



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
SULTAN 2. ABDÜLHAMİD HAN SAğLIK UYGULAMA
VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

**PSİKİYATRİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN VE YAKIN
KAYBI OLAN YETİşKİNLERDE UZAMIş YAS BOZUKLUğU
SIKLIğI VE BELİRTİ şİDDETİNİN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER, KAYBA İLİşKİN DEğİşKENLER, BAğLANMA
BİÇİMLERİ VE ÇOCUKLUK AğI TRAVMALARI İLE
İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Metin atal

İSTANBUL/ 2022



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
SULTAN 2. ABDÜLHAMİD HAN SAĞLIK UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

**PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE YAKIN
KAYBI OLAN YETİŞKİNLERDE UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU
SIKLIĞI VE BELİRTİ ŞİDDETİNİN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER, KAYBA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER, BAĞLANMA
BİÇİMLERİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Metin Çatal

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Servet Ebrinç

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/ 2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	3
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KAYIP, YAS VE UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Yas Tepkileri	5
2.1.3. Yas Teorileri	5
2.1.4. Koronavirüs Hastalığı 2019 ve Yas.....	10
2.1.5. Kayıp ve Yasın Nörobiyolojisi.....	11
2.1.6. Tanı Olarak Yas.....	12
2.1.7. Uzamış Yas Bozukluğu.....	13
2.1.8. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçüm Araçları.....	15
2.1.9. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk ve Koruyucu Faktörleri.....	16
2.1.10. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yaygınlığı.....	17
2.1.11. Uzamış Yas Bozukluğu ve Komorbidite.....	19
2.1.12. Uzamış Yas Bozukluğu Tedavisi.....	21
2.2. BAĞLANMA.....	22
2.2.1. Bağlanma ve Yas.....	24
2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	25
2.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Yas.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	29
3.1. ETİK KURUL ONAYI	29
3.2. ÖRNEKLEM	29
3.3. YÖNTEM.....	31
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	32
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formu.....	32
3.4.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13).....	32
3.4.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)	33
3.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33).....	34
3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ	34
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	55
5.1. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
5.2. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN GRUPLAR ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	56

5.3. HASTALARIN PG-13 PUANLARINDAN ELDE EDİLEN UZAMIŞ YAS BELİRTİ ŞİDDETİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	57
5.4. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN GRUPLAR ARASINDA ALIŞKANLIKLAR VE SAĞLIK ÖZELLİKLERİNE AİT DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	58
5.5. HASTALARIN PG-13 PUANLARINDAN ELDE EDİLEN UZAMIŞ YAS BELİRTİ ŞİDDETİNİN ALIŞKANLIKLAR VE SAĞLIK ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	58
5.6. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN GRUPLAR ARASINDA KAYIP ÖZELLİKLERİNE AİT DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	60
5.7. HASTALARIN PG-13 PUANLARINDAN ELDE EDİLEN UZAMIŞ YAS BELİRTİ ŞİDDETİNİN KAYIP ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	61
5.8. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE BELİRTİ ŞİDDETİNİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ İLE İLİŞKİSİ.....	63
5.9. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE BELİRTİ ŞİDDETİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ.....	64
5.10. ÇOK DEĞİŞKENLİ LOJİSTİK REGRESYON SONUÇLARINA GÖRE UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU'NUN YORDAYICILARI.....	66
5.11. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI.....	68
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKLAR	71
EKLER	85

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde engin bilgi, birikim ve deneyimleriyle bana yol gösteren, hem mesleki hem de insani ilişkiler konusunda çok şey öğrendiğim, adaletli tavrı ve çalışma disiplinine hayranlık duyduğum, tez sürecimde ilgi ve desteğini her daim hissettiğim tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Servet Ebrinç'e,

Asistanlığımın son dönemlerinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, hem eğitim hem de tez sürecimde yardımseverliğini, ilgisini ve desteğini hiç bir zaman esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Meliha Zengin Eroğlu'na,

Uzmanlık eğitimim sürecinde hem teorik hem de pratik bilgi ve deneyimlerini paylaşıp psikiyatrinin çeşitli alanlarında tecrübe kazanmamı sağlayan Uzm. Dr. Özgür Maden, Uzm. Dr. Hazal Çelik, Uzm. Dr. Zeynep Nergis Tellioğlu Saka ve tüm psikiyatri kliniği ailesine,

Psikiyatri sayesinde tanıştığım, asistanlık yıllarımda dayanışma içinde, anlamlı ve keyif dolu olmasını sağlayan, varlıklarıyla dostluktan öte aile hissini yaşadığım ve birlikte eşsiz anılar biriktirdiğim sevgili Dr. İrem İlhan, Dr. Cihat Erim, Dr. Merve Gürkök'e, asistanlığımın ilk gününden itibaren birlikte keyifle çalıştığım Dr. Hidayet Candan'a, yeni meslektaşlarım Dr. Sena Kayacan ve Dr. Dilara Çelik'e,

Nöroloji rotasyonumda kısa süre içerisinde mesleki eğitimime önemli katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Fatih Özdağ'a ve nöroloji ailesine,

Tıp fakültesi öğrencilik yıllarımda, TUS dönemimde ve tez sürecimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tanıdığım için kendimi şanslı hissettiğim sevgili dostum Uzm. Dr. Umut Altunöz'e,

Sevgilerini, desteklerini, emeklerini ve varlıklarını her yaşımda hissettiğim, ailem oldukları için "iyi ki" dediğim canım annem Aynur Çatal, babam Semir Çatal, ablam Serap Çatal Paşa ve kardeşim Yasemin Çatal'a,

Sonsuz teşekkürler..

