $F = 5.214$, $* = p < .05$

Tablo 9’daki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Diğerlerini Suçlama düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 2.284$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Diğerlerini Suçlama düzeyinin varyansının %1.3’ünü açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 1.961, Cook Dis. = .003, Mahal. Dis. = .997).

Anksiyete düzeyinin Düşünceye Odaklanma düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 10’de gösterilmiştir.

Tablo 10. Anksiyete Düzeyinin Düşünceye Odaklanma Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	11.792	.355		33.204	.000*
Anksiyete	.100	.016	.322	6.097	.000*

$R = .322$, $\Delta R^2 = .101$, $F = 37.169$, $* = p < .05$

Tablo 10’daki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Düşünceye Odaklanma düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 6.097$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Düşünceye Odaklanma düzeyinin varyansının %10’unu açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 1.975, Cook Dis. = .003, Mahal. Dis. = .997).

Anksiyete düzeyinin Yeniden Değerlendirme düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Anksiyete Düzeyinin Yeniden Değerlendirme Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	13.622	.405		33.603	.000*
Anksiyete	-.022	.019	-.065	-1.166	.245

$R = .065$, $\Delta R^2 = .001$, $F = 1.359$, $* = p < .05$

Tablo 11'deki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Yeniden Değerlendirme düzeyini yordamadığı tespit edilmiştir ($t = -1.166$, $p > .05$).

Anksiyete düzeyinin Perspektif düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Anksiyete Düzeyinin Perspektif Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	12.598	.367		34.322	.000*
Anksiyete	.006	.017	.018	.332	.740

$R = .018$, $\Delta R^2 = .000$, $F = .110$, $* = p < .05$

Tablo 12'deki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Perspektif düzeyini yordamadığı tespit edilmiştir ($t = .332$, $p > .05$).

Anksiyete düzeyinin Kabul düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Anksiyete Düzeyinin Kabul Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	12.894	.336		38.389	.000*
Anksiyete	.031	.015	.112	2.031	.043*

$R = .112$, $\Delta R^2 = .010$, $F = 4.125$, $* = p < .05$

Tablo 13'deki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Kabul düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 2.031$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Kabul düzeyinin varyansının %1'ini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 1.930, Cook Dis. = .003, Mahal. Dis. = .997).

Anksiyete düzeyinin Kendini Suçlama düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Anksiyete Düzeyinin Kendini Suçlama Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	9.685	.365		26.564	.000*
Anksiyete	.086	.017	.273	5.092	.000*

$R = .273$, $\Delta R^2 = .072$, $F = 25.927$, $* = p < .05$

Tablo 14'teki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Kendini Suçlama düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 5.092$, $p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Kendini

Suçlama düzeyinin varyansının %7'sini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 1.774, Cook Dis. = .003, Mahal. Dis. = .997).

Anksiyete düzeyinin Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan düzeyine olan etkisini ortaya koyan Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Anksiyete Düzeyinin Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan Düzeyine Olan Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	103.236	2.156		47.892	.000*
Anksiyete	.302	.099	.167	3.042	.003*

$$R = .167, \Delta R^2 = .025, F = 9.255, * = p < .05$$

Tablo 15'deki bulgular incelendiğinde anksiyete düzeyinin Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan düzeyini yordadığı tespit edilmiştir ($t = 3.042, p < .05$). Bu sonuçlar anksiyete düzeyinin Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan düzeyinin varyansının %2'sini açıkladığına işaret etmektedir. Modelin varsayımlarının sağlanma durumunu gösteren uyum değerlerinin kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Durbin-Watson = 2.004, Cook Dis. = .003, Mahal. Dis. = .997).

3.5 “Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Düzeyi Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine Yönelik Bulgular

Somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyi kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla sürekli bir değişken olan anksiyete düzeyi ortalama esas alınarak “Düşük Anksiyete” ve “Yüksek Anksiyete” olarak iki grubu ayrılmıştır. Sonrasında somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyi kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla Bağımsız Örneklem İÇİN t Test kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Varyans Homojenliği Testi kullanılarak analiz varsayımları test edilmiştir. Sonrasında Bağımsız Örneklem İÇİN t Testi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Düzeyi Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Göre Farklılaşması

Grup**	N	Ort.	SS.	t	sd	p
--------	---	------	-----	---	----	---

Somatizasyon	Düşük	181	9.204	4.338	-12.311	240.8	.000*
	Yüksek	143	16.832	6.327			
Planlama	Düşük	181	13.873	3.703	.875	322	.382
	Yüksek	143	13.476	4.469			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Düşük	181	11.685	3.637	3.608	322	.000*
	Yüksek	143	10.203	3.716			
Felaketleştirme	Düşük	181	9.436	3.292	-7.084	276.4	.000*
	Yüksek	143	12.336	3.923			
Diğerlerini Suçlama	Düşük	181	8.674	3.066	-1.613	271.0	.108
	Yüksek	143	9.301	3.764			
Düşünceye Odaklanma	Düşük	181	12.536	3.322	-4.791	248.0	.000*
	Yüksek	143	14.741	4.645			
Yeniden Değerlendirme	Düşük	181	13.569	4.213	1.470	322	.142
	Yüksek	143	12.839	4.705			
Perspektif	Düşük	181	12.746	3.655	.253	272.8	.800
	Yüksek	143	12.629	4.445			
Kabul	Düşük	181	13.409	3.604	-.144	322	.886
	Yüksek	143	13.469	3.827			
Kendini Suçlama	Düşük	181	10.304	3.337	-4.108	243.7	.000*
	Yüksek	143	12.238	4.784			
Bilişsel Duygu	Düşük	181	106.232	22.241	-1.875	322	.062
Düzenleme Toplam P.	Yüksek	143	111.231	25.699			

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, sd = Serbestlik Derecesi, ** = Anksiyete Düzeyi, * = $p < .05$

Tablo 16'daki bulgulara göre;

- Anksiyete düzeyi düşük bireylerin somatizasyon puanlarının (Ort. = 9.20, SS. = 4.34), yüksek bireylere göre (Ort. = 16.83, SS. = 6.33) anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($t_{(240.80)} = -12.31$, $p < .05$)
- Anksiyete düzeyi düşük (Ort. = 13.87, SS. = 3.70) ve yüksek bireyler (Ort. = 13.48, SS. = 4.47) arasında planlama alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t_{(322)} = 0.88$, $p > .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük bireyler (Ort. = 11.69, SS. = 3.64), yüksek bireylerden (Ort. = 10.20, SS. = 3.72) anlamlı şekilde daha yüksek olumlu yeniden odaklanma puanı aldığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 3.61$, $p < .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük bireylerin felaketleştirme puanları (Ort. = 9.44, SS. = 3.29), yüksek bireylere göre (Ort. = 12.34, SS. = 3.92) anlamlı şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($t_{(276.40)} = -7.08$, $p < .05$).

- Anksiyete düzeyi düşük (Ort. = 8.67, SS. = 3.07) ve yüksek bireyler (Ort. = 9.30, SS. = 3.76) arasında diğerlerini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t_{(271)} = -1.61, p > .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük bireyler (Ort. = 12.54, SS. = 3.32), yüksek bireylere göre (Ort. = 14.74, SS. = 4.65) anlamlı şekilde daha düşük düşünceye odaklanma puanı aldığı tespit edilmiştir ($t_{(248)} = -4.79, p < .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük (Ort. = 13.57, SS. = 4.21) ve yüksek bireyler (Ort. = 12.84, SS. = 4.71) arasında yeniden değerlendirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir, ($t_{(322)} = 1.47, p > .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük (Ort. = 12.75, SS. = 3.66) ve yüksek bireyler (Ort. = 12.63, SS. = 4.45) arasında perspektif puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t_{(272.80)} = 0.25, p > .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük (Ort. = 13.41, SS. = 3.60) ve yüksek bireyler (Ort. = 13.47, SS. = 3.83) arasında kabul puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t_{(322)} = -0.14, p > .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük bireylerin kendini suçlama puanları (Ort. = 10.30, SS. = 3.34), yüksek bireylere göre (Ort. = 12.24, SS. = 4.78) anlamlı şekilde daha düşüktür ($t_{(243.70)} = -4.11, p < .05$).
- Anksiyete düzeyi düşük bireyler (Ort. = 106.23, SS. = 22.24) ile yüksek bireyler (Ort. = 111.23, SS. = 25.70) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t_{(322)} = -1.88, p > .05$).

3.6 “Kayıp Yaşayan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri, Somatizasyon Düzeyleri ve Duygu Düzenleme Becerileri Demografik Özelliklere (Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Çocuğu Olma Durumu, Eğitim Durumu, Çalışma Durumu, Kayıp Yaşanan Kişi, Kayıt Üzerinden Geçen Süre ve Kayıp Sonrası Psikolojik Destek Alma Durumu) Göre Anlamlı Farklılık Göstermektedir.” Hipotezine Yönelik Bulgular

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri yaşa göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Testi kullanılarak varyans homojenliği varsayımı test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Yaş gruplarına göre Levene Varyans Homojenliği Testi Sonuçları

	Levene İstatistiği	sd1	sd2	p
Anksiyete	13.329	2	321	.000
Somatizasyon	15.072	2	321	.000
Planlama	1.759	2	321	.174
Olumlu Yeniden Odaklanma	2.178	2	321	.115
Felaketleştirme	2.329	2	321	.099
Diğerlerini Suçlama	5.355	2	321	.005
Düşünceye Odaklanma	.107	2	321	.898
Yeniden Değerlendirme	3.045	2	321	.049
Perspektif	.379	2	321	.685
Kabul	2.959	2	321	.053
Kendini Suçlama	.426	2	321	.653
Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan	1.001	2	321	.369

* = $p < .05$

Tablo 17’deki bulgulara göre Anksiyete, Somatizasyon, Diğerlerini Suçlama ve Yeniden Değerlendirme değişkenlerinin yaşa göre oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenlerin ise yaşa göre oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu açıdan varyansları arasında anlamlı fark olan değişkenleri çoklu karşılaştırmaları için Games Howell Testi, varyansları arasında anlamlı fark olmayan değişkenleri çoklu karşılaştırmaları için LSD Testi kullanılmıştır. Levene Testi sonrasında kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri yaşa göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) aşamasına geçilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Yaş gruplarına göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	F	p	Fark
Anksiyete	18 – 25	70	18.029	10.974	3.218	.041*	26-40>+41
	26 – 40	153	18.627	15.055			
	+41	101	14.475	11.221			
Somatizasyon	18 – 25	70	13.514	5.934	3.806	.023*	18-25>+41 26-40>+41
	26 – 40	153	13.098	7.395			
	+41	101	11.119	5.158			
Planlama	18 – 25	70	14.100	4.297	2.590	.077	
	26 – 40	153	14.013	4.222			
	+41	101	12.941	3.532			
Olumlu Yeniden Odaklanma	18 – 25	70	9.943	3.175	3.846	.022*	18-25<26-41
	26 – 40	153	11.340	3.775			

	+41	101	11.317	3.937			18-25<+41
Felaketleştirme	18 – 25	70	10.243	3.491	1.059	.348	
	26 – 40	153	11.020	4.019			
	+41	101	10.584	3.848			
Diğerlerini	18 – 25	70	8.929	3.921	.002	.998	
Suçlama	26 – 40	153	8.961	3.181			
	+41	101	8.950	3.372			
Düşünceye	18 – 25	70	13.900	4.281	1.561	.212	
Odaklanma	26 – 40	153	13.719	4.029			
	+41	101	12.921	4.069			
Yeniden	18 – 25	70	13.300	4.531	.052	.949	
Değerlendirme	26 – 40	153	13.163	4.733			
	+41	101	13.337	3.945			
Perspektif	18 – 25	70	13.571	4.441	5.063	.007*	26-40<18-25
	26 – 40	153	11.967	3.838			
	+41	101	13.188	3.810			26-40<+41
Kabul	18 – 25	70	13.414	3.965	1.035	.356	
	26 – 40	153	13.170	3.466			
	+41	101	13.851	3.845			
Kendini Suçlama	18 – 25	70	10.100	4.139	7.948	.000*	26-40>18-25
	26 – 40	153	12.098	4.071			
	+41	101	10.465	3.986			26-40>+41
Bilişsel Duygu	18 – 25	70	107.500	27.768	.259	.772	
Düzenleme	26 – 40	153	109.451	21.904			
Toplam Puan	+41	101	107.554	24.165			

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, Grup = Yaş, * = $p < .05$

Tablo 18'deki bulgulara göre;

- Yaş gruplarına göre anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2, 321)} = 3.22, p < .05$). Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, 26–40 yaş grubunun (Ort. = 18.63, SS. = 5.17) anksiyete puanlarının, 41+ yaş grubuna (Ort. = 17.09, SS. = 5.16) göre anlamlı derecede yüksek olduğuna işaret etmektedir.
- Somatizasyon puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2, 321)} = 3.81, p < .05$). Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, 26–40 yaş grubunun (Ort. = 13.35, SS. = 5.09) somatizasyon puanları, hem 18–25 yaş grubuna (Ort. = 11.19, SS. = 5.15) hem de 41+ yaş grubuna (Ort. = 11.46, SS. = 4.50) göre anlamlı derecede yüksek olduğuna işaret etmektedir.
- Yaş gruplarına göre planlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 2.59, p > .05$).
- Olumlu yeniden odaklanma puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2, 321)} = 3.85, p < .05$). LSD Çoklu Karşılaştırma Testi, 18–25 yaş

grubunun (Ort. = 11.31, SS. = 3.57) olumlu yeniden odaklanma puanlarının, 41+ yaş grubuna (Ort. = 10.37, SS. = 3.37) göre anlamlı derecede yüksek olduğuna işaret etmektedir.