Dr. Metin ÇATAL

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

CTQ-33: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSM-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- Metin Revizyonu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBBÖ: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

fMRG: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

KKYB: Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UYB: Uzamış Yas Bozukluğu

PG-13: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Yas Tepkileri

Tablo 2. Uzamış Yas Bozukluğu Tanı Kriterlerinin Karşılaştırılması

Tablo 3. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk ve Koruyucu Faktörleri

Tablo 4. Hasta Gruplarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 5. Hasta Gruplarına Göre Alışkanlıklar ve Sağlık Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6. Hasta Gruplarına Göre Kayıp Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 7. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Tablo 8. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzamış Yas Belirti Şiddetinin Sosyodemografik Özellikleri İle Karşılaştırılması

Tablo 9. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Alışkanlıklar ve Sağlık Özelliklerine Ait Değişkenlerin Karşılaştırılması

Tablo 10. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzamış Yas Belirti Şiddetinin Alışkanlıklar ve Sağlık Özellikleri İle Karşılaştırılması

Tablo 11. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Kayıp Özelliklerine Ait Değişkenlerin Karşılaştırılması

Tablo 12. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzamış Yas Belirti Şiddetinin Kayıp Özellikleri ile Karşılaştırılması

Tablo 13. Bağlanma ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Hasta Grupları Arasında Karşılaştırılması

Tablo 14. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzamış Yas Belirti Şiddeti ile CTQ-33, EBBÖ ve Alt Boyut Puanlarının İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

Tablo 15. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Sonuçlarına göre Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yordayıcıları

ÖZET

Amaç: Yas, sevilen birinin ölümünden sonra ortaya çıkan evrensel nitelikli, zamanla uyum sağlanabilen duygusal, davranışsal, ruhsal ve fiziksel tepkiler bütünüdür. Yas tepkilerinin normalden daha uzun, yoğun, kalıcı nitelikte yaşanması ile karakterize edilen ve işlevselliğin bozulması ile seyreden durum uzamış yas bozukluğu (UYB) olarak adlandırılır. Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan yetişkinlerde UYB sıklığı ve uzamış yas belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütülmüştür. Eylül 2021- Mart 2022 tarihleri arasında ardışık olarak başvuran, gönüllülük esasına göre sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan, 18-65 yaş arası, yakın kaybı olan yetişkinlerden dahil edilme kriterlerini taşıyan 187 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalarla yüz yüze görüşülerek Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formu doldurulup psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Katılımcılara Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) uygulanmıştır. 6 ay ile 10 yıl arasında bir yakını kaybedtiğini belirten örneklem PG-13 ölçeğine göre; UYB tanısı alan ve almayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır; UYB tanısı alan 71 kişi ile hasta grubu ve UYB tanısı almayan 116 kişi ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu iki grup sosyodemografik özellikleri, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca tüm grupta uzamış yas belirti şiddeti ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan bireyler arasında UYB oranı %38 olarak bulunmuştur. UYB risk faktörleri: İleri yaş, düşük eğitim düzeyi, geçmişte intihar düşüncesi ve girişimi varlığı, kayıp türünün eş/ çocuk olması, kaybedilen kişinin ölümünü acı/dehşet verici hissedilmesi, kayıptan önce ölen kişiyle birlikte yaşamak, kaybedilen kişiyle bitmemiş işlerin olması, cenaze töreninin düzenlenmemesi, kaybedilen kişinin ölümü ile ilgili kendini

suçlama, kaybedilen kişinin eşyalarını saklama, kayıptan sonra ruhsal destek alma olarak belirlenmiştir. Uzamış yas belirti şiddetini arttıran faktörler: Boşanmış/dul olmak, düşük eğitim düzeyi, alkol kullanma, madde kullanımı, ruhsal bozukluk tanısı varlığı, geçmişte intihar düşüncesi ve girişimi varlığı, kayıptan sonra geçen sürenin az olması, ölen kişiye verilen tedaviden memnun olmama, ani ölüm, kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici bulma, ölen kişi ile birlikte yaşama, bitmemiş işler varlığı, kendini suçlama, eşya saklama, kayıptan sonra ruhsal destek alma, düşük sosyal destek olarak bulunmuştur. Hem UYB hem de yüksek uzamış yas belirti şiddeti; kaygılı/ikircikli bağlanma, kaçınan bağlanma, CTQ-33 toplam, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma/kontrol puanlarının artışı ile ilişkili bulunmuştur. Tersine güvenli bağlanma puanları UYB'si olmayan grupta daha yüksek olup daha düşük uzamış yas belirti şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre kaybedilen kişinin ölüm nedeninin Covid-19 olması (OR:5.59, %95CI: 1.20-26.12), ölüm nedeninin ani ölüm olması (OR:2.94, %95CI: 1.14-7.59), en fazla etkileyen kayıp türünün eş/çocuk olması (OR:32.08, %95CI: 5.65-182.19), en fazla etkileyen kayıp türünün ebeveyn olması (OR:3.59, %95CI: 1.15-11.15), kaygılı/ikircikli bağlanma, (OR:1.35, %95CI: 1.02-1.79) ve çocukluk çağı travmaları varlığı (OR:1.05, %95CI: 1.02-1.07) UYB' nin yordayıcıları olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda UYB ve uzamış yas belirti şiddeti ile sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları arasında ilişki tespit edilmiştir. UYB ile ilgili elde ettiğimiz bulgularla; polikliniğe başvuran hastaları kayıp, yas ve UYB açısından rutin olarak değerlendirmenin ve tedavide kayıp, yas ve UYB' yi ele almanın önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: bağlanma, çocukluk çağı travmaları, kayıp, uzamış yas belirti şiddeti, uzamış yas bozukluğu

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FREQUENCY OF PROLONGED GRIEF DISORDER AND THE SEVERITY OF SYMPTOMS, SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, VARIABLES RELATED TO BEREAVEMENT, ATTACHMENT STYLES, AND CHILDHOOD TRAUMAS IN ADULTS WHO APPLIED TO THE PSYCHIATRY OUTPATIENT CLINIC AND HAD A BEREAVEMENT

ABSTRACT

Aim: Grief is a set of universal, adaptable, emotional, behavioral, spiritual and physical reactions that occur after the death of a loved one. Experiencing normal grief reactions in a long, intense, persistent way that reduces functionality is called prolonged grief disorder (PGD). In our study, investigation of the relationship between the frequency of prolonged grief disorder and the severity of symptoms, sociodemographic characteristics, variables related to bereavement, attachment styles, and childhood traumas in adults who applied to the psychiatry outpatient clinic and had a bereavement was aimed.

Materials and Methods: Our study was carried out in the Psychiatry Clinic of the Health Sciences University, Istanbul Sultan 2.Abdülhamid Han Training and Research Hospital. A total of 187 patients, aged between 18-65 years, who applied consecutively between September 2021 and March 2022, and whose verbal and written informed consent was obtained on a voluntary basis, and met the inclusion criteria, were included in the study. Sociodemographic and Clinical Interview Forms were filled in face-to-face interviews with the patients and psychiatric evaluation was made. Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13), Adult Attachment Style Scale and Childhood Trauma Scale (CTQ-33) were administered to the participants. According to the PG-13 scale of the sample, which stated that they lost a relative between 6 months and 10 years; It is divided into two groups as those with and without a diagnosis of PGD; A patient group with 71 people diagnosed with PGD and a control group with 116 people without a diagnosis of PGD were formed. These two groups were compared in terms of sociodemographic characteristics, variables related to loss, attachment styles and childhood traumas. In addition, the severity of prolonged grief symptom and related factors in the whole group were examined.

Results: In our study, the rate of PGD was found to be 38% among individuals who applied to the psychiatry outpatient clinic and had a bereavement. PGD risk factors: Advanced age, low education level, presence of suicidal ideation

and attempt in the past, the type of loss is spouse/child, feeling the death of the disappeared person painful/horrifying, living with the deceased before the loss, unfinished business with the lost person, not holding a funeral, self-blame for the death of the disappeared person, keeping the lost person's belongings and getting spiritual support after a loss were determined. Factors that increase the severity of prolonged grief symptoms are as follows: Being divorced/widowed, low education level, alcohol use, substance use, the presence of a diagnosis of mental disorder, presence of suicidal ideation and attempt in the past, little time after the loss, dissatisfaction with the treatment given to the deceased, sudden death, finding the death of the disappeared person painful/horrifying, living with the deceased, unfinished business existence, self blame, goods storage, getting spiritual support after loss and low social support. Severity of both PGD and high prolonged grief symptom; It was found to be associated with an increase in anxious/ambivalent attachment, avoidant attachment, CTQ-33 has sub-dimensions of emotional abuse, physical abuse, physical neglect, emotional neglect, sexual harassment and excessive protection/control scores. Conversely, secure attachment scores were higher in the group without PGD and were found to be associated with lower severity of prolonged grief symptom. According to the established multivariate logistic regression model, the cause of death of the deceased person was Covid-19 (OR: 5.59, 95%CI: 1.20-26.12), the cause of death was sudden death (OR: 2.94, 95%CI: 1.14-7.59), the most affecting type of loss is spouse/child (OR:32.08, 95%CI: 5.65-182.19), the most affecting type of loss being parents (OR: 3.59, 95%CI: 1.15-11.15), anxious/ambivalent attachment, (OR:1.35, 95%CI: 1.02-1.79) and the presence of childhood traumas (OR:1.05, 95%CI: 1.02-1.07)were determined as predictors of PGD.

Conclusion: In our study, a relationship was found between the severity of symptoms of PGD and prolonged grief and sociodemographic characteristics, variables related to loss, attachment styles and childhood traumas. With the findings we obtained about PGD; we think that it is important to routinely evaluate patients who applied to the outpatient clinic in terms of loss, grief and PGD, and to deal with loss, grief and PGD in treatment.

Keywords: attachment styles, childhood traumas, loss, prolonged grief disorder, prolonged grief symptom severity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada nüfus artışı, her geçen yıl ölümlerin sayısını; nüfusun yaşlanması ise ölümün tipik olarak meydana geldiği yaşı arttırmaktadır(1). Ölümlerin artması, geride yaşlı kişileri bırakmaktadır. Kayıp türleri içinde en somut olanı ölüm olup sevilen bir kişinin ölümü, yaşamın en zor ve stresli olaylarından biridir. Ölüm nedeniyle yakını kaybeden yaşlı kişi, yaşama uyum sağlamakta zorlanır; bunun sonucunda yıkıcı ve denge bozucu bir süreç başlar. Son derece acı verici olan bu duruma karşı birey birtakım normal ve doğal olan tepkiler verir. Evrensel nitelikte ve biyopsikososyal özelliklere sahip olan bu tepkiler bütününe yas denir(2).

Yas ve yas süreci, bireyi duygusal, davranışsal, ruhsal ve fiziksel olarak etkiler(3). Ölümden sonra gelişen ilk tepkiler akut yas olarak nitelendirilir. İlk tepkiler zamanla bütünleşir, daha az acı veren bir yas biçimine sağlıklı ve uyumlu bir şekilde evrilir. Bu, ölen kişi olmadan tatmin edici bir hayata geri dönmeyi sağlar. Kayba karşı verilen yas tepkisi doğal sayılabilir. Bununla birlikte büyüyen literatür, normal yas sürecini duraklatan ve yas tepkilerinin kalıcı, yoğun, uzun süreli ve zayıflatıcı hale gelmesiyle uzamış yas bozukluğunun (UYB) ortaya çıkabileceğini göstermektedir(4). UYB, yaşanan kayıp sonrası çıkan, yitirilen bireye dair hatıraların yoğun şekilde yaşanması ve ilişkili durumlardan kaçınması ile normal yaşamayı olumsuz hale getiren bir süreç olarak adlandırılır(5). Yas tutan kişiye ait sosyodemografik özellikler ve kayba ilişkin değişkenler, UYB gelişimini yordayabilmektedir.

İngiliz psikanalist John Bowlby tarafından tasarlanan bağlanma kuramına göre yas, en etkili psikolojik teorilerinden biridir(6). Bu kurama göre kişinin bağlanma biçimi, yakın birini kaybetmenin ardından sergilenen tepkilerdeki bireysel farklılıkları belirlemede önemli bir rol oynar(7). Güvenli bağlanan bireylerin ölen kişiyle ilgili anılarını hatırlamaları ve bu anıları başkalarıyla paylaşmaları beklenir. Çünkü bu normal bir yas tepkisi olarak kabul edilir. Yakın kaybı sonrası güvensiz bağlanma biçimine sahip kişilere göre daha az depresyon belirtileri gösterirler(8). Yapılan çalışmalarda kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahip kişilerin UYB geliştirme bakımından riskli konumda olduklarını göstermektedir(9).