- Felaketleştirme puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 1.06, p > .05$).
- Diğerlerini suçlama puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 0.00, p > .05$).
- Yaş gruplarına göre düşünceye odaklanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 1.56, p > .05$).
- Yeniden değerlendirme puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 0.96, p > .05$).
- Perspektif puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2, 321)} = 5.63, p < .05$). LSD Çoklu Karşılaştırma Testi, 26–40 yaş grubu (Ort. = 13.68, SS. = 4.11) hem 18–25 yaş grubuna (Ort. = 12.13, SS. = 4.06) hem de 41+ yaş grubuna (Ort. = 12.64, SS. = 4.36) göre anlamlı derecede daha yüksek perspektif puanına sahip olduğuna işaret etmektedir.
- Yaş gruplarına göre kabul puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 1.03, p > .05$).
- Kendini suçlama puanlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2, 321)} = 7.90, p < .05$). LSD Çoklu Karşılaştırma Testi, 26–40 yaş grubunun (Ort. = 12.14, SS. = 3.74) hem 18–25 yaş grubuna (Ort. = 10.23, SS. = 3.20) hem de 41+ yaş grubuna (Ort. = 10.41, SS. = 3.93) göre anlamlı derecede yüksek olduğuna işaret etmektedir.
- Yaş gruplarına göre bilişsel duygu düzenleme toplam puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F_{(2, 321)} = 1.28, p > .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Bağımsız Örneklemeler İçin t Test kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Varyans Homojenliği Testi kullanılarak analiz varsayımları test edilmiştir. Sonrasında Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Cinsiyete Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	t	sd	p
Anksiyete	Kadın	211	18.621	12.637	2.661	322	.008*
	Erkek	113	14.558	13.924			
Somatizasyon	Kadın	211	13.569	6.112	3.845	322	.000*
	Erkek	113	10.708	6.862			
Planlama	Kadın	211	13.284	4.030	-2.526	322	.012*
	Erkek	113	14.469	4.011			
Olumlu Yeniden	Kadın	211	10.341	3.671	-4.680	322	.000*
Odaklanma	Erkek	113	12.319	3.536			
Felaketleştirme	Kadın	211	10.891	3.937	1.116	322	.265
	Erkek	113	10.389	3.702			
Diğerlerini Suçlama	Kadın	211	8.815	3.702	-1.070	289.5	.286
	Erkek	113	9.204	2.749			
Düşünceye Odaklanma	Kadın	211	14.009	4.195	3.036	322	.003*
	Erkek	113	12.575	3.770			
Yeniden Değerlendirme	Kadın	211	12.635	4.767	-3.767	291.0	.000*
	Erkek	113	14.389	3.511			
Perspektif	Kadın	211	12.583	4.342	-.738	283.3	.461
	Erkek	113	12.903	3.333			
Kabul	Kadın	211	13.408	3.657	-.183	322	.855
	Erkek	113	13.487	3.789			
Kendini Suçlama	Kadın	211	11.393	4.388	1.484	268.3	.139
	Erkek	113	10.717	3.629			
Bilişsel Duygu	Kadın	211	107.360	25.009	-1.109	322	.268
Düzenleme Toplam P.	Erkek	113	110.451	21.707			

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, sd = Serbestlik Derecesi, ** = Cinsiyet, * = $p < .05$

Tablo 19'daki bulgulara göre;

- Kadınların (Ort. = 18.62, SS. = 12.64) anksiyete puanlarının, erkeklerden (Ort. = 14.56, SS. = 13.92) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 2.66$, $p < .05$).
- Kadınların (Ort. = 13.57, SS. = 6.11) somatizasyon puanlarının, erkeklerden (Ort. = 10.71, SS. = 6.86) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 3.85$, $p < .05$).
- Erkeklerin (Ort. = 14.47, SS. = 4.01) planlama puanlarının, kadınlardan (Ort. = 13.28, SS. = 4.03) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -2.53$, $p < .05$).

- Erkeklerin (Ort. = 12.32, SS. = 3.54) olumlu yeniden odaklanma puanlarının, kadınlardan (Ort. = 10.34, SS. = 3.67) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -4.68, p < .05$).
- Kadınlar (Ort. = 10.89, SS. = 3.94) ve erkekler (Ort. = 10.39, SS. = 3.70) arasında felaketleştirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($t_{(322)} = 1.12, p > .05$).
- Kadınlar (Ort. = 8.82, SS. = 3.70) ve erkekler (Ort. = 9.20, SS. = 2.75) arasında diğerlerini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($t_{(289.5)} = -1.07, p > .05$).
- Kadınların (Ort. = 14.01, SS. = 4.20) düşünceye odaklanma puanlarının, erkeklerden (Ort. = 12.58, SS. = 3.77) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 3.04, p < .05$).
- Erkeklerin (Ort. = 14.39, SS. = 3.51) yeniden değerlendirme puanlarının, kadınlardan (Ort. = 12.64, SS. = 4.77) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(291)} = -3.77, p < .05$).
- Kadınlar (Ort. = 12.58, SS. = 4.34) ve erkekler (Ort. = 12.90, SS. = 3.90) arasında perspektif puanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($t_{(283.3)} = -0.74, p > .05$).
- Kadınlar (Ort. = 13.41, SS. = 3.66) ve erkekler (Ort. = 13.49, SS. = 3.79) arasında kabul puanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($t_{(322)} = -0.18, p > .05$).
- Kadınlar (Ort. = 11.39, SS. = 4.39) ve erkekler (Ort. = 10.72, SS. = 3.63) arasında kendini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($t_{(268.3)} = 1.48, p > .05$).
- Kadınlar (Ort. = 107.36, SS. = 25.01) ve erkekler (Ort. = 110.45, SS. = 21.71) arasında bilişsel duygu düzenleme toplam puanlarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($t_{(322)} = -1.11, p > .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla örneklem sayılarındaki dengesizlik sebebiyle parametrik olamayan analiz yöntemlerinden Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Medeni Durum Alt Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

	Grup**	N	Sıra Ort.	χ^2	sd	p	Fark
Anksiyete	A=Evli	143	150.42	9.533	3	.023*	A<B
	B=Boşanmış	20	188.33				A<C
	C=İlişkisi Var	73	187.37				
	D=Bekar	88	155.63				
Somatizasyon	A=Evli	143	153.77	3.313	3	.346	
	B=Boşanmış	20	171.75				
	C=İlişkisi Var	73	177.47				
	D=Bekar	88	162.18				
Planlama	A=Evli	143	134.37	26.293	3	.000*	A<B
	B=Boşanmış	20	178.90				A<C
	C=İlişkisi Var	73	199.28				A<D
	D=Bekar	88	173.98				
Olumlu Yeniden Odaklanma	A=Evli	143	157.44	4.898	3	.179	
	B=Boşanmış	20	174.73				
	C=İlişkisi Var	73	181.55				
	D=Bekar	88	152.13				
Felaketleştirme	A=Evli	143	151.05	36.988	3	.000*	B>A
	B=Boşanmış	20	243.60				B>D
	C=İlişkisi Var	73	198.43				
	D=Bekar	88	132.86				
Diğerlerini Suçlama	A=Evli	143	156.75	30.910	3	.000*	B<A
	B=Boşanmış	20	93.88				B<C
	C=İlişkisi Var	73	208.48				B<D
	D=Bekar	88	149.30				
Düşünceye Odaklanma	A=Evli	143	152.26	9.215	3	.027*	A<B
	B=Boşanmış	20	219.33				
	C=İlişkisi Var	73	165.34				
	D=Bekar	88	163.88				
Yeniden Değerlendirme	A=Evli	143	150.92	12.481	3	.006*	C>A
	B=Boşanmış	20	171.03				C>D
	C=İlişkisi Var	73	195.31				
	D=Bekar	88	152.16				
Perspektif	A=Evli	143	146.75	26.414	3	.000*	C>A
	B=Boşanmış	20	183.20				C>D
	C=İlişkisi Var	73	209.05				
	D=Bekar	88	144.78				
Kabul	A=Evli	143	158.38	12.067	3	.007*	B>A
	B=Boşanmış	20	232.23				B>D
	C=İlişkisi Var	73	160.57				
	D=Bekar	88	154.95				
Kendini Suçlama	A=Evli	143	150.63	15.681	3	.001*	B>A
	B=Boşanmış	20	210.75				B>D
	C=İlişkisi Var	73	189.36				
	D=Bekar	88	148.54				

Bilişsel Duygu	A=Evli	143	139.47	26.626	3	.000*	A<B
Düzenleme	B=Boşanmış	20	200.25				A<C
Toplam Puan	C=İlişkisi Var	73	204.09				
	D=Bekar	88	156.85				

Sıra Ort. = Sıra Ortalaması, Sd. = Serbestlik Derecesi, Grup = Medeni Durum, * = $p < .05$

Tablo 20'deki bulgulara göre;

- Medeni durum grupları arasında anksiyete puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 9.53, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, evli bireylerin (Sıra Ort. = 150.42) anksiyete puanlarının bekarlara (Sıra Ort. = 178.90) ve ilişkisi olanlara (Sıra Ort. = 188.37) göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir ($A < C, A < D$).
- Medeni durum grupları arasında somatizasyon puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 3.31, p > .05$).
- Medeni durum grupları arasında planlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 26.29, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, evli bireylerin (Sıra Ort. = 153.30) planlama puanlarının hem bekarlar (Sıra Ort. = 180.75) hem de ilişkisi olan bireylere (Sıra Ort. = 194.92) göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir ($A < B, A < C$).
- Medeni durum grupları arasında olumlu yeniden odaklanma puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 4.90, p > .05$).
- Medeni durum grupları arasında felaketleştirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 6.90, p > .05$).
- Medeni durum grupları arasında diğerlerini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 8.92, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, boşanmış bireylerin (Sıra Ort. = 223.40) diğerlerini suçlama puanlarının evli bireylerden (Sıra Ort. = 139.45) daha yüksek olduğunu göstermektedir ($B > A$).
- Medeni durum grupları arasında düşünceye odaklanma puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 9.21, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, evli bireylerin (Sıra Ort. = 143.20) düşünceye odaklanma puanlarının ilişkisi olan bireylerden (Sıra Ort. = 165.34) anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir ($A < C$).

- Medeni durum grupları arasında yeniden değerlendirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 12.48, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, bekar bireylerin (Sıra Ort. = 195.84) yeniden değerlendirme puanlarının evli bireylerden (Sıra Ort. = 136.33) anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir ($A < D$).
- Medeni durum grupları arasında perspektif puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 10.35, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, evli bireylerin (Sıra Ort. = 139.41) perspektif puanlarının hem bekarlar (Sıra Ort. = 180.54) hem de ilişkisi olan bireylerden (Sıra Ort. = 184.96) anlamlı derecede düşük olduğunu göstermektedir ($A < C, A < D$).
- Medeni durum grupları arasında kabul puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 12.06, p > .05$).
- Medeni durum grupları arasında kendini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 5.49, p > .05$).
- Medeni durum grupları arasında bilişsel duygu düzenleme toplam puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(3, N = 324)} = 6.26, p > .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Bağımsız Örneklemeler İçin t Test kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Varyans Homojenliği Testi kullanılarak analiz varsayımları test edilmiştir. Sonrasında Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	t	sd	p
Anksiyete	Yok	207	18.667	13.887	2.813	278.1	.005*
	Var	117	14.615	11.564			
Somatizasyon	Yok	207	13.150	6.716	2.138	322	.033*
	Var	117	11.547	6.044			
Planlama	Yok	207	14.285	4.011	3.528	322	.000*
	Var	117	12.658	3.944			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Yok	207	10.966	3.486	-.394	207.6	.694
	Var	117	11.145	4.165			
Felaketleştirme	Yok	207	10.686	3.954	-.186	322	.852
	Var	117	10.769	3.699			

Diğerlerini Suçlama	Yok	207	9.140	3.476	1.336	322	.183
	Var	117	8.615	3.251			
Düşünceye Odaklanma	Yok	207	13.928	4.008	2.459	322	.014*
	Var	117	12.769	4.182			
Yeniden Değerlendirme	Yok	207	13.415	4.471	.908	322	.365
	Var	117	12.949	4.400			
Perspektif	Yok	207	12.923	3.947	1.362	322	.174
	Var	117	12.291	4.123			
Kabul	Yok	207	13.599	3.340	.993	197.2	.322
	Var	117	13.145	4.259			
Kendini Suçlama	Yok	207	11.333	3.908	1.016	322	.310
	Var	117	10.846	4.538			
Bilişsel Duygu	Yok	207	110.275	23.021	1.846	322	.066
Düzenleme Toplam P.	Var	117	105.188	25.208			

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, sd = Serbestlik Derecesi, ** = Çocuk Sahibi Olma Durumu, * = $p < .05$

Tablo 21'deki bulgulara göre;

- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 18.67, SS. = 13.89) anksiyete puanları, çocuk sahibi olanlara göre (Ort. = 14.62, SS. = 11.56) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(278.1)} = 2.81, p < .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 13.15, SS. = 6.72) somatizasyon puanları, çocuk sahibi olanlara göre (Ort. = 11.55, SS. = 6.04) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 2.14, p < .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 14.29, SS. = 4.01) planlama puanları, çocuk sahibi olanlara göre (Ort. = 12.66, SS. = 3.94) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 3.53, p < .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 10.97, SS. = 3.49) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 11.15, SS. = 4.17) olumlu yeniden odaklanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(207.6)} = -0.39, p > .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 10.69, SS. = 3.95) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 10.77, SS. = 3.70) felaketleştirme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -0.19, p > .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 9.14, SS. = 3.48) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 8.62, SS. = 3.25) diğerlerini suçlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 1.34, p > .05$).

- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 13.93, SS. = 4.01) düşünceye odaklanma puanları, çocuk sahibi olanlara göre (Ort. = 12.77, SS. = 4.18) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 2.46, p < .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 13.42, SS. = 4.47) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 12.95, SS. = 4.40) yeniden değerlendirme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 0.91, p > .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 12.92, SS. = 3.95) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 12.29, SS. = 4.12) perspektif puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 1.36, p > .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 13.60, SS. = 3.34) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 13.15, SS. = 4.26) kabul puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(197.2)} = 0.99, p > .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 11.33, SS. = 3.91) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 10.85, SS. = 4.54) kendini suçlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 1.02, p > .05$).
- Çocuk sahibi olmayanların (Ort. = 110.28, SS. = 23.02) ve çocuk sahibi olanların (Ort. = 105.19, SS. = 25.21) bilişsel duygu düzenleme toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 1.85, p > .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri eğitim seviyesine göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla örneklem sayılarındaki dengesizlik sebebiyle parametrik olmayan analiz yöntemlerinden Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Eğitim Seviyesine Göre Alt Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

	Grup**	N	Sıra Ort.	χ^2	sd	p	Fark
Anksiyete	A=İlkokul	6	154.00	14.526	6	.024*	G<A
	B=Ortaokul	15	227.13				G<B
	C=Lise	60	154.57				G<C
	D=Ön Lisans	16	144.81				G<D
	E=Lisans	160	169.92				G<E
	F= Yüksek Lis.	61	147.75				G<F
	G=Doktora	6	88.00				

Somatizasyon	A=İlkokul	6	171.25	5.578	6	.472	
	B=Ortaokul	15	180.30				
	C=Lise	60	178.07				
	D=Ön Lisans	16	148.88				
	E=Lisans	160	160.24				
	F= Yüksek	61	157.66				
	Lis.	6	99.50				
	G=Doktora						
Planlama	A=İlkokul	6	169.75	29.609	6	.000*	D<A
	B=Ortaokul	15	102.07				D<C
	C=Lise	60	145.28				D<E
	D=Ön Lisans	16	83.44				D<F
	E=Lisans	160	168.34				D<G
	F= Yüksek	61	192.89				
	Lis.	6	224.50				
	G=Doktora						
Olumlu	A=İlkokul	6	162.25	22.168	6	.001*	B<A
Yeniden	B=Ortaokul	15	107.07				B<C
Odaklanma	C=Lise	60	186.63				B<F
	D=Ön Lisans	16	143.69				B<G
	E=Lisans	160	150.44				
	F= Yüksek	61	178.58				
	Lis.	6	268.25				
	G=Doktora						
Felaketleştirme	A=İlkokul	6	230.25	7.386	6	.287	
	B=Ortaokul	15	160.77				
	C=Lise	60	158.62				
	D=Ön Lisans	16	194.72				
	E=Lisans	160	158.63				
	F= Yüksek	61	156.89				
	Lis.	6	212.25				
	G=Doktora						
Diğerlerini	A=İlkokul	6	74.25	7.294	6	.295	
Suçlama	B=Ortaokul	15	156.33				
	C=Lise	60	162.47				
	D=Ön Lisans	16	143.03				
	E=Lisans	160	164.21				
	F= Yüksek	61	170.27				
	Lis.	6	193.75				
	G=Doktora						
Düşünceye	A=İlkokul	6	176.50	12.335	6	.055	
Odaklanma	B=Ortaokul	15	158.20				
	C=Lise	60	137.18				
	D=Ön Lisans	16	163.47				
	E=Lisans	160	162.33				
	F= Yüksek	61	192.07				
	Lis.	6	113.75				
	G=Doktora						

Yeniden Değerlendirme	A=İlkokul	6	142.00	12.741	6	.047*	G>A
	B=Ortaokul	15	155.07				G>B
	C=Lise	60	148.96				G>C
	D=Ön Lisans	16	138.81				G>D
	E=Lisans	160	158.53				G>E
	F= Yüksek Lis.	61	187.64				
	G=Doktora	6	250.50				
Perspektif	A=İlkokul	6	167.50	12.621	6	.049*	G>A
	B=Ortaokul	15	152.17				G>B
	C=Lise	60	145.51				G>C
	D=Ön Lisans	16	184.88				G>D
	E=Lisans	160	167.32				G>E
	F= Yüksek Lis.	61	151.97				G>F
	G=Doktora	6	272.25				
Kabul	A=İlkokul	6	163.00	5.254	6	.512	
	B=Ortaokul	15	182.57				
	C=Lise	60	144.11				
	D=Ön Lisans	16	156.44				
	E=Lisans	160	167.72				
	F= Yüksek Lis.	61	168.02				
	G=Doktora	6	116.75				
Kendini Suçlama	A=İlkokul	6	243.50	13.617	6	.034*	A>B
	B=Ortaokul	15	146.20				A>C
	C=Lise	60	133.27				
	D=Ön Lisans	16	182.88				
	E=Lisans	160	163.48				
	F= Yüksek Lis.	61	176.48				
	G=Doktora	6	192.00				
Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan	A=İlkokul	6	171.75	13.156	6	.041*	G>B
	B=Ortaokul	15	127.93				G>C
	C=Lise	60	141.83				G>D
	D=Ön Lisans	16	152.81				
	E=Lisans	160	164.28				
	F= Yüksek Lis.	61	179.09				
	G=Doktora	6	256.00				

Sıra Ort. = Sıra Ortalaması, Sd. = Serbestlik Derecesi, Grup = Medeni Durum, * = p<.05

Tablo 22'deki bulgulara göre;

- Eğitim seviyesi grupları arasında anksiyete puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 14.53, p<.05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, doktora düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 88.00) anksiyete

puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir ($G < A, G < B, G < C, G < D, G < E, G < F$).

- Eğitim seviyesi grupları arasında somatizasyon puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 5.58, p > .05$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında planlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 29.61, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, doktora düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 224.50) planlama puanlarının diğer tüm gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($D < A, D < C, D < E, D < F, D < G$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında olumlu yeniden odaklanma puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 22.17, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, doktora düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 268.25) olumlu yeniden odaklanma puanlarının ilkökul, ortaokul ve yüksek lisans seviyelerindekilere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($B > A, B < F, B < G$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında felaketleştirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 7.39, p > .05$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında diğerlerini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 7.29, p > .05$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında düşünceye odaklanma puanlarında anlamlı bir fark sınırda bulunmuş ancak anlamlı kabul edilmemiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 12.34, p > .05$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında yeniden değerlendirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 12.74, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, doktora düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 250.50) yeniden değerlendirme puanlarının diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($G > A, G > B, G > C, G > D, G > E$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında perspektif puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 12.62, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, doktora düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 272.25) perspektif puanlarının diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($G > A, G > B, G > C, G > D, G > E, G > F$).

- Eğitim seviyesi grupları arasında kabul puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 5.25, p > .05$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında kendini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 13.62, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, ilkokul düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 243.50) kendini suçlama puanlarının ortaokul ve lise düzeyindekilere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($A > B, A > C$).
- Eğitim seviyesi grupları arasında bilişsel duygu düzenleme toplam puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2_{(6, N = 324)} = 13.16, p < .05$). Yapılan Mann Whitney U Çoklu Karşılaştırma Testi, doktora düzeyindeki bireylerin (Sıra Ort. = 256.00) toplam puanlarının lise, ön lisans ve lisans düzeyindekilere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($G > B, G > C, G > D$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Varyans Homojenliği Testi kullanılarak analiz varsayımları test edilmiştir. Sonrasında Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23. Çalışma Durumuna Göre Bağımsız Örneklemeler İçin t Testi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	t	sd	p
Anksiyete	Hayır	112	20.036	13.194	2.833	322	.005
	Evet	212	15.708	13.020			
Somatizasyon	Hayır	112	13.429	6.105	1.727	322	.085
	Evet	212	12.118	6.694			
Planlama	Hayır	112	12.143	3.867	-5.213	322	.000
	Evet	212	14.519	3.920			
Olumlu Yeniden Odaklanma	Hayır	112	9.946	3.878	-3.875	322	.000
	Evet	212	11.604	3.542			
Felaketleştirme	Hayır	112	10.938	4.164	.750	322	.454
	Evet	212	10.599	3.691			
Diğerlerini Suçlama	Hayır	112	8.902	3.851	-.176	190.6	.860
	Evet	212	8.976	3.146			
Düşünceye Odaklanma	Hayır	112	13.125	4.566	-1.226	322	.221
	Evet	212	13.712	3.833			
Yeniden Değerlendirme	Hayır	112	11.982	4.283	-3.800	322	.000
	Evet	212	13.915	4.392			
Perspektif	Hayır	112	11.732	3.816	-3.178	322	.002
	Evet	212	13.203	4.036			

Kabul	Hayır	112	13.518	4.318	.270	182.4	.787
	Evet	212	13.392	3.335			
Kendini Suçlama	Hayır	112	11.571	4.886	1.201	179.4	.231
	Evet	212	10.939	3.691			
Bilişsel Duygu	Hayır	112	103.857	27.698	-2.526	322	.012
Düzenleme Toplam P.	Evet	212	110.858	21.338			

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, sd = Serbestlik Derecesi, ** = Çalışma Durumu, * = $p < .05$

Tablo 23'deki bulgulara göre;

- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 20.04, SS. = 13.19) anksiyete puanları, çalışan bireylere göre (Ort. = 15.71, SS. = 13.02) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 2.83, p < .05$).
- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 13.43, SS. = 6.11) somatizasyon puanları, çalışan bireylere göre (Ort. = 12.12, SS. = 6.69) anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 1.73, p > .05$).
- Planlama: Çalışan bireylerin (Ort. = 14.52, SS. = 3.92) planlama puanları, çalışmayan bireylere göre (Ort. = 12.14, SS. = 3.87) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -5.21, p < .05$).
- Çalışan bireylerin (Ort. = 11.60, SS. = 3.54) olumlu yeniden odaklanma puanları, çalışmayan bireylere göre (Ort. = 9.95, SS. = 3.88) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -3.88, p < .05$).
- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 10.94, SS. = 4.16) ve çalışan bireylerin (Ort. = 10.60, SS. = 3.69) felaketleştirme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 0.75, p > .05$).
- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 8.90, SS. = 3.85) ve çalışan bireylerin (Ort. = 8.98, SS. = 3.15) diğerlerini suçlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(190.6)} = -0.18, p > .05$).
- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 13.13, SS. = 4.57) ve çalışan bireylerin (Ort. = 13.71, SS. = 3.83) düşünceye odaklanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -1.23, p > .05$).
- Çalışan bireylerin (Ort. = 13.92, SS. = 4.39) yeniden değerlendirme puanları, çalışmayan bireylere göre (Ort. = 11.98, SS. = 4.28) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -3.80, p < .05$).

- Çalışan bireylerin (Ort. = 13.20, SS. = 3.82) perspektif puanları, çalışmayan bireylere göre (Ort. = 11.73, SS. = 3.82) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -3.18, p < .05$).
- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 13.52, SS. = 4.32) ve çalışan bireylerin (Ort. = 13.39, SS. = 3.34) kabul puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(182.4)} = 0.27, p > .05$).
- Çalışmayan bireylerin (Ort. = 11.57, SS. = 4.89) ve çalışan bireylerin (Ort. = 10.94, SS. = 3.69) kendini suçlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(179.4)} = 1.20, p > .05$).
- Çalışan bireylerin (Ort. = 110.86, SS. = 21.34) bilişsel duygu düzenleme toplam puanları, çalışmayan bireylere göre (Ort. = 103.86, SS. = 27.70) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -2.53, p < .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri kayıp yaşanan kişiye göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Testi kullanılarak varyans homojenliği varsayımı test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24. Kayıp Yaşanan Kişi Gruplarına Göre Levene Varyans Homojenliği Testi Sonuçları

	Levene İstatistiği	sd1	sd2	p
Anksiyete	.731	3	320	.534
Somatizasyon	.176	3	320	.913
Planlama	7.734	3	320	.000*
Olumlu Yeniden Odaklanma	5.896	3	320	.001*
Felaketleştirme	4.587	3	320	.004*
Diğerlerini Suçlama	9.836	3	320	.000*
Düşünceye Odaklanma	3.825	3	320	.010*
Yeniden Değerlendirme	6.614	3	320	.000*
Perspektif	17.983	3	320	.000*
Kabul	2.343	3	320	.073
Kendini Suçlama	2.309	3	320	.076
Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan	27.029	3	320	.000*

* = $p < .05$

Tablo 24’deki bulgulara göre Planlama, Olumlu Yeniden Odaklanma, Felaketleştirme, Diğerlerini Suçlama, Düşünceye Odaklanma, Yeniden Değerlendirme, Perspektif ve Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan değişkenlerinin kayıp yaşanan kişiye göre

oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenlerin ise kayıp yaşayan kişiye göre oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu açıdan varyansları arasında anlamlı fark olan değişkenleri çoklu karşılaştırmaları için Games Howell Testi, varyansları arasında anlamlı fark olmayan değişkenleri çoklu karşılaştırmaları için LSD Testi kullanılmıştır.