Son yirmi yılda, çocukluk çağı travmasının ruh sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin araştırmalar önemli ölçüde genişlemiştir(10). Yaygın psikiyatrik bozuklukların gelişimindeki rolü göz önüne alındığında, çocukluk çağı travmasını incelemek, bütünleştirici “biyo-psiko-sosyal” model için kritik olarak görülmektedir(11). Çocukluk çağı travma türlerini duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, minimizasyon/inkar ve aşırı koruma/aşırı kontrol şeklinde gruplandırmak mümkündür(12). UYB'ye neden olabilecek bir diğer risk faktörü de erken çocukluk çağı travmalarıdır(13).

Genel psikiyatri polikliniklerinde UYB yaşayan hastaların oranının yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Fakat genelde hastalar hem başvuru şikayeti olarak hem de tedavi arayışında neden olarak kaybı göstermeme eğiliminde olduklarından doğru tahminler elde etmek zordur. Kayıp ve buna bağlı sorunlar tedavinin daha sonrasında ortaya çıkar(14).

Ülkemizde epidemiyolojik araştırmalarla UYB sıklığını araştıran az sayıda çalışma olsa da; genel psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan bireylerde UYB sıklığı hiç araştırılmamıştır. Yine UYB yordayıcıları olan sosyodemografik özellikler, kayba bağlı değişkenler ve bağlanma biçimlerini araştıran az sayıda çalışma vardır. Ayrıca dünya literatürü gözden geçirildiğinde çocukluk çağı travmaları alt türleri ile yetişkin bireylerde kayıp sonrası gelişebilen UYB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniği örnekleminde, yakın kaybı olan yetişkinlerde yas belirtilerinin taranması, değerlendirilmesi, UYB sıklığı ve belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız 6 ay boyunca bir psikiyatri polikliniğindeki hastalar arasında, başka bir kişinin ölümü nedeniyle önemli kayıp yaygınlığını ve UYB tanısını incelemiştir. Çalışmamızın UYB konusunda hastaların erken dönemde fark edilip terapötik müdahaleler açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1 : Yakın kaybı olan yetişkinlere ait sosyodemografik özellikler uzamış yas bozukluğu sıklığını ve belirti şiddetini artırır.

Hipotez 2 : Yakın kaybı olan yetişkinlere ait kayba ilişkin değişkenler uzamış yas bozukluğu sıklığını ve belirti şiddetini artırır.

Hipotez 3: Yakın kaybı olan yetişkinlerde kaçınan veya kaygılı/kararsız bağlanma biçimleri uzamış yas bozukluğunu sıklığını ve belirti şiddetini artırır.

Hipotez 4: Yakın kaybı olan yetişkinlerde çocukluk travmaları varlığı uzamış yas bozukluğu sıklığını ve belirti şiddetini artırır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.KAYIP, YAS VE UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Yas, sevilen birinin ölümünden sonra ortaya çıkan evrensel nitelikli, içgüdüsel olarak değerlendirilebilen ve zamanla uyum sağlanabilen tepkiler bütünüdür(15). Yas ayrıca, çeşitli ruhsal ve bedensel belirtileri bir araya getiren, kayıp karşısında verilen esas olarak duygusal tepki olarak da tanımlanabilir(16). Yas tepkilerine neden olan kayıplara çok sayıda örnek verilebilir. Literatür incelendiğinde, kişinin derin bir üzüntü yaşadığı beş kayıp kategorisi tanımlanmıştır: Sevilen birinin ölümü, kimlik veya statü kaybı, ilişkinin kaybı, bir yerin veya bir nesnenin kaybı ve son olarak kapasite kaybı(17). Ek olarak boşanma, mesleki başarısızlık, hastalığa yakalanma, organ yitimi, maddi kayıplar, kazalar, göç, doğal afetler gibi somut kayıplar da(18); özgürlük kaybı, itibar azalması, güven ve sevgi duygusunda azalma, kurulan hayal ve düşlerin gerçekleşmemesi gibi soyut kayıplar da bunlara örnektir(19). Bu çeşitliliğe rağmen kayıp ve yas denilince aklımıza ilk olarak geri dönüşü mümkün olmayan ölüm gelir(20).

Kayıp yaşantısı ve ölüm sonrası ortaya çıkan yas sürecine ilişkin kavramları incelerken çoğu kitap ve makalede "grief", "mourning" ve "bereavement"

terimlerinin birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Yas (grief); sevilen birini kaybetme deneyimi olarak tanımlanabilir(21). Yas kayıp için olağan bir tepkidir(16). Başka bir deyişle yas tutan kişide, ölen kişinin düşünceleri, anıları ve görüntülerine eşlik eden özlem ve üzüntü hali gibi temel semptomlarla belirli psikobiyolojik tepkiler ortaya çıkar(22). Yas süreci ya da matem (mourning); birini ölüme bağlı kaybeden yasal kişinin hayata uyum sağlama süreci için kullanılmaktadır(21). Yani, yas belirtilerinin sergilendiği bir dönemdir. Yas süreci, kayıpla uzlaşarak ve sevilen kişinin olmadığı bir dünyada kendini yeniden yönlendirerek yası yumuşatmak ve bütünleştirmek için kullanılan psikolojik süreçler dizisini içerir(22). Yakın kaybı (bereavement); duygusal olarak çok yakın ve bağlı olduğumuz veya başka bir şekilde hayatımızda önemli bir rol oynayan birinin ölüm yoluyla kaybı anlamına gelir(23). Bununla birlikte bu terim, önemli birini kaybetmenin nesnel durumu için kullanılmaktadır(16).

Yas, kökeni anlamlı ilişkilerin kesilmesine dayanan, yaşamın büyük ölçüde kaçınılmaz, acı veren bir parçasıdır. İnsanlar sevip sonra bu sevginin nesnelerini kaybettikçe, yas var olmuştur. Yaslı bireylerin çoğunda, ilk dönemdeki tepkiler zamanla azalır, kişide gündelik yaşam aktivitelerine duyulan istek tekrar başlar ve gün geçtikçe yas belirtileri azalır. Kaybın gerçeği bireyin hayatına yerleşmeye başlar. Bununla birlikte, yaslı insanların önemli bir azınlığı, uzamış yas durumunda sıkışıp kalabilir. Bu bireyler için, yoğun yas belirtileri yıllarca devam edebilir ve kişi işlevsiz hale gelebilir(6, 24).

Literatürde haklarından mahrum bırakılmış yas olarak da ifade edilen "haksız yas" kavramı, "kişilerin açıkça kabul edilmeyen veya edilemeyen, sosyal olarak onaylanmayan veya alenen yası tutulmayan bir kayba maruz kaldıklarında deneyimledikleri keder" olarak tanımlanmıştır(25). Buna örnek olarak gizli bir birlikteliği olan kişinin ölümü, toplum tarafından dışlanan durumlar (örn. düşük, kürtaç) veya eşcinsel partnerin ölümü sayılabilir.

2.1.2. Yas Tepkileri

Kayıpların ardından meydana gelen yas tepkileri ile ilgili yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, yas tepkileri 5 farklı sınıfa ayrılabilir. Bunlar: Duygu değişimleri, fizyolojik-somatik belirtiler, bilişsel semptomlar, davranışsal değişimler ve son olarak algıda bozulmalardır (Tablo 1)(26-33).

Tablo 1. Yas Tepkileri

Duygu değişimleri	Üzüntü, umutsuzluk, karamsarlık, çaresizlik, öfke, sıkıntı, kaygı, korkular, yorgunluk, suçluluk, yalnızlık, hasret, şok, uyuşukluk, inkar, kurtuluş ve rahatlama
Fizyolojik-somatik belirtiler	Ağız kuruluğu, iştah kaybı, uyku bozuklukları, enerji azlığı, bitkinlik, nefes darlığı, esnemeler, terleme, titremeler, yüksek sese tahammülde azalma, aşırı duyarlılık veya duyarsızlaşma, kaslarda güçsüzlük, somatik şikayetler, ölen kişiye benzer şikayetler, immünolojik ve endokrin değişiklikler, hastalığa yatkınlık, hastalık, ölüm
Bilişsel semptomlar	Kayba inanamama, şaşkınlık, ölen kişinin düşünceleriyle meşgul olma, bastırma, inkar, düşük benlik saygısı, değersizlik, intihar düşüncesi, gerçek dışılık duygusu, hafıza zorlukları
Davranışsal değişimler	Ajitasyon, gerginlik, huzursuzluk, tükenmişlik, aşırı aktivite, anormal davranış, ağlamalar, sosyal geri çekilme, rüyalarda değişiklikler, kaybı ve kişiyi anımsatan hallerden kaçınmak, yitirilen bireye ait eşyaları yanından ayırmamak, onu anımsatan mekanları ziyaret etmek, arama ve çağırma, öfke patlamaları ve kendini yaralama
Algıda bozulmalar	İllüzyon ve halüsinasyon

2.1.3. Yas Teorileri

Bugüne kadar birçok kuramcı yas ve yas tepkileri üzerine teori, evre ya da modeller geliştirmiştir. Sevilen birinin kaybının ardından ortaya çıkan yas süreci duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerle sürer. Bu yaşamın en zorlu olaylarından bir tanesidir. Yas tepkilerinin önceden tanımlanan aşamalara dayanmadığını, bunun yerine insanların önemli bir ölüme uyum sağladıkça heterojen kalıpları takip ettiğini bildiren çalışmalar da vardır(34).

Sigmund Freud'un geliştirdiği psikanalitik teoriler, yas hakkındaki mevcut düşünceyi, özellikle de normal ve patolojik yas arasındaki ayrımı şekillendirmiştir. Freud'un görüşüne göre yas ve melankoli, "nesne kaybı"na verilen tepkilerdi. Freud 1917 yılındaki "Yas ve Melankoli" adlı yapıtında yası "sevilen bir yakının veya ülke, özgürlük, bir ideal gibi düşünsel-soyut bazı değerlerin kaybına karşı gelişen bir reaksiyon" olarak tanımlamıştır. Freud, yas ve melankoli arasındaki farkın libido istikrarında yattığını savunmuştur. Freud'a göre yas durumunda libido aşk nesnesinin (kaybedilen kişi) zihinsel temsilinden yavaş yavaş ayrılır. "Yas işi" olarak bilinen ve sonunda başka bir nesneye yeniden bağlanmaya izin veren bu süreç acı verici ama normal yani sağlıklı, uyarlanabilir bir kopma sürecini temsil eder. Freud, libidonun dengesiz dağılmasıyla başka bir nesneye yatırılmaması durumunda melankolinin yani kronik, yıkıcı bir tepki olan patolojik yasin meydana geldiğini belirtmiştir. Melankolide libido aşk nesnesiyle (kaybedilen kişi) narsisistik özdeşleşme, ikircikli bir fiksasyon (bir aşk-nefret ilişkisi) veya reddedilme yoluyla istikrarsızlaştırılmıştır. Başka bir deyişle, melankolinin köklerinin, yas tutan ve ölen kişi arasında çözülmemiş çatışma yaratan geçmiş ilişki deneyimlerinde yattığı fikrini savunmuştur. Freud'a göre yas ve melankolinin temel ayrımı: Melankolide benlik saygısının azalmasıdır. Melankoliyi daha da karakterize ederken, Freud, yas tutan kişinin "Son derece acı veren bir karamsarlık, dış dünyaya olan ilginin ortadan kalkması, sevme kapasitesinin kaybı, her türlü faaliyetin engellenmesi ve benlikle ilgili duyguların, kendini kınamalarda ifade bulan bir dereceye kadar azalması" hissettiğini belirtmiştir. Tedavi söz konusu olduğunda, Freud yas tutmayı tıbbi müdahalenin odak noktası olmaması gereken bir süreç olarak görmüştür. Bu sürecin melankoliye sebep olabileceğini belirtmiş fakat zaman içinde aşılabileceğini ve hatta hastalık olarak değerlendirilip ona herhangi bir tıbbi müdahaleyi "zararlı olmasa bile tavsiye edilemez" olarak değerlendirmiştir. Buna karşılık, melankoliyi intihar riski oluşturan ve tıbbi müdahale gerektiren patolojik bir durum olarak görmüştür(35).