Levene Testi sonrasında kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri kayıp yaşayan kişiye göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) aşamasına geçilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25. Kayıp Yaşanan Kişi Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	F	p	Fark
Anksiyete	A=1. Derece	149	17.872	13.431	1.663	.175	
	Yakın	80	18.475	13.995			
	B=2. Derece	46	16.739	11.401			
	Yakın	49	13.531	12.562			
	C=Arkadaş- Partner D=Diğer						
Somatizasyon	A=1. Derece	149	11.913	6.492	1.977	.117	
	Yakın	80	13.263	6.425			
	B=2. Derece	46	14.217	6.915			
	Yakın	49	11.898	6.155			
	C=Arkadaş- Partner D=Diğer						
Planlama	A=1. Derece	149	13.812	3.842	3.253	.022*	C>D
	Yakın	80	13.625	3.979			
	B=2. Derece	46	14.891	2.923			
	Yakın	49	12.347	5.282			
	C=Arkadaş- Partner D=Diğer						
Olumlu Yeniden Odaklanma	A=1. Derece	149	11.470	3.597	2.922	.034*	C<A C<B
	Yakın	80	11.263	3.149			
	B=2. Derece	46	9.761	3.579			
	Yakın	49	10.510	4.835			
	C=Arkadaş- Partner						

Felaketleştirme	D=Diğer						
	A=1. Derece	149	10.832	3.591	1.370	.252	
	Yakın	80	10.100	3.679			
	B=2. Derece	46	11.500	3.462			
	Yakın	49	10.633	5.061			
Diğerlerini Suçlama	C=Arkadaş-Partner						
	D=Diğer						
	A=1. Derece	149	8.443	3.122	3.138	.026*	C>A
	Yakın	80	9.375	2.503			C>D
	B=2. Derece	46	10.022	3.803			
Düşünceye Odaklanma	Yakın	49	8.796	4.655			
	C=Arkadaş-Partner						
	D=Diğer						
	A=1. Derece	149	13.510	3.846	4.327	.005*	C>D
	Yakın	80	13.700	3.925			
Yeniden Değerlendirme	B=2. Derece	46	14.870	3.384			
	Yakın	49	11.918	5.216			
	C=Arkadaş-Partner						
	D=Diğer						
	A=1. Derece	149	13.919	4.014	5.191	.002*	A>C
Perspektif	Yakın	80	13.750	3.780			A>D
	B=2. Derece	46	11.674	5.038			B>C
	Yakın	49	11.857	5.454			B>D
	C=Arkadaş-Partner						
	D=Diğer						
Kabul	A=1. Derece	149	13.040	3.878	1.079	.358	
	Yakın	80	12.463	2.769			
	B=2. Derece	46	12.804	4.020			
	Yakın	49	11.918	5.773			
	C=Arkadaş-Partner						
Kendini Suçlama	D=Diğer						
	A=1. Derece	149	14.456	3.350	9.596	.000*	A>B
	Yakın	80	13.138	3.125			A>C
	B=2. Derece	46	12.652	3.504			A>D
	Yakın	49	11.551	4.717			
	C=Arkadaş-Partner						
	D=Diğer						
	A=1. Derece	149	10.893	4.185	1.412	.239	
	Yakın	80	11.088	3.376			
	B=2. Derece	46	12.304	4.491			
	Yakın	49	11.000	4.743			

	C=Arkadaş- Partner D=Diğer					
Bilişsel Duygu	A=1. Derece	149	110.37	19.801	2.248	.083
Düzenleme	Yakın	80	108.50	17.640		
Toplam Puan	B=2. Derece	46	110.47	16.782		
	Yakın	49	100.53	42.260		
	C=Arkadaş- Partner D=Diğer					

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, Grup = Kayıp Yaşanan Kişi, * = $p < .05$

Tablo 25'deki bulgulara göre;

- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında anksiyete puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 1.66, p > .05$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında somatizasyon puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 1.98, p > .05$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında planlama puanlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 3.25, p < .05$). Yapılan Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, Arkadaş/Partner grubunun (Ort. = 14.22, SS. = 2.92) planlama puanlarının Diğer grubuna (Ort. = 11.90, SS. = 6.16) göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($C > D$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında olumlu yeniden odaklanma puanlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 2.92, p < .05$). Yapılan Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, Arkadaş/Partner grubunun (Ort. = 9.76, SS. = 3.58) puanlarının 1. Derece Yakın (Ort. = 11.47, SS. = 3.60) ve 2. Derece Yakın grubuna (Ort. = 11.26, SS. = 3.15) göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir ($C < A, C < B$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında felaketleştirme puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 1.37, p > .05$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında diğerlerini suçlama puanlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 3.14, p < .05$). Yapılan Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, Arkadaş/Partner grubunun (Ort. = 10.02, SS. = 3.80) puanlarının 1. Derece Yakın (Ort. = 8.44, SS. = 3.12) ve Diğer grubuna (Ort. = 8.80, SS. = 4.66) göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($C > A, C > D$).

- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında düşünceye odaklanma puanlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 4.33, p < .05$). Yapılan Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, Diğer grubunun (Ort. = 11.92, SS. = 5.22) puanlarının Arkadaş/Partner grubuna (Ort. = 14.22, SS. = 3.38) göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir ($C > D$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında yeniden değerlendirme puanlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 5.19, p < .05$). Yapılan Games Howell Çoklu Karşılaştırma Testi, 1. Derece Yakın grubunun (Ort. = 13.92, SS. = 4.01) puanlarının Arkadaş/Partner (Ort. = 11.67, SS. = 3.50) ve Diğer grubuna (Ort. = 11.86, SS. = 5.45) göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($A > C, A > D, B > C, B > D$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında perspektif puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 1.08, p > .05$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında kabul puanlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 9.60, p < .05$). Yapılan LSD Çoklu Karşılaştırma Testi, 1. Derece Yakın grubunun (Ort. = 14.46, SS. = 3.35) puanlarının diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir ($A > B, A > C, A > D$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında kendini suçlama puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 1.41, p > .05$).
- Kayıp yaşanan kişi grupları arasında bilişsel duygu düzenleme toplam puanlarında anlamlı bir fark sınırdan bulunmuş ancak anlamlı kabul edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 2.25, p > .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri kayıp üzerinden geçen süreye göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Testi kullanılarak varyans homojenliği varsayımı test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Kayıp Üzerinden Geçen Süreye göre Levene Varyans Homojenliği Testi Sonuçları

	Levene İstatistiği	sd1	sd2	p
Anksiyete	4.341	3	320	.005*
Somatizasyon	3.076	3	320	.028*
Planlama	3.235	3	320	.023*
Olumlu Yeniden Odaklanma	1.261	3	320	.288
Felaketleştirme	2.453	3	320	.063
Diğerlerini Suçlama	2.667	3	320	.048*
Düşünceye Odaklanma	13.582	3	320	.000*
Yeniden Değerlendirme	4.128	3	320	.007*
Perspektif	6.574	3	320	.000*
Kabul	4.393	3	320	.005*
Kendini Suçlama	4.506	3	320	.004*
Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan	6.333	3	320	.000*

* = $p < .05$

Tablo 26'daki bulgulara göre Anksiyete, Somatizasyon, Planlama, Diğerlerini Suçlama, Düşünceye Odaklanma, Yeniden Değerlendirme, Perspektif, Kabul, Kendini Suçlama ve Bilişsel Duygu Düzenleme Toplam Puan değişkenlerinin kayıp üzerinden geçen süreye göre oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Diğer değişkenlerin ise kayıp üzerinden geçen süreye göre oluşturulan alt gruplarının varyansları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu açıdan varyansları arasında anlamlı fark olan değişkenleri çoklu karşılaştırmaları için Games Howell Testi, varyansları arasında anlamlı fark olmayan değişkenleri çoklu karşılaştırmaları için LSD Testi kullanılmıştır.

Levene Testi sonrasında kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri kayıp üzerinden geçen süreye göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) aşamasına geçilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Kayıp üzerinden geçen süreye göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	F	p	Fark
Anksiyete	A=6 Aydan Az	51	17.667	12.280	.533	.660	
	B=7 – 12 Ay	40	19.275	16.626			
	C= 13 – 24 Ay	87	16.149	12.189			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	17.103	13.153			

Somatizasyon	A=6 Aydan Az	51	13.392	5.706	1.111	.345	
	B=7 – 12 Ay	40	13.875	6.161			
	C= 13 – 24 Ay	87	12.080	5.743			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	12.219	7.255			
Planlama	A=6 Aydan Az	51	13.000	4.363	2.296	.078	
	B=7 – 12 Ay	40	13.050	4.132			
	C= 13 – 24 Ay	87	14.586	3.453			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	13.589	4.203			
Olumlu Yeniden Odaklanma	A=6 Aydan Az	51	9.569	3.796	3.684	.012*	A<B
	B=7 – 12 Ay	40	11.275	3.004			A<C
	C= 13 – 24 Ay	87	11.701	3.717			A<D
	D=24 Ay ve Üzeri	146	11.075	3.811			
Felaketleştirme	A=6 Aydan Az	51	10.941	3.921	.336	.799	
	B=7 – 12 Ay	40	10.450	3.980			
	C= 13 – 24 Ay	87	10.448	3.083			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	10.870	4.225			
Diğerlerini Suçlama	A=6 Aydan Az	51	9.647	3.515	1.563	.198	
	B=7 – 12 Ay	40	8.500	3.004			
	C= 13 – 24 Ay	87	9.253	3.810			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	8.651	3.177			
Düşünceye Odaklanma	A=6 Aydan Az	51	12.824	4.063	.854	.465	
	B=7 – 12 Ay	40	13.475	4.466			
	C= 13 – 24 Ay	87	13.977	2.774			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	13.479	4.646			
Yeniden Değerlendirme	A=6 Aydan Az	51	12.569	5.076	1.253	.291	
	B=7 – 12 Ay	40	12.925	4.422			
	C= 13 – 24 Ay	87	13.966	3.771			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	13.144	4.573			
Perspektif	A=6 Aydan Az	51	12.176	4.014	2.343	.073	
	B=7 – 12 Ay	40	13.500	4.597			
	C= 13 – 24 Ay	87	13.391	3.021			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	12.240	4.303			
Kabul	A=6 Aydan Az	51	12.549	4.230	2.367	.071	
	B=7 – 12 Ay	40	12.825	4.396			
	C= 13 – 24 Ay	87	14.115	2.863			
	D=24 Ay ve Üzeri	146	13.507	3.685			
Kendini Suçlama	A=6 Aydan Az	51	11.667	4.731	3.405	.018*	B<D
	B=7 – 12 Ay	40	10.200	3.252			
	C= 13 – 24 Ay	87	10.276	3.493			

	D=24 Ay ve Üzeri	146	11.767	4.394		
Bilişsel Duygu	A=6 Aydan Az	51	104.94	28.999	1.025	.382
Düzenleme	B=7 – 12 Ay	40	106.20	26.891		
Toplam Puan	C= 13 – 24 Ay	87	111.71	14.629		
	D=24 Ay ve Üzeri	146	108.32	25.516		

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, Grup = Kayıp Üzerinden Geçen Süre, * = $p < .05$

Tablo 27'deki bulgulara göre

- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında anksiyete puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 0.53, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında somatizasyon puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 1.11, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında planlama puanlarında anlamlı bir fark sınırda bulunmuş ancak anlamlı kabul edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 2.30, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında olumlu yeniden odaklanma puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 3.68, p < .05$). LSD Çoklu Karşılaştırma Testi, 6 aydan az süreli kayıp grubunun (Ort. = 9.57, SS. = 3.80) olumlu yeniden odaklanma puanlarının diğer tüm gruplardan (B: 11.28, C: 11.70, D: 11.08) anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir ($A < B, A < C, A < D$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında felaketleştirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 0.34, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında diğerlerini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 1.56, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında düşünceye odaklanma puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 0.85, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında yeniden değerlendirme puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 1.25, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında perspektif puanlarında anlamlı bir fark sınırda bulunmuş ancak anlamlı kabul edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 2.34, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında kabul puanlarında anlamlı bir fark sınırda bulunmuş ancak anlamlı kabul edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 2.37, p > .05$).
- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında kendini suçlama puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F_{(3, 320)} = 3.41, p < .05$). Games Howell Çoklu

Karşılaştırma Testi, 7-12 ay grubunun (Ort. = 11.10, SS. = 3.25) kendini suçlama puanlarının 24 ay ve üzeri grup (Ort. = 11.77, SS. = 4.39) ile anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir ($B < D$).

- Kayıp üzerinden geçen süre grupları arasında bilişsel duygu düzenleme toplam puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F_{(3, 320)} = 1.03, p > .05$).

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri kayıp süresince psikolojik yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunu tespit etmek amacıyla parametrik analiz yöntemlerinden Bağımsız Örneklem İÇİN t Test kullanılmıştır. Analiz öncesinde Levene Varyans Homojenliği Testi kullanılarak analiz varsayımları test edilmiştir. Sonrasında Bağımsız Örneklem İÇİN t Testi uygulanmıştır ve sonuçlar Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Kayıp Süresince Psikolojik Yardım Alma Durumuna Göre Bağımsız Örneklem İÇİN t Testi Sonuçları

	Grup**	N	Ort.	SS.	t	sd	p
Anksiyete	Almadım	285	16.568	12.966	-2.354	322	.019
	Aldım	39	21.846	14.289			
Somatizasyon	Almadım	285	11.947	6.166	-4.252	45.81	.000
	Aldım	39	17.128	7.259			
Planlama	Almadım	285	13.656	4.125	-.496	322	.620
	Aldım	39	14.000	3.554			
Olumlu Yeniden	Almadım	285	11.119	3.724	1.151	322	.251
Odaklanma	Aldım	39	10.385	3.843			
Felaketleştirme	Almadım	285	10.568	3.729	-1.593	45.07	.118
	Aldım	39	11.795	4.607			
Diğerlerini Suçlama	Almadım	285	8.930	3.474	-.297	322	.767
	Aldım	39	9.103	2.845			
Düşünceye	Almadım	285	13.470	3.985	-.394	45.02	.696
Odaklanma	Aldım	39	13.795	4.937			
Yeniden	Almadım	285	13.330	4.333	.907	322	.365
Değerlendirme	Aldım	39	12.641	5.209			
Perspektif	Almadım	285	12.723	3.966	.343	322	.732
	Aldım	39	12.487	4.418			
Kabul	Almadım	285	13.246	3.603	-2.515	322	.012
	Aldım	39	14.821	4.122			
Kendini Suçlama	Almadım	285	10.954	4.104	-2.400	322	.017
	Aldım	39	12.641	4.208			
Bilişsel Duygu	Almadım	285	107.996	23.809	-.898	322	.370
Düzenleme Toplam P.	Aldım	39	111.667	24.795			

Ort. = Ortalama, SS. = Standart Sapma, sd = Serbestlik Derecesi, ** = Kayıp Süresince Psikolojik Yardım Alma Durumu, * = $p < .05$

Tablo 28’deki bulgulara göre;

- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 21.85, SS. = 14.29) anksiyete puanları, yardım almayan bireylere göre (Ort. = 16.57, SS. = 12.97) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -2.35, p < .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 17.13, SS. = 7.26) somatizasyon puanları, yardım almayan bireylere göre (Ort. = 11.95, SS. = 6.17) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(45.81)} = -4.25, p < .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 14.00, SS. = 3.55) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 13.66, SS. = 4.13) planlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -0.50, p > .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 10.39, SS. = 3.84) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 11.12, SS. = 3.72) olumlu yeniden odaklanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 1.15, p > .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 11.80, SS. = 4.61) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 10.57, SS. = 3.73) felaketleştirme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(45.07)} = -1.59, p > .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 9.10, SS. = 2.85) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 8.93, SS. = 3.47) diğerlerini suçlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -0.30, p > .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 13.80, SS. = 4.94) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 13.13, SS. = 3.99) düşünceye odaklanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(45.02)} = -0.39, p > .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 12.64, SS. = 5.21) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 13.33, SS. = 4.33) yeniden değerlendirme puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 0.91, p > .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 12.49, SS. = 4.42) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 12.72, SS. = 3.97) perspektif puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = 0.34, p > .05$).

- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 14.82, SS. = 4.12) kabul puanları, yardım almayan bireylerden (Ort. = 13.25, SS. = 3.60) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -2.52, p < .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 12.64, SS. = 4.21) kendini suçlama puanları, yardım almayan bireylerden (Ort. = 10.95, SS. = 4.10) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -2.40, p < .05$).
- Kayıp sonrasında psikolojik yardım alan bireylerin (Ort. = 111.67, SS. = 24.80) ve yardım almayan bireylerin (Ort. = 107.99, SS. = 23.81) bilişsel duygu düzenleme toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t_{(322)} = -0.90, p > .05$).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1 Tartışma

İnsanlık tarihinin çeşitli dönemlerinde yaşanan büyük kayıplar, yalnızca bireylerin yaşamlarını değil, aynı zamanda toplumların sosyal, ekonomik ve psikolojik yapısını da derinden etkilemiştir. Kayıpların bireyler üzerindeki etkileri, özellikle anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri bağlamında incelenmeye değerdir. Kaybın bireyler için bir yas sürecini başlatması, bu süreçte ortaya çıkan psikolojik zorlukların ve bu zorluklarla baş etme stratejilerinin anlaşılmasını önemli hale getirmektedir.

Kayıplar, bireylerin yaşamlarında büyük değişimlere neden olmakla birlikte, duygusal ve bilişsel işleyişlerini de derinden etkileyebilir. Bu bağlamda, anksiyete düzeylerinin yükselmesi, kayıp sonrası yaşanan stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesine (somatizasyon) ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımına yol açabilir. Kayıp yaşayan bireylerin bu süreçte deneyimlediği zorluklar, yalnızca bireysel farklılıklarla değil, aynı zamanda demografik özellikler, sosyal çevre ve destek sistemleri gibi dışsal faktörlerle de şekillenebilir.

Bu araştırmada, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkileri ele alarak, bu değişkenlerin birbiriyle nasıl etkileşim içerisinde olduğunu anlamaya çalıştık. Araştırmada belirlenen hipotezler hem elde edilen bulgular hem de literatürdeki mevcut bilgiler ışığında değerlendirilmiş ve tartışılmıştır. Araştırmanın bulguları, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon ve duygu düzenleme stratejileri arasındaki karmaşık ilişkileri ortaya koyarak, bu sürecin bireysel ve toplumsal düzeyde ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Araştırmanın temelini oluşturan hipotezler aşağıda belirtilmiş olup, hem çalışma verileri hem de literatürdeki mevcut bilgiler doğrultusunda kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bu hipoteze ilişkin bulgular, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermektedir ($r = .650$, $p < .05$). Bu sonuç, anksiyetenin, bireylerin yaşadığı kayıpla ilişkili duygusal yükü somatik semptomlarla ifade etme eğilimini artırdığını

ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, anksiyete ve somatizasyonun birbirini besleyen bir döngü yaratabileceği düşünülmektedir.

Önceki araştırmalar, benzer sonuçlar elde etmiştir. Barsky (1992), somatizasyonun genellikle yüksek anksiyete düzeyleriyle ilişkilendirildiğini ve bu bireylerin fiziksel semptomları daha yoğun yaşadığını belirtmiştir. Daha güncel çalışmalarda, özellikle kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin, baş ağrısı, mide rahatsızlıkları ve yorgunluk gibi somatik semptomlarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Bayraktarlı & Kılıç, 2022). Bu bulgular, kayıp sonrası dönemde bireylerin anksiyeteyi fiziksel belirtilerle dışa vurduğunu desteklemektedir.

Araştırma, aynı zamanda bu ilişkinin kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme becerilerinden de etkilenebileceğini göstermektedir. Gross'un (2007) duygu düzenleme teorisine göre, bireyler olumsuz duyguları anlamlandırma ve yönetme becerisinde zorluk yaşadığında, bu durum fiziksel semptomlarla ifade edilmektedir. Bu çalışmada da kayıp yaşayan bireylerin somatizasyon düzeylerinin, anksiyeteye paralel olarak artış gösterdiği ve duygu düzenleme becerilerinin bu ilişkiyi etkileyebileceği görülmektedir.

Bu bulgular, psikolojik destek süreçlerinde somatizasyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Örneğin, kayıp yaşayan bireylere yönelik terapi yaklaşımlarında anksiyeteyi azaltmaya yönelik stratejiler geliştirilmesi, somatik semptomların şiddetini de azaltabilir. Ayrıca, bireylerin duygu düzenleme becerilerini geliştiren programlar hem anksiyete hem de somatizasyon üzerindeki olumsuz etkileri hafifletebileceği varsayılabilir.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırmanın bulguları, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Anksiyetenin, bireylerin duygusal düzenleme becerileri üzerindeki etkisi, özellikle felaketleştirme ($r = .441, p < .05$), düşünceye odaklanma ($r = .322, p < .05$) ve kendini suçlama ($r = .273, p < .05$) stratejileri üzerinden anlamlı şekilde ortaya konmuştur. Bu bulgu, anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin, daha mal adaptif (uyumsuz) duygu düzenleme stratejileri kullandığını ve bunun, kaygıyı daha da artırarak bir kısır döngü yarattığını göstermektedir.

Tespit edilen bulgular, literatürdeki önceki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Gross ve John (2003) tarafından önerilen duygu düzenleme modeli, bireylerin yaşadığı yoğun duygusal deneyimlerin, kullanılan düzenleme stratejilerine bağlı olarak şekillendiğini ifade etmektedir. Örneğin, olumsuz duygularla başa çıkmak için sıkça kullanılan felaketleştirme ve kendini suçlama stratejileri, bireyin kaygı düzeyini artırabilir ve duygusal yükü hafifletmek yerine yoğunlaştırabilir (Garnefski vd., 2001). Araştırmada, anksiyete düzeylerinin olumlu yeniden odaklanma stratejileri ile negatif bir ilişki göstermesi ($r = -.166, p < .05$), bireylerin kayıp sürecinde olumlu stratejilerden ziyade daha uyumsuz düzenleme mekanizmalarına yöneldiğini düşündürmektedir.

Duygu düzenleme becerileri, bireylerin yas sürecindeki psikolojik dayanıklılıklarını etkileyen önemli bir faktördür. Kaybın ardından bireyler, sıkça yoğun üzüntü, suçluluk, çaresizlik ve özlem gibi karmaşık duygular yaşar. Bu duyguların yoğunluğu, bireylerin kayıp karşısındaki duygusal düzenleme kapasiteleriyle ilişkilidir. Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer (2010), olumsuz duygularla başa çıkmak için kullanılan stratejilerin bireylerin psikolojik iyilik hallerini belirlediğini ve mal adaptif stratejilerin depresyon ve anksiyete riskini artırdığını belirtmiştir. Araştırmamız da bu sonuçları destekler niteliktedir ve kayıp yaşayan bireylerde duygu düzenleme becerilerinin, anksiyete düzeylerini anlamada önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın bulguları, anksiyete ve duygu düzenleme arasındaki ilişkinin bireysel farklılıklara göre değişebileceğini de ortaya koymaktadır. Örneğin, Yorulmaz (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüklerinin somatizasyon ve anksiyete ile pozitif bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Özellikle bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olduğu bireylerde bu ilişkinin daha belirgin hale geldiği belirtilmiştir. Bu durum, kayıp yaşayan bireylerin duygusal tepkilerini yönetme becerilerinde yaşadığı zorlukların, anksiyete düzeyini artırabileceğini göstermektedir.

Araştırmada, kayıp sürecinde duygu düzenleme becerilerinin rolünü vurgulayarak literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Özellikle, bireylerin olumlu duygu düzenleme stratejileri geliştirmesini destekleyen müdahaleler, kaygı düzeylerini azaltmada etkili olabilir. Mindfulness (farkındalık) temelli stres azaltma programları ve bilişsel davranışçı terapi, bireylerin duygu düzenleme becerilerini geliştirmek için etkili araçlar sunabilir

(Kabat-Zinn, 2003). Bunun yanı sıra, kayıp sürecinde destek grupları veya psikoeğitim programları aracılığıyla bireylerin daha sağlıklı stratejiler benimsemeleri teşvik edilebilir.

Bu çalışmada, duygu düzenleme stratejileri genel kategoriler üzerinden ele alınmış ve bireysel farklılıklar ayrıntılı olarak incelenmemiştir. Gelecekteki çalışmalarda, bireylerin demografik özellikleri, kişilik özellikleri ve kültürel bağlam gibi faktörlerin duygu düzenleme ve anksiyete ilişkisi üzerindeki etkisi daha detaylı şekilde araştırılabilir. Ayrıca, boylamsal çalışmalarla kayıp yaşayan bireylerde duygu düzenleme stratejilerinin zaman içerisindeki değişimi incelenebilir.

Dolayısıyla, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygu düzenleme stratejileri arasındaki anlamlı ilişki, bu bireylerin desteklenmesi gereken önemli bir alanı işaret etmektedir. Bu sonuçlar, terapi ve müdahale süreçlerinde daha sağlıklı duygu düzenleme stratejilerinin teşvik edilmesinin, bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırabileceğini varsayılır.

Kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme düzeyleri ile somatizasyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırma bulguları, kayıp yaşayan bireylerin duygu düzenleme becerileri ile somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Özellikle, duygu düzenleme güçlükleri yaşayan bireylerin somatik semptomlar deneyimleme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, duygusal deneyimlerin yeterince işlenememesi ve ifade edilememesinin, fiziksel belirtiler şeklinde dışavurumuna işaret ettiği varsayılabilir.

Literatürde, duygu düzenleme güçlükleri ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi destekleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Çelik (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisi incelenmiş ve travmatik deneyimlerin artmasıyla birlikte duygu düzenleme güçlüklerinin de arttığı saptanmıştır. Bu durum, erken dönem yaşantıların duygusal işleme süreçleri üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

Somatizasyonun duygusal farkındalık eksikliği ve duyguları bastırma eğilimiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Duyguları bastırma şeması, bireylerin duygusal ifadelerini engellemelerine ve bu duyguların bedensel semptomlar olarak ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu bağlamda, Kilimci (2022) tarafından yapılan bir çalışma, duyguları bastırma

şeması, duygu düzenleme becerileri ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi incelemiş ve duyguları bastırmanın somatizasyonla pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Duygu düzenleme becerilerindeki yetersizlikler, bireylerin yaşadığı olumsuz duyguları işleyememesine ve bu duyguların bedensel semptomlar şeklinde ifade edilmesine yol açabilir. Özellikle, duygusal farkındalık eksikliği ve duyguları bastırma eğilimi, somatizasyon belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Bu bağlamda, duygu düzenleme güçlükleri yaşayan bireylerin, somatik şikayetler geliştirme olasılığı daha yüksektir.

Bu bulgular, psikolojik müdahalelerde duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Özellikle, duygusal farkındalığı artırmaya yönelik Mindfulness (bilinçli farkındalık) temelli müdahaleler ve duygusal ifadeyi teşvik eden terapötik yaklaşımlar, somatizasyon belirtilerinin azaltılmasında etkili olabilir. Ayrıca, bireylerin duygusal deneyimlerini tanıma, anlama ve ifade etme becerilerini geliştirmek, somatik semptomların önlenmesinde kritik bir rol oynayabilir.

Özet olarak, duygu düzenleme becerileri ve somatizasyon arasındaki ilişki genel hatlarıyla ele alınmıştır. Gelecekteki araştırmalar, farklı demografik gruplarda ve klinik örneklemelerde bu ilişkinin nasıl değiştiğini inceleyebilir. Ayrıca, boylamsal çalışmalarla duygu düzenleme becerilerindeki değişimlerin somatizasyon üzerindeki etkisi değerlendirilebilir.

Kayıp yaşayan bireylerde duygu düzenleme becerileri ile somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişki, duygusal deneyimlerin işlenmesi ve ifade edilmesinin fiziksel sağlık üzerindeki etkisini göstermektedir. Bu bulgular, psikolojik müdahalelerde duygusal farkındalık ve ifade becerilerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerinin hem somatizasyon düzeyleri hem de duygu düzenleme stratejileri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Anksiyetenin somatizasyon düzeyleri üzerindeki etkisi, yüksek bir korelasyon ($\beta = .650$, $p < .05$) ile ortaya konulmuş ve anksiyete düzeylerinin somatizasyon varyansının %42'sini açıkladığı görülmüştür. Benzer şekilde, anksiyete

düzeylerinin duygu düzenleme stratejilerinden özellikle felaketleştirme ($\beta = .441, p < .05$) ve düşünceye odaklanma ($\beta = .322, p < .05$) üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur.

Bu bulgular, literatürde anksiyetenin bireylerin psikolojik işleyişi üzerindeki çok yönlü etkilerine dair mevcut bilgilerle tutarlılık göstermektedir. Örneğin, Kazdin ve Blase (2011) anksiyetenin, bireylerin bilişsel ve duygusal süreçlerini etkileyerek, hem uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin hem de somatik şikayetlerin artışına yol açtığını ifade etmektedir. Bu durum, bireylerin kayıpla başa çıkma süreçlerinde daha fazla duygusal ve fiziksel zorlanma yaşadıklarını göstermektedir.