Yas teorilerinin gelişimine katkıda bulunan diğer bir kuramcı Melanie Klein'dır. Klein bebeğin nesne kaybına verdiği tepkilerden yola çıkarak yas sürecini açıklama girişiminde bulunmuştur. Klein'a göre; yas sürecini anlamak için bebek ile anne ya da "bakım veren"in memesi arasındaki ilişkiyi anlamak gerekir. Klein,

bebeğin erken yaşamında "paronoid-şizoid konum" ve "depresif konum" olmak üzere iki ayrı dönem olduğunu belirtmiştir. Paranoid-şizoid konumda iyi meme- kötü meme ayrımı yapılamaz. Yani, bebek için, eğer meme onu zamanında besliyor, iyi bir bakım veriyor ve her ağladığında oradaysa bunu iyi meme; fakat istediği zaman orada olmuyor ve doyum sağlamıyorsa kötü meme olarak algılanır. Depresif konumda bebek, daha önce kötü meme olarak algıladığı, düşmanca duygular hissettiği memeyle onu doyuran, yaşamasına sebep olan iyi memenin aynı olduğunu fark eder. Böylece suçluluk duygusu yaşar. Klein'a göre bebek depresif konumda iken, algıladığı iyi memenin kaybını ve bunun sonucunda yasını yaşar. Ve yine Klein bebeğin yetişkinlik döneminde yaşadığı kayıplar sonrası sağlıklı bir yas süreci yaşamasının yolunun depresif konumu iyi bir şekilde atlatmaktan geçtiğini vurgulamıştır(36).

Alman psikiyatrist Erich Lindemann, yas tepkilerini sistematize bir şekilde sınıflandıran ilk araştırmacıdır. Boston'daki Massachusetts General Hospital'da (MGH) bir psikiyatrist olan Lindemann, klinik deneyimine dayanarak yasın semptomlarını, evrelerini ve yönetimini tanımlamaya yönelik önemli katkılarda bulunmuştur. Lindemann, tedavi ettiği hastalarından (yakın kaybına sahip yatarak tedavi göre psikiyatri hastaları, yangında ölenlerin yakınları ve askerlerin yakınları) , normal ve patolojik yas tepkileri hakkında çıkarımlar yapmıştır. Normal yasın belirtileriyle ilgili olarak, Lindemann şunları yazmıştır: "Akut yas içindeki kişilerin gösterdiği tablo dikkat çekici bir biçimde tekdüzedir. Herkeste ortak olarak bu belirtiler gözlenir: Tek seferde yirmi dakikadan bir saate kadar süren dalgalar halinde ortaya çıkan somatik sıkıntı hissi, boğazda sıkışma hissi, nefes darlığı olarak hissedilen boğulma hissi, iç çekme ihtiyacı, karında boşluk hissi, kas güçsüzlüğü ve gerginlik veya zihinsel ağrı olarak tanımlanan yoğun bir öznel sıkıntı." Ayrıca Lindemann, yas tutmadan, ölen kişinin mezarını ziyaret etmekten ya da adını anmaktan kaçınma eğiliminin yas sürecini olumsuz yönde etkilediğini ve yas tepkilerini arttırabileceğini belirtmiştir. Lindemann yas tepkileri olarak derin nefes alma ihtiyacı, bitkinlik, sindirim sistemi değişikliklerini örneklendirip gerçek dışılık hissini, değişen duyumları, yönelim bozukluğunu ve duygusal kopmayı tanımlamıştır. Özet olarak Lindemann yas için patognomonik olarak gördüğü 5 ayrı

durum tanımlamıştır: Bedensel belirtiler, merhumun imgesiyle aşırı zihinsel meşguliyet, suçluluk duygusu, öfke ve düşmanca tepkiler, işlevsellik kaybı. Lindemann ek olarak, ölen bireye ait özelliklerin kayıp sonrasında kalan kişinin davranışlarında belirginleşmesini (örneğin, ölen kişi gibi giyinmek, ölmeden önce ölen kişiyle aynı semptomları yaşamak) patognomonik bir fenomen olarak işaret etmiştir. Lindemann'a göre patolojik yası normal yastan ayıran şey, yas semptomlarının yoğunluğu ve çözüme uzak oluşuydu. Lindemann ayrıca, patolojik yasin kayıptan hemen sonra ortaya çıkabileceğini, ancak aynı zamanda ertelenebileceğini de kaydetmiştir. Psikiyatrik müdahalenin, yas çalışmasını teşvik ederek patolojik bir yas tepkisini normal bir tepkiye dönüştürme potansiyeline sahip olduğunu savunmuştur(37).

John Bowlby, bağlanma kuramını geliştirmekle beraber yas sürecini 4 evrede incelemiştir. Bunlar: Şok, özlem ve protesto, umutsuzluk ve iyileşme dönemleridir(38).

"Yas bir hastalık mıdır" sorusunu irdelleyen Engel, yas tepkilerinin fiziksel hastalıklarla ortak özellikleri olduğunu, etyolojinin sevilen birinin kaybı olduğunu, bireyde sıkıntı oluşturabileceğini ve işlevsellikte bozulma yaratabileceğini ifade etmiştir. Engel, tıpkı bir yara iyileşmesi gibi, yas sürecinin de tam olarak, tama yakın, bozuk ya da yetersiz bir iyileşmeyle sonuçlanabileceğini belirtmiştir. Geliştirmiş olduğu modelde, başta şok ve inkâr sonrasında sırasıyla, kaybın gerçek oluşuna dair farkındalık, aklın yeniden yapılanması ve kabullenme, son olarak da iyileşme evreleri yer almaktadır(39).

İsviçreli bir psikiyatr olan Elisabeth Kübler-Ross, "Ölüm ve Ölmek Üzerine" adlı kitabında, ölümcül hastaların (terminal dönem hastaları) yaklaşmakta olan ölümleriyle karşı karşıya kalma deneyimlerini 5 aşamalı bir modelle formülize etmiştir. Kübler-Ross'un beş aşaması: İnkâr-ayrışma-tecrit, öfke, pazarlık, depresyon ve son olarak kabullenme evresidir. Ayrıca yazar, bu evrelerin yaşanırken bir düzen ya da sıralı olmayabileceğini, kişiye özgü farklılıklar sergilenebileceğini belirtmiştir(40).

Parkes'a göre, zamanın geçmesiyle birlikte, yas sancılarının yoğunluğu ve sıklığı azalma eğilimindedir. Ancak bu sancıların genellikle yıl dönümlerinde ve ölen kişiyi güçlü bir şekilde akla getiren diğer durumlarda yenilenmiş bir yoğunlukla geri döndüğünü ifade etmiştir. Parkes'a göre yasin evreleri, yalnızca bir kez yaşanan ve lineer seyirli olarak görülmemelidir. Parkes, yaşlı kişinin, yeniden yapılanmanın son aşamasına gelmeden önce, özlem ve umutsuzluk arasında birçok kez gidip geldiğini ifade etmiştir. Parkes iddiasında, yas tutanların çoğu için ilk evre olan şok ve inanamamanın azalmasından sonra yasin en yaygın tepkilerinin, yoğun kaygının eşlik ettiği kaybedilen kişiye yönelik geçici, yoğun özlem duygularının olduğu ikinci evre olduğunu vurgulamıştır. Parkes'a göre bireyin kayıptan dolayı duyduğu kederi yaşamadan hayatına devam etmesi ve hüznünü bastırması, yas tutma sürecini uzatan bir sonuç doğurur(41).

Vamık Volkan için yas tutmak, “herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, iç dünyamız ile gerçeklik arasında bir uyum sağlayabilmek için yaptığımız uzlaşmalar” demektir(42). Volkan, sevilen ya da nefret edilen bir kişinin ölümüne patolojik tepkide bulunan yetişkinler üzerine yaptığı araştırmalarla, ölü bireyle bağı sürdürmek için kontrol edilebilir sembolik nesnelerin kullanımını belirtip, bunlara "bağlantı nesneleri" adını vermiştir. Bu nesneler kaybedilen bireyle bağlantı sağlayan, aşırı korunan ve önem arz eden eşyalardır. Ayrıca Volkan, bir yas tutan tarafından basitçe değer verilen ve uygun kullanıma sunulan bu nesnelerin "fetiş"lere, geçiş nesnelerine ve kalıtsal öğelere bazı açılardan benzeseler de, bunların kayıp karşısında psikofiziksel dengeyi koruma işlevleri bakımından yeterince spesifik olduğunu öne sürmüştür. Volkan' göre; yaşlı olan bireyin ölen kişiye verdiği değer ve yaptığı yatırım, yaşamın geri kalanında devam eder. Ayrıca geçmişte yer edinen bu kişiler ruhsal eylemler olmadan asla yok edilemez. Volkan, normal yas ile uzamış yas arasında bir süreğenlik olduğuna değinmiş ve normal yasin kişinin kaybıyla yıkıcı olmayan, zenginleştiren özdeşimlerle dolu olduğunu, uzamış yasta ise içe atılan sağlıklı bir özdeşim olmadığını belirtmiştir. Uzamış yas yaşayan kişilerin kaybettikleri yakınlarının imgesini "somut" ve yabancı olarak içlerinde barındırdıklarını belirtmiştir. Böylece birey yakınına hem yaşatır hem de bu durumdan kaygı duyar. Devam eden bu ilişki ambivalenttir. Volkan'a göre bu

çatışma sonucu kişi dış dünyada bir "bağlantı nesnesi" seçer. Amacı ayrılmadan doğan anksiyeteyi azaltmaktır(43-45).

Worden'a göre; kayıp sonrası yaşanan ıstırap, keder ve kayba ait tepkilerin benzer noktaları olsa da kişisel farklılar içerebileceği göz önüne alınmalı ve "anormal yas tepkisi" şeklinde düşünmek konusunda acele edilmemelidir. Worden'in tanımlamış olduğu modelde görevler bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; kaybın gerçekliğini kabullenmektir. Burada daha çok inkâr söz konusudur. İkinci görev; kayba bağlı ıstırapı işlemektir. Burada kayba bağlı hüznün ve acının yaşanıp ele alınması önemlidir. Üçüncü görev; merhumun olmadığı dünyaya uyum sağlamaktır. Dördüncü görev ise; yeni bir yaşama başlarken kaybedilen kişiyle kalıcı bağlantı kurmanın yolunu bulmaktır. Worden ayrıca, uzamış yasin, kronik, gecikmiş, abartılmış ve maskelenmiş yas tepkileri olmak üzere 4 farklı tepki şeklinde görünebileceğinden söz etmiştir(21).

Stroebe ve Schut tarafından tanımlanan modellerde, kaybı olan kişi iki alanda stres yaşar. Bu modele "İkili Süreç Modeli" denir. Birinci tanımlanan 'Kayba bağlı stres' olup burada kişi, ayrılık sonrasındaki ilgili duyguları bilişsel olarak işlemeye, ölümü anlamlandırmaya, yitirilen bireyin yokluğuyla onun yerini yeni bir konumda belirlemeye ve kaybı kabul etmeye odaklanır. İkinci tanımlanan 'Yeniden uyuma yönelik stres' olup burada, beceriler kazanmak, kimlikte değişim, dünya ve benlikle alakalı bozulabilen durumları tekrar kurmak yer alır. Birçok yönden, yas çözümünün stresörlerle karşı karşıya kalındığında kayıp odaklı ve yeniden uyum odaklı değerlendirmelerin arasında gidip gelen bireylere bağlı olduğunu varsayan sıralı olmayan bir görev modelidir. Yasin çözümü, gerektiğinde ve bireysel öz-düzenleyici kaynakların izin verdiği ölçüde, kayıp ve yeniden uyum yönelimi ile yüzleşme arasında esnek bir şekilde salınmayı gerektirir(46).