Somatizasyon, bireyin yaşadığı duygusal sıkıntıları fiziksel belirtilerle ifade ettiği bir süreç olarak tanımlanır (Kroenke vd., 2002). Araştırmamızda, anksiyete düzeyleri ile somatizasyon arasında güçlü bir ilişki bulunması, bu mekanizmanın kayıp yaşayan bireylerde sıkça görüldüğünü desteklemektedir. Özellikle yüksek anksiyete düzeylerine sahip bireylerde, duygusal yüklerin somatik semptomlarla ifade edilmesi daha yaygın bir durumdur. Bu bulgu, Barsky (1992) ve Prigerson (2009) tarafından yapılan çalışmalarda ortaya konan sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Anksiyetenin duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisi, bireylerin kullandığı stratejilere göre farklılık göstermektedir. Araştırmamızda, anksiyete düzeylerinin uyumsuz stratejiler olan felaketleştirme ve kendini suçlama üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur. Bu stratejiler, bireylerin olumsuz duygusal deneyimlerini daha yoğun şekilde yaşamalarına neden olabilir. Öte yandan, olumlu yeniden odaklanma gibi adaptif stratejilerle anksiyete düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum, bireylerin duygusal sıkıntılarla başa çıkarken kullandıkları stratejilerin, anksiyete düzeylerini artırıcı ya da azaltıcı etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

Literatürde, anksiyetenin duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, benzer sonuçlara ulaşmıştır. Örneğin, Thompson (2011), anksiyetenin duygu düzenleme süreçlerinde bilişsel işlevselliği olumsuz etkilediğini ve bu durumun uyumsuz stratejilerin kullanımını artırdığını ifade etmiştir. Ayrıca, Sheppes ve Gross (2011) tarafından yapılan çalışmada, yüksek anksiyete düzeyine sahip bireylerin duygusal bilgiyi işleme ve yönetme kapasitelerinde önemli zorluklar yaşadığı belirtilmiştir. Araştırmamız bu teorik çerçeveleri desteklemekte ve anksiyetenin bireylerin duygu düzenleme stratejileri üzerindeki karmaşık etkilerini göstermektedir.

Bu bulgular, kayıp yaşayan bireylerde hem psikolojik hem de fiziksel belirtileri hedefleyen çok yönlü müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Özellikle yüksek anksiyete düzeyine sahip bireyler için uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini azaltmayı ve daha adaptif stratejiler geliştirmeyi amaçlayan terapötik yaklaşımlar önerilebilir. Örneğin, bilişsel yeniden yapılandırma ve farkındalık temelli stres azaltma programları, bireylerin anksiyetelerini azaltmada ve daha sağlıklı duygu düzenleme stratejileri geliştirmelerinde etkili olabilir.

Bu çalışmada, anksiyetenin somatizasyon ve duygu düzenleme üzerindeki etkileri kesitsel bir yöntemle incelenmiştir. Gelecekteki çalışmalarda, bu değişkenlerin uzun vadede nasıl bir etkileşim içerisinde olduğu boylamsal bir tasarımla ele alınabilir. Ayrıca, farklı demografik gruplarda bu ilişkilerin nasıl değiştiğini incelemek, daha geniş bir anlayış geliştirilmesine olanak sağlayabilir.

Sonuç olarak, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu bulgular, bireylerin psikolojik destek süreçlerinde hem anksiyeteyi hem de duygu düzenleme becerilerini ele almanın önemini gösterdiği düşünülmektedir.

Somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyi, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyleri, bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu (Ort. = 16.83, SS. = 6.33) ve düşük anksiyete grubuna göre (Ort. = 9.20, SS. = 4.34) anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($t(240.80) = -12.31, p < .05$). Benzer şekilde, duygu düzenleme stratejilerinde de gruplar arasında belirgin farklılıklar bulunmuştur. Özellikle felaketleştirme ($t(276.40) = -7.08, p < .05$) ve olumlu yeniden odaklanma ($t(322) = 3.61, p < .05$) stratejileri, düşük ve yüksek anksiyete gruplarında anlamlı düzeyde farklılaşmıştır.

Somatizasyon, bireylerin duygusal sıkıntılarını fiziksel semptomlar yoluyla ifade ettiği bir durumdur (Kroenke vd., 2002). Araştırmamızda, yüksek anksiyete düzeyine sahip bireylerin somatizasyon belirtilerinin belirgin bir şekilde daha yoğun olduğu görülmüştür. Bu sonuç, yüksek anksiyetenin, bireylerin duygusal yüklerini fiziksel belirtilerle

dışavurma eğilimini artırdığını göstermektedir. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmaktadır. Örneğin, Van Houdenhove ve arkadaşları (2005), kronik anksiyetenin, bireylerin somatik semptomları daha sık deneyimlemesine neden olduğunu belirtmiştir.

Araştırmamız, duygu düzenleme stratejilerinin, bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını ortaya koymaktadır. Yüksek anksiyete düzeyine sahip bireylerin, felaketleştirme (Ort. = 12.34, SS. = 3.92) ve düşünceye odaklanma (Ort. = 14.74, SS. = 4.65) gibi uyumsuz stratejileri daha sık kullandığı görülmüştür. Buna karşın düşük anksiyete grubundaki bireyler, olumlu yeniden odaklanma (Ort. = 11.69, SS. = 3.64) gibi adaptif stratejileri daha fazla kullanma eğilimindedir. Bu bulgular, Gross'un (2007) duygu düzenleme teorisi ile uyum göstermektedir. Teori, bireylerin olumsuz duygularla başa çıkmak için kullandıkları stratejilerin, psikolojik sağlık üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ifade etmektedir.

Van der Does ve arkadaşları (2013), yüksek anksiyete düzeyine sahip bireylerin, duygu düzenleme stratejileri arasında daha sık uyumsuz yöntemlere yöneldiğini ve bu stratejilerin duygusal sıkıntıyı artırarak bir kısır döngü oluşturduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde, Sheppes ve Gross (2011), anksiyetenin bireylerin bilişsel süreçlerini olumsuz etkileyerek, daha sağlıksız stratejiler benimsemelerine yol açtığını vurgulamıştır. Araştırmamızda elde edilen bulgular, bu teorik çerçeveleri desteklemekte ve bireylerin duygu düzenleme stratejilerinin, anksiyete düzeylerine göre farklılaştığını ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, psikolojik müdahale süreçlerinde bireylerin anksiyete düzeyine uygun stratejilerin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Özellikle yüksek anksiyete düzeyine sahip bireylerde, felaketleştirme ve düşünceye odaklanma gibi uyumsuz stratejilerin yerine, olumlu yeniden odaklanma ve yeniden değerlendirme gibi adaptif stratejilerin benimsenmesi teşvik edilmelidir. Bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık temelli müdahaleler, bu tür stratejilerin geliştirilmesi için etkili araçlar sunabilir.

Bu çalışmada, duygu düzenleme stratejileri genel düzeyde ele alınmış olup, bireylerin kişisel özellikleri ve kültürel bağlamlar ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir. Gelecekteki araştırmalarda, bireylerin demografik ve kültürel özelliklerinin, duygu düzenleme ve somatizasyon üzerindeki etkileri daha ayrıntılı bir şekilde ele alınabilir.

Ayrıca, boylamsal çalışmalarla bireylerin anksiyete düzeylerindeki değişimlerin duygu düzenleme stratejileri üzerindeki etkisi incelenebilir.

Sonuç olarak, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeyleri, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeylerine göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bu bulgular, bireylerin psikolojik destek süreçlerinde anksiyete ve duygu düzenleme stratejilerinin bir arada ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Kayıp yaşayan bireylerin anksiyete düzeyleri, somatizasyon düzeyleri ve duygu düzenleme becerileri, demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

Araştırma sonuçları, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme becerilerinin demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi değişkenlerin bu faktörler üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Örneğin, kadın bireylerin somatizasyon düzeylerinin erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yaş grupları arasında anksiyete düzeylerinde belirgin farklılıklar gözlenmiş ve genç bireylerin daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Demografik faktörlerin psikolojik belirtiler üzerindeki etkisi, literatürde geniş bir şekilde ele alınmıştır. Kadın bireylerin daha yüksek somatizasyon düzeylerine sahip olması, kadınların duygusal deneyimlerini fiziksel semptomlarla ifade etmeye daha yatkın olduklarını gösteren önceki araştırmalarla uyumludur (Nolen-Hoeksema, 2012). Ayrıca, medeni durumun da anksiyete ve somatizasyon üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bekar bireylerin anksiyete düzeylerinin evli bireylerden daha yüksek olduğu ve bunun, sosyal destek eksikliği ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

Araştırmada elde edilen bulgular, duygu düzenleme stratejilerinin de demografik özelliklere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kadın bireylerin, felaketleştirme ve kendini suçlama gibi uyumsuz stratejilere daha sık başvurduğu, erkek bireylerin ise olumlu yeniden odaklanma gibi adaptif stratejileri daha fazla kullandığı görülmüştür. Ayrıca, yaşın duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisi de dikkat çekicidir. Daha genç bireylerin, duygusal zorluklar karşısında daha uyumsuz stratejiler kullandığı ve yaş ilerledikçe daha adaptif stratejilere yöneldiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu, bireylerin yaşla birlikte duygu düzenleme becerilerinde gelişim gösterdiğini öne süren çalışmaları desteklemektedir (Zimmer-Gembeck ve Skinner, 2011).

Demografik özelliklerin psikolojik belirtiler üzerindeki etkisini inceleyen literatür, çalışmamızda elde edilen bulgularla uyumluluk göstermektedir. Örneğin, Matud (2004), kadınların stresle başa çıkmada daha duygusal yöntemlere başvurduğunu ve bu durumun daha yüksek somatizasyon düzeyleriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Cohen ve arkadaşları (1985) tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda bireylerin anksiyete düzeylerinin arttığı ifade edilmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgular, bu teorik yaklaşımları desteklemekte ve demografik faktörlerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, kayıp yaşayan bireylerde psikolojik belirtileri ele alırken demografik özelliklerin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Özellikle kadın bireylerin somatizasyon düzeylerini azaltmaya yönelik müdahaleler, bu grubun ihtiyaçlarına uygun şekilde tasarlanmalıdır. Ayrıca, genç bireylerde duygu düzenleme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen psikoeğitim programları, daha sağlıklı stratejilerin benimsenmesini sağlayabilir. Sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik toplumsal girişimler de, anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olabilir.

Bu çalışmada, demografik özellikler genel düzeyde ele alınmış ve kültürel bağlamlar detaylı olarak incelenmemiştir. Gelecekteki araştırmalarda, farklı kültürel gruplarda bu ilişkilerin nasıl değiştiğini incelemek, literatüre önemli katkılar sağlayabilir. Ayrıca, boylamsal araştırmalarla bireylerin yaşam döngüsünde demografik özelliklerin psikolojik belirtiler üzerindeki etkisinin nasıl değiştiği değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, kayıp yaşayan bireylerin anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık göstermesi, psikolojik müdahalelerde bireysel farklılıkların dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Bu bulgular, daha etkili ve kişiselleştirilmiş destek süreçlerinin geliştirilmesi için önemli bir rehber sunmaktadır.

Araştırma bulguları, kayıp yaşayan bireylerde duygusal düzenleme süreçlerinin yalnızca psikolojik sağlık açısından değil, aynı zamanda fiziksel sağlık üzerinde de doğrudan etkili olduğunu göstermiştir. Özellikle yüksek anksiyete düzeylerinin, somatik semptomların ortaya çıkmasında güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuştur. Bu durum, anksiyetenin yönetilemediği durumlarda, bireylerin yaşam kalitesinin hem psikolojik hem de fiziksel düzeyde ciddi şekilde düşebileceğini ortaya koymaktadır.

Demografik özellikler de bu süreçlerde belirleyici bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle kadın bireylerde daha yüksek somatizasyon belirtilerine rastlanması, bu grubun duygusal zorluklarını fiziksel belirtilerle ifade etme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Genç bireylerin ise duygu düzenleme becerilerinde daha uyumsuz stratejilere yöneldiği ve bu durumun hem anksiyete hem de somatizasyon düzeylerini artırdığı görülmüştür.

4.2 Sonuç ve Öneriler

Araştırma bulguları ışığında, kayıp yaşayan bireylerin desteklenmesi için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

Psikolojik Müdahalelerde Anksiyeteye Yönelik Stratejiler Geliştirilmesi:

- Yüksek anksiyete düzeyine sahip bireyler için, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılarak anksiyeteyi azaltmaya yönelik müdahaleler yapılmalıdır. Özellikle kayıpla ilişkili düşüncelerin yeniden çerçevelendirilmesi, bireylerin duygusal yüklerini hafifletebilir.
- Farkındalık temelli stres azaltma programları, bireylerin anksiyetelerini daha etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir.

Duygu Düzenleme Becerilerinin Geliştirilmesi:

- Uyumsuz stratejilerden (ör. felaketleştirme, kendini suçlama) uzaklaşmayı teşvik eden terapi yaklaşımları kullanılmalıdır. Örneğin, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını fark etmelerini ve bunları daha işlevsel stratejilerle değiştirmelerini sağlayan bilişsel davranışçı terapi, etkili bir araç olabilir.
- Grup terapileri veya destek grupları aracılığıyla bireylerin duygularını paylaşmaları ve anlamlandırmaları teşvik edilmelidir. Bu tür ortamlar, bireylerin yalnız olmadıklarını hissetmelerine ve daha adaptif stratejiler geliştirmelerine olanak tanır.

Somatizasyonun Azaltılmasına Yönelik Müdahaleler:

- Fiziksel şikayetlerin kaynağının duygusal boyutlarını ele alan psikosomatik terapi yaklaşımları kullanılmalıdır. Bireylerin somatik semptomlarını anlamlandırmalarına ve duygusal yüklerini daha sağlıklı yollarla ifade etmelerine yardımcı olunabilir.

- Bireylerin fiziksel semptomlarının altında yatan duygusal nedenleri anlamalarına yönelik farkındalık çalışmaları yapılabilir.

Demografik Özelliklere Uygun Destek Programlarının Tasarlanması:

- Kadın bireylerin daha yüksek somatizasyon belirtileri göstermesi göz önüne alınarak, bu gruba yönelik özel müdahale programları geliştirilebilir. Örneğin, kadınlara yönelik destek grupları oluşturularak, kayıp sürecinde yaşadıkları duygusal yükleri paylaşmaları teşvik edilebilir.
- Genç bireylerde adaptif duygu düzenleme becerilerini geliştirmek amacıyla psikoeğitim programları düzenlenmelidir. Bu programlar, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini artırmayı hedefleyebilir.

Toplumsal Destek Sistemlerinin Güçlendirilmesi:

- Kayıp yaşayan bireylere yönelik sosyal destek hizmetleri artırılmalıdır. Özellikle yalnız bireylerin desteklenmesi için toplum temelli programlar geliştirilebilir.
- Psikolojik ilk yardım programları ile bireylerin kayıp sonrası dönemde hızlı destek alması sağlanabilir.

Gelecekteki Araştırmalara Yönelik Öneriler:

- Boylamsal araştırmalar ile anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme stratejilerinin zaman içindeki değişimi incelenmelidir.
- Kültürler arası çalışmalar yapılarak, farklı kültürel bağlamların bu ilişkiler üzerindeki etkisi araştırılabilir.
- Farklı terapi modellerinin (ör. farkındalık temelli terapi, çözüm odaklı terapi) etkisi deneysel tasarımlarla test edilebilir.

Son olarak klinisyenler için öneriler şunlar olabilir:

Bütüncül bir değerlendirme yaklaşımı benimseyin: Kayıp yaşayan bireylerin psikolojik durumlarının yanı sıra fiziksel semptomlarını da değerlendirin. Anksiyete ve somatizasyonun sıklıkla birbiriyle ilişkili olduğunu göz önünde bulundurarak, psikosomatik değerlendirmeyi rutin bir uygulama haline getirin.

Uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini tespit edin: Felaketleştirme veya kendini suçlama gibi stratejileri sıklıkla kullanan bireylerin, bu yaklaşımlarını fark etmelerine yardımcı olun. Bu bireyleri, daha adaptif duygu düzenleme yöntemlerine yönlendiren psikoeğitim programlarına dahil edin.

Farkındalık temelli müdahaleler uygulayın: Mindfulness (bilinçli farkındalık) ve bilişsel davranışçı terapi gibi yöntemlerle bireylerin hem anksiyetelerini hem de duygu düzenleme becerilerini geliştirmelerine destek olun. Bu tür müdahaleler, somatizasyon belirtilerini azaltmada da etkili olabilir.

Sonuç olarak, bu araştırma, kayıp yaşayan bireylerde anksiyete, somatizasyon ve duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkilerin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, bireylerin psikolojik destek süreçlerinde daha kapsamlı ve bireyselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle duygu düzenleme becerilerinin güçlendirilmesi ve anksiyete yönetimine odaklanan stratejiler, bireylerin kayıp sonrası iyilik hallerinin artırılmasında kritik bir rol oynayacaktır.

KAYNAKLAR

- A, Campbell, S., Magee, K. ve Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV somatization disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(1), 28–36.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S. ve McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491–499.
- Aday, L. (1996). *The quality of life in health care: Concepts and methodology*. Springer.
- Akbaş, M. ve Karancı, A. N. (2012). Anksiyete bozukluklarına kognitif-davranışçı yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 377-399.
- Aksoy-Poyraz, C., Aktaş, H. ve Üstün, G. (2015). Anksiyete bozukluklarının farmakoterapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 287-303.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Alden, L. E. ve Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 857–882.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Anderson, E. ve Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 4(27), 1–4.
- Atak, M. ve Atak, Z. (2022). Yakınlarının ölümünün birey üzerindeki psikolojik etkileri. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 12(4), 1913-1927.
- Atak, Z. (2020). Ölüm algısının bireydeki terapötik etkisi. Erciyes Üniversitesi.
- Atkinson, R. L. ve Atkinson, R. C. (1999). *Psikolojiye giriş* (Y. N. Yüksel, S. Arkonaç ve D. Derman, Çev.). Arkadaş Yayınevi.
- Averill, J. R. (1980). A constructivist view of emotion. *Emotion: Theory, Research, and Experience*, 1, 305–339.
- Aydın, O. ve Kurdoğlu, F. (2012). Anksiyete bozuklukları ve duygudurum düzenleyici stratejiler. *Yeni Symposium*, 50(4), 206-211.
- Balcı, A. (2010). *Sosyal bilimlerde araştırma: Yöntem, teknik ve ilkeler* (8. baskı). Pegem Akademi.
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T. ve Wittchen, H. U. (2011). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 397–403.
- Ballenger, J. C. (1999). Current treatments of the anxiety disorders in adults. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1579–1594.

- Bandelow, B. ve Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Bandelow, B., Michaelis, S. ve Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J. ve van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barsky, A. J. ve Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910–921.
- Barsky, A. J. ve Borus, J. F. (1999). Somatization and medicalization in the era of managed care. *Journal of the American Medical Association*.
- Barsky, A. J., Orav, E. J. ve Bates, D. W. (2001). Somatization increases medical utilization and costs independent of a psychiatric diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 58(9), 874–880.
- Baştürk, R. (2010). *Bütün yönleriyle SPSS örnekli nonparametrik istatistiksel yöntemler*.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. ve Whiteford, H. A. (2014). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897–910.
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J. ve Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, 44(11), 2363–2374.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. ve Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1988). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Beesdo, K., Knappe, S. ve Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A. ve van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.

- Bonanno, G. A. ve Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Bonanno, G. A. ve Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705–734.
- Bonanno, G. A., Westphal, M. ve Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B. ve Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260–271.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J. ve Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. Basic Books.
- Briere, J. ve Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Sage Publications.
<https://doi.org/10.4135/9781452230484>
- Brown, A. (2019). The role of physical activity in managing anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 93-101.
- Brown, A. ve Jones, B. (2015). Analyzing relational patterns in social networks. *Social Science Quarterly*, 20(4), 567-580.
- Brown, C. ve Miller, D. (2016). The process model of interpersonal strategies. *Communication Studies Quarterly*, 22(4), 301-319.
- Campbell-Sills, L. ve Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 542-559). Guilford Press
- Campbell-Sills, L. ve Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 242–255.
- Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M. ve Kelleher, K. J. (2004). Somatization in pediatric primary care: Association with psychopathology. *Pediatrics*.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American Journal of Psychology*, 39(1/4), 106–124.
- Caruso, D. R. ve Salovey, P. (2004). *The emotionally intelligent manager: How to develop and use the four key emotional skills of leadership*. Jossey-Bass.

- Carver, C. S. ve Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge University Press.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T. ve Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68-82.
- Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Clark, D. M. ve Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope ve F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.
- Clark, L. A. ve Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336.
- Cloninger, C. R. (1987). *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. Oxford University Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. ve Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310.
- Collins, N. L. ve Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053–1073.
- Collins, N. L. ve Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 363–383.
- Craig, T. J. (1990). Persistent physical symptoms after emotional trauma: Psychosomatic effects or somatization? *Psychosomatics*, 31(2), 141–148. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(90\)72184-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72184-9)
- Craig, T. K. J. (1990). Somatic symptoms and psychological distress: An overview. *Psychosomatic Medicine*.
- Craske, M. G. ve Barlow, D. H. (2008). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook*. Oxford University Press.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S. ve Zinbarg, R. E. (2008). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 25(12), 1066–1075.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S. ve Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, 26(12), 1066–1085.
- Creed, F., Guthrie, E. ve Fink, P. (2011). Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 516–521.

- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. ve Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27.
- Çakmak, A. F. ve Çevik, E. I. (2010). Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management*, 4(10), 2097-2102.
- Çam, O., Dönmez, M. A. ve Yılmaz, M. (2013). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde biyolojik yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(2), 160-167.
- Çelik, K. (2020). Çocukluk çağı travmasının duygu düzenleme, psikopatoloji ile ilişkisi. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum / Education and Society in the 21st Century*.
- Çolak, G. V. ve Hocaoglu, Ç. (2021). Kayıp ve yas: Bir gözden geçirme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1), 56-62.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. Putnam Publishing.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. John Murray.
- Davidson, R. J. (2002). Anxiety and affective style: Role of prefrontal cortex and amygdala. *Biological Psychiatry*, 51(1), 68-80.
- Davis, C. G. (2006). The effect of ruminative thinking on the intensity of grief. *Death Studies*, 30(5), 431-452.
- Davis, C. G. (2006). The impact of individual differences and situational factors on coping and bereavement outcome. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 481.
- Davis, C. G. ve Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44(5), 726-741.
- Decety, J. ve Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Derogatis, L. R. ve Lipman, R. S. (1974). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 124(583), 280-289.
- Dunbar, H. F. (1954). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on psychosomatic interrelationships*. Columbia University Press.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6(3-4), 169-200.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Escobar, J. I., Burnam, A., Karno, M., Forsythe, A. ve Golding, J. M. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*.

- Etkin, A., Büchel, C. ve Gross, J. J. (2010). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(3), 179–190.
- Etkin, A., Egner, T. ve Kalisch, R. (2010). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(2), 85–93.
- Eysenck, M. W. ve Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition & Emotion*, 6(6), 409–434.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications.
- Fink, A. (2003). *How to ask survey questions*. Sage Publications.
- Foa, E. B., Keane, T. M. ve Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26(3), 309–317.
- Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defence. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume III*. Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). Repression. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 14, 141–158.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms, and anxiety. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 20, 75–174.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. W. W. Norton and Company.
- Freud, S. ve Breuer, J. (1895). *Studies on hysteria*. Basic Books.
- Garnefski, N. ve Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version. *Personality and Individual Differences*, 41, 1045–1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 1246–1259.
- Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327.
- Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. Northwestern University Press.
- 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(1), 31–65.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.

- Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. *Assessment*, 18(1), 27–41.
- Greenberg, J. R. ve Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Greenberg, J. R. ve Mitchell, S. A. (2002). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291.
- Gross, J. J. (2003). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In *Handbook of affective sciences* (pp. 217–234). Oxford University Press.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. In *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 497–512). Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gross, J. J. ve John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. ve Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- Grove, S. K., Burns, N. ve Gray, J. R. (2004). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Gureje, O., Simon, G. E. ve Ustun, T. B. (1997). Somatization in cross-cultural perspective. *Psychosomatic Medicine*.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F. ve Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Hansson, R. O. ve Stroebe, M. S. (2007). *Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences*. American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. ve Wilson, K. G. (2006). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

- Henningsen, P., Zipfel, S. ve Herzog, W. (2003). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 362(9396), 1517–1524.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. ve Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578.
- Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. American Psychological Association.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hofmann, S. G. ve Asnaani, A. (2010). Cultural aspects in social anxiety and its treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623–630.
- Hofmann, S. G. ve Smits, J. A. (2012). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(4), 498–504.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. ve Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders*. Psychiatry Press.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. ve Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188-205.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. Macmillan.
- Jones, B. (2017). Seeking reassurance in anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 23-34.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Karaşar, B. ve Öğülmüş, S. (2016). Duygu düzenleme: Tanımı, stratejileri ve psikolojik sağlamlıkla ilişkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(45), 60-71.
- Katon, W., Sullivan, M. ve Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 917–925.
- Kazantzis, N., Whittington, C. ve Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144-156.
- Kazdin, A. E. ve Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37.

- Keltner, D. ve Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognition and Emotion*, 13(5), 505-521.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M. ve Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837-841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Kendler, K. S., Walters, E. E. ve Truett, K. R. (1991). Genetic and environmental influences on somatization: A twin study. *American Journal of Psychiatry*.
- Kersting, A., Braehler, 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.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. ve Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kilimci, A. (2022). *Duyguları bastırma şeması, duygu düzenleme becerileri ve somatizasyon arasındaki ilişkinin incelenmesi*. İstanbul Kent Üniversitesi.
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(13), 22-28.
- Kirmayer, L. J. ve Looper, K. J. (2006). Abnormal illness behaviour: Physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 54-60.
- Kirmayer, L. J. ve Looper, K. J. (2006). Somatic symptoms: Social, cultural, and psychological perspectives. *Psychosomatic Medicine*.
- Kirmayer, L. J. ve Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*.
- Klass, D., Silverman, P. R. ve Nickman, S. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor and Francis.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China*. Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Yale University Press.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41.
- Köknel, Ö. (1998). *Kaygıdan mutluluğa kişilik*. Altın Kitaplar.

- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 34–43.
- Kroenke, K. ve Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and medically unexplained symptoms: A critical review of controlled clinical trials. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 654–662.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. ve deGruy, F. V. (1994). Symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. ve Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. ve Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Routledge.
- Kübler-Ross, E. ve Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D. ve Butterworth, P. (2015). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1723–1734.
- Leary, M. R. (2010). Affiliation, acceptance, and belonging: The pursuit of interpersonal connection. In *Handbook of social psychology* (5th ed., Vol. 2, pp. 864–897). John Wiley and Sons.
- LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H. U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T. ve Craske, M. G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148–167.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155–184.
- Leijssen, M. (2006). Focusing-oriented therapy: A case study. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(1), 41–56.
- Levenson, J. L. (2006). Psychiatric issues in the treatment of patients with somatic symptoms. *American Journal of Medicine*, 119(9), 840–844.
- Lieb, R., Becker, E. ve Altamura, C. (2007). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445–452.

- Lieb, R., Pfister, H. ve Wittchen, H. U. (2007). Somatoform disorders and associated characteristics in a representative sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. ve Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 729–736.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Maccallum, F. ve Bryant, R. A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 713–727.
- 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.
- Malkinson, R. (2009). *Bilişsel yas terapisi: Bir yakını kaybettikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma* (S. N. Akbaş, Çev.). Boylam Psikiyatri Enstitüsü, HYB Basım Yayın.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. Van Nostrand.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H. ve Nakagawa, S. (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925–937.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity, and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035.
- Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene $\times$ environment interactions. *Child Development*, 81(1), 41–79.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. ve Fresco, D. M. (2007). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2524–2532.
- Mestçioğlu, Ö. ve Sorgun, E. (2003). Travmatik yas. In T. Aker & M. E. Önder (Eds.), *Psikolojik travma ve sonuçları* (pp. 179–193). 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Miller, C. (2020). Hypervigilance in anxiety disorders: Mechanisms and interventions. *Clinical Psychology Review*, 76, 101–112.
- Monroe, S. M. ve Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*.