2.1.4. Koronavirüs Hastalığı 2019 ve Yas

23 Mart 2022 itibariyle, dünya çapında 6 milyondan fazla ölümle 474 milyondan fazla onaylanmış Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) vakası bulunmaktadır(47). COVID-19 yasinin, tamamlanmamış yas, haklarından mahrum

bırakılmış yas, siyasi parçalanma ve büyük güvensizlik, sistemik ırkçılık ve sosyal adaletsizlik ortamında ortaya çıkan UYB riskini arttıran sebeplerle karşımıza çıktığı ifade edilmiştir(48). COVID-19' da yas genellikle ölümden hemen önce ve ölümden hemen sonra eksiktir. İnançla uyumlu son vedalara ve yas ritüellerine sahip olma yeteneğinin kaybı, yasin doğal başa çıkma ve iyileşme süreçlerini karmaşıktırır. Ölmekte olan hastalar için ziyaretçilere izin vermek için şefkatli girişimlerde bulunulmasına rağmen, sosyal mesafe kaçınılmaz olarak kontrol duygusunun kaybolmasına ve endişeye yol açarak sevilen birinin ölümüyle başa çıkma becerisini azaltmaktadır(49, 50).

Covid-19 pandemisi, stres yükü, güvensizlik hissi, izolasyon ve gündelik yaşamın sürekli kesintiye uğramasıyla birlikte birçok can kaybına neden oldu. Birçok bilim insanı, pandemi bittikten sonra gelecekteki yaşamlarımızın pandemi öncesinde yaşadıklarımızdan çok farklı olacağını varsayıyor. Bir viral pandeminin bu beklenmedik biçimi, farklı bir yas deneyimi için de oldukça kışkırtıcıdır. Ayrıca bu süreç, kötü beden sağlığı, düşük yaşam kalitesi ve işlevsel bozulma ile ilişkilidir. Ek olarak, bu süreçte bazı psikiyatrik bozukluklar da tanımlanır. Pandemi deneyimi bazı kişilerde birçok psikolojik travmaya neden olabilir. Ve travmadan iyileşme her kişiye özel ve iyileşme zamanı bir kişiden diğerine farklılık gösterebilir. Birçok insan Covid-19 salgını sırasında yas yaşıyor ve böylece Covid-19 pandemisinin sadece epidemiyolojik bir kriz değil, aynı zamanda psikolojik bir kriz olduğu düşünülebilir(51).

2.1.5. Kayıp ve Yasın Nörobiyolojisi

Yakın kaybı deneyimleyen bireylerde ortaya çıkan stresi araştıran çalışmalarda, "Genel stres yanıtı" ve "Bağlanmaya özgül stres yanıtı" gibi iki boyut saptanmıştır(52). Katekolaminlerin ve kortizol miktarının arttığı genel stres yanıtı, diğer stresli yaşam olayları sonrası tepkilere benzer. Bağlanma ile gelen ödüllendirme ve güvende olma hissine bağlı gelen stres cevabında ise dopamin, opioid ve oksitosin sisteminde değişimler olmaktadır. Ayrıca kaybın hemen sonrasındaki genel stres tepkisine eş zamanlı natürel killer ve patojen hücrelere lenfosittik cevapta düşme genel anlamda kabul edilmektedir(53).

O'Connor ve arkadaşlarının yer aldığı, ödül sistemi bozulmasına yönelik yapılan bir araştırmada, UYB'si olan 11 kadın ile UYB'si olmayan 12 yaşlı kadın karşılaştırılmıştır. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme(fMRG) kullanılan bu çalışmada katılımcılara ölen sevdiklerinin bir resmi gösterilmiştir. Analizler, hem UYB tanısı alan hem de normal yaşlı katılımcılarının, ölen kişinin hatırlatıcılarına yanıt olarak ağrıyla ilgili nöral aktivite gösterdiğini, yalnızca UYB'si olanların, nukleus accumbens'te ödülle ilgili aktivite gösterdiğini ortaya koymuştur(54).

Sevgililerinden ayrılan kadınlarda yapılan bir çalışmada, fMRG ile özellikle beyin arka bölümlerinde etkinlik fazlalığı, ön beyin bölümünde ve özellikle solda etkinlikte azalma gösterilmiştir(55). Yas tutmakta olan 8 kadının incelendiği bir araştırmada singulat korteksin posterior kısmı, frontal girusun mediyal/ superiyal bölümü ve beyincikte etkinlik artışı gösterilmiştir(56). Fötal anomaliler sebebiyle gebeliği sonlandırılmış 12 kadınla sağlıklı doğum gerçekleştirmiş 12 kadının akut yas değişikliklerinin fMRG ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, hamileliğine son verilen bireylerde fiziksel ağrı ve acı ile ilgili singulat girus, inferior frontal girus, talamus ve beyin sapında daha fazla etkinlik saptanmıştır(57).

Bir sistematik derlemede, Kakarala ve arkadaşları UYB'yi düzensiz ödül sinyallesini içeren kavramsallaştırmayı destekleyen bir nörobiyolojik araştırma alanı bulduklarını ifade etmişlerdir(58). UYB'yi bazal gangliyonlardaki farklı aktivite ile ilişkilendiren çalışmalar da dikkat çekmektedir(59). Beyin görüntüleme çalışmalarında orbitofrontal korteks ve amigdalada(60) ve singulat korteksin belirli alanlarında(61) sinyal değişikliği saptanmıştır. UYB'nin nörobiyolojik korelasyonlarına ilişkin incelemelere dayanan başka bir çalışmada, UYB, 'nörobiyolojik ödül sisteminin dahil olduğu bir bağlanma bozukluğu' olarak tanımlanmıştır(6).

2.1.6. Tam Olarak Yas

DSM-III'de V kodu şeklinde gösterilen ve "klinik bir önem atfedebilecek fakat psikiyatrik bir hastalık olmayan durumlar" adı altında yer alan yastan ilk defa "yas istisnası" ifadesi ile bahsedilmiştir. Burada majör depresif bozukluğun(MDB)

kayıp sonrası