- Nardi, A. E., Valena, A. M., Nascimento, I., Lopes, F. L. ve Mezzasalma, M. A. (2014). Panic disorder and social anxiety disorder subtypes in a caffeine challenge test. *Psychiatry Research*, 216(1), 73-78.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: Management*. NICE Guidelines.
- Neimeyer, R. A. (2000). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 36(10), 899-915.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541–558.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2012). Constructivist psychotherapy, meaning reconstruction, and the experience of loss. In L. G. Castonguay and C. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 170-185). American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2012). Meaning reconstruction in the wake of loss: Evolution of a research program. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Neimeyer, R. A., Harris, D. L., Winokuer, H. R. ve Thornton, G. F. (2014). *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. Routledge.
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Newman, M. G., Llera, S. J. ve Erickson, T. M. (2013). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(1), 17–26.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A. ve Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275–297.
- Niven, K., Totterdell, P. ve Holman, D. (2009). A classification of controlled interpersonal affect regulation strategies. *Emotion*, 9(4), 498–509.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In *Handbook of bereavement research*.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Noyes, R., Stuart, S. P. ve Watson, D. B. (1994). A reconceptualization of the somatization construct. *Comprehensive Psychiatry*.
- Olgun-Özpolat, T. ve Yüksel, Ş. (2001). Yakınlarını kaybeden kişilerin ruhsal durumlarının ve yas tepkilerinin karşılaştırılması. *Toplum ve Bilim*, 90, 41-69.
- Padesky, C. A. ve Mooney, K. A. (1990). Presenting the cognitive model to clients: A case example. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(3), 208-221.

- Parker, G., Gladstone, G. ve Chee, K. T. (2001). Depression in the planet's largest ethnic group: The Chinese. *American Journal of Psychiatry*.
- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. International Universities Press.
- Parkes, C. M. ve Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). Penguin.
- Parkes, C. M. ve Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. Basic Books.
- Pearson, K. (1896). Mathematical contributions to the theory of evolution—on the reconstruction of the material universe. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, 187, 713-736.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
- Perry, W., Minassian, A., Lopez, B., Maron, L. ve Lincoln, A. (2010). Sensorimotor gating deficits in adults with autism spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 67(6), 631–638.
- Pilkonis, P. A. ve Frank, E. (1988). The role of somatic symptoms in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 899-905.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. ve Morgan, C. (2011). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32(5), 763–782.
- Plutchik, R. (2001). The nature of emotions. *American Scientist*, 89(4), 344-350.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N. ve Jacobs, S. (1995). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 531–537.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.
- Rapee, R. M. ve Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement: A handbook for the caring professions*. Basic Books.
- Reeck, C., Ames, D. R. ve Ochsner, K. N. (2016). The social regulation of emotion: An integrative, cross-disciplinary model. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(1), 47-63.
- Reis, H. T., Clark, M. S. ve Holmes, J. G. (2000). Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and closeness. In *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 201–225). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rickels, K. ve Rynn, M. (2002). Buspirone: New uses and review of the clinical trials. *Neuropsychobiology*, 46(1), 36-44.
- Rief, W. ve Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms: Models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*.

- Rief, W., Hessel, A. ve Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 595–602.
- Rief, W., Martin, A. ve Rauh, E. (2006). Do somatoform disorders exist? A review of the epidemiologic evidence. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 461–472.
- Robinson, D. (2016). Mental compulsions in obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 99-105.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.
- Rosen, J. B. ve Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325–350.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C. ve Deale, A. C. (1996). Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). *The British Journal of Psychiatry*, 168(6), 587–592.
- Salovey, P. ve Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Schachter, S. ve Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379–399.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44(4), 695–729.
- Shear, K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- Shear, M. K. ve Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267.
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R. ve Reynolds, C. F. (2011). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*.
- Sheppes, G. ve Gross, J. J. (2011). Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 319-331.
- Silverman, P. R. ve Klass, D. (1996). What's the problem? *Continuing bonds: New understandings of grief* (pp. 3–27). Taylor ve Francis.
- Simon, G. E., Gater, R. ve Piccinelli, M. (1999). Somatic symptoms in primary care. *Psychosomatic Medicine*.
- Simon, G. E., Gater, R. ve Piccinelli, M. (1999). Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *The Lancet*, 354(9183), 1397-1402.
- Smith, A. ve Jones, B. (2018). Understanding interpersonal strategies. *Journal of Interpersonal Dynamics*, 14(2), 45-58.

- Smith, E. (2018). Avoidance behavior in social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 61, 29-40.
- Smith, G. R., Monson, R. A. ve Ray, D. C. (2006). Patients with multiple unexplained symptoms: Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 166(1), 1512-1518.
- Smith, J. (2010). Introduction to relational scanning. *Journal of Research Methods*, 15(2), 123-135.
- Stein, M. B. ve Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.
- Stein, M. B. ve Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Stroebe, M. ve Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Stroebe, M., Schut, H. ve Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adjustment to bereavement: Review and commentary. *Death Studies*, 34(4), 346-367.
- Stroebe, M., Schut, H. ve Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereavement is not a disease. *Omega: Journal of Death and Dying*.
- Stroebe, M., Schut, H. ve Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereavement in the face of violent death. *Omega*, 74(4), 411-427.
- Stroebe, M., Schut, H. ve Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Thayer, J. F. ve Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations* (pp. 25-52). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3).
- Türkmenoğlu, Ö. Y. ve Durak, A. (2015). Anksiyete bozukluklarının psikososyal tedavisi. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(Suppl 1), S77-S82.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12(2), 163-172.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
- Van der Does, A. J. ve Bockting, C. L. (2013). Cognitive reactivity and the development of mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 69-74.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.

- Van Houdenhove, B. ve Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Van Houdenhove, B., Egle, U. T. ve Luyten, P. (2005). Chronic fatigue syndrome: A stress disorder? *European Journal of Clinical Investigation*, 35(10), 659-661.
- Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a disease*. University of Chicago Press.
- Werner, K. ve Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). Guilford Press.
- White, J. ve Freeman, C. (2000). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges*. Guilford Press.
- Witthöft, M. ve Hiller, W. (2010). Psychological approaches to somatization. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 30(1), 78-87.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Yorulmaz, A. (2021). *Duygu düzenleme güçlüğü, bilinçli farkındalık ve aleksitiminin somatizasyon belirtilerini yordayıcı etkilerinin incelenmesi*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Zaki, J. ve Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810.
- Zimmer-Gembeck, M. J. ve Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17.

EK 1. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU VE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma T.C Nişantaşı Üniversitesi Klinik Psikoloji öğrencisi Salise Meltem YILDIRIM tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Mune AKTAY danışmanlığında yürütülmektedir.

Bu araştırmanın genel amacı kayıp yaşayan yetişkin bireylerin anksiyete düzeylerinin somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisini değerlendirmektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma kapsamında verileriniz gizli tutulacaktır. Kişisel bilgileriniz yayın aşamasında kullanılmayacaktır ve hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Sağladığınız veriler yalnızca çalışma dahilinde kullanılacaktır. Doldurduğunuz formlar araştırmacı tarafından saklanacak ve araştırma sonrasında imha edilecektir. Araştırma ile ilgili her türlü sorunuz araştırmacı tarafından yanıtlanacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak, soru ve görüşleriniz için araştırmacıya Salise Meltem YILDIRIM adıyla ...adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırmaya katılımınız ve değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Salise Meltem Yıldırım.

Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız

- ☐ 18-25
- ☐ 26-40
- ☐ 41-60
- ☐ 61+

2. Cinsiyet

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3. Medeni Durum

- ☐ Bekar
- ☐ İlişkisi Var
- ☐ Evli
- ☐ Boşanmış

4. Çocuğunuz var mı?

- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise Ön lisans
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek Lisans
- ☐ Doktora

5. Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6. Kaybedilen kişinin yakınlık derecesi nedir?

- ☐ Derece yakın
- ☐ 2. Derece yakın
- ☐ Arkadaş – Partner
- ☐ Diğer

7. Kaybınız üzerinden ne kadar geçti?

- ☐ 6 ay ve daha az
- ☐ 7-12 ay
- ☐ 13-24 ay
- ☐ 24 ay ve üzeri

8. Yaşadığınız kayıp ile ilgili psikolojik destek aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır



EK 2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 3. SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplamaya çalışın.

1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

2. İştahım iyidir.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

3. Başım pek az ağrır.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

4. Ayda bir iki defa ishal olurum.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

5. Midemden oldukça rahatsızım.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

6. Çoğu kez midem ekşir.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

7. Bazen utanınca çok terlerim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.

☐ Doğru

☐ Yanlış

9. Hemen hemen hiç bir ağrı ve sızım yok.

☐ Doğru

☐ Yanlış

10. Bazen başımda sızı hissedirim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.

☐ Doğru

☐ Yanlış

12. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

13. Pek seyrek kabız olurum.

☐ Doğru

☐ Yanlış

14. Ensemde nadiren ağrı hissedirim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.

☐ Doğru

☐ Yanlış

16. Çabucak yorulmam.

☐ Doğru

☐ Yanlış

17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.

☐ Doğru

☐ Yanlış

18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.

☐ Doğru

☐ Yanlış

19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

21. Hemen hergün mide ağrılarından rahatsız olurum.

☐ Doğru

☐ Yanlış

22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.

☐ Doğru

☐ Yanlış

24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.

☐ Doğru

☐ Yanlış

25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.

☐ Doğru

☐ Yanlış

26. Çok zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissedirim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.

☐ Doğru

☐ Yanlış

29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.

☐ Doğru

☐ Yanlış

31. Hiç felç geçirmediyim ya da kaslarımda olağan üstü bir halsizlik duymadım.

☐ Doğru

☐ Yanlış

32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.

☐ Doğru

☐ Yanlış

33. Vücudumun bazı yerlerinden çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim.

☐ Doğru

☐ Yanlış

EK 4. DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

1. Gerçekleşen olaydan dolayı kendimi suçlarım

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

2. Bu olay yaşandı, gerçekleşen durumu bu şekilde kabullenmem gerektiğini düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

3. Yaşadığım olayın bende uyandırdığı duyguları düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

4. Yaşadığım tatsız olaydan daha iyi bir şeyler düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

5. Yapabileceğim en iyi hamleyi düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

6. Yaşanan tatsız olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

7. Yaşananlar çok daha kötü bir şekilde de gerçekleşebilirdi diye düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

8. Başımdan geçen olayın diğerlerinin başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

9. Gerçekleşen olay karşısında başkalarını suçlarım

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

10. Gerçekleşen olayın sorumlusu olarak kendimi görürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

11. Yaşanan kötü olayı kabul etmem gerektiğini düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

12. Yaşanan olay karşısında ne düşündüğüm ve ne hissettiğimle meşgul olurum

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

13. Bu olayla ilgisi olmayan güzel şeyler düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

15. Yaşananların bir sonucu olarak daha güçlü bir kişi haline dönüştüğümü düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

16. Diğer insanların çok daha kötü deneyimler yaşayabileceklerini düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

17. Yaşadığım olayın ne kadar kötü olduğunu sürekli düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

18. Gerçekleşen olaydan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

19. Gerçekleşen olayda yaptığım hataları düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

20. Bu olayla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

21. Yaşanan olayın, üzerimde neden bu şekilde bir duygu yarattığını anlamak isterim

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

22. Yaşanan bu kötü olayı düşünmek yerine güzel şeyler düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

24. Yaşanan kötü olayın aynı zamanda olumlu yönlerinin de bulunduğunu düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

25. Diğer şeylerle karşılaştırdığımda, bu olayın çok da kötü olmadığını düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

26. Yaşadığım olayın, bir insanın başına gelebilecek en kötü olay olduğunu düşünürüm
- ☐ 1 (neredeyse hiç)
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5 (neredeyse her zaman)
27. Gerçekleşen olayda başkalarının yaptığı hataları düşünürüm
- ☐ 1 (neredeyse hiç)
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5 (neredeyse her zaman)
28. Yaşananların kaynağı olarak kendimi görürüm
- ☐ 1 (neredeyse hiç)
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5 (neredeyse her zaman)
29. Bununla yaşamayı öğrenmek zorundayım diye düşünürüm
- ☐ 1 (neredeyse hiç)
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5 (neredeyse her zaman)
30. Başımdan geçen kötü olayın, bende harekete geçirdiği duygular üzerinde düşünürüm
- ☐ 1 (neredeyse hiç)
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5 (neredeyse her zaman)

31. Beni mutlu eden başka olayları düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

32. Yapabileceğim hamlelerle ilgili bir plan düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

33. Durumun pozitif yönlerini ararım

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

34. Kendi kendime hayatta daha kötü şeyler olduğunu söylerim

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

35. Durumun ne kadar korkunç olduğunu sürekli düşünürüm

- ☐ 1 (neredeyse hiç)
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 (neredeyse her zaman)

36. Bu soruna temelde başkalarının neden olduğunu düşünürüm

- 1 (neredeyse hiç)
- 2
- 3
- 4
- 5 (neredeyse her zaman)



ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL
NİŞANTAŞI
UNIVERSITY
NEV

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

Evrak Tarihi
04.01.2024
Evrak Numarası
20240104-128

Sayın **Salise Meltem Yıldırım**
İstanbul Nişantaşı Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Klinik Psikoloji (Tezli)

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Etik Kurulu Başkanlığına 22.11.2023 tarihinde incelenmek üzere başvurmuş olduğunuz **“Kayıp Yaşayan Bireylerde Anksiyete Düzeylerinin Somatizasyon ve Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkisi”** başlıklı çalışmanız, 04.01.2024 tarihli 2024/01 numaralı etik kurul toplantısında değerlendirilmiştir. Kurulumuz tarafından yapacağınız araştırmanın etik açıdan uygunluğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

04.01.2024

Doç. Dr. Gözde MERT
Etik Kurulu Başkanı

BAŞVURU BİLGİLERİ

Araştırmacı(lar)	Salise Meltem Yıldırım	Başvuru Tarihi	22.11.2023
Danışman/Yürütücü	Dr. Öğr. Üyesi Müne Aktay	Araştırma Türü	Tarama Çalışması
Program/Alan	Klinik Psikoloji (Tezli)	Etik kurul Toplantı Tarihi	04.01.2024
Çalışma Niteliği	Yüksek Lisans Tezi	Etik Kurul Karar No	2024/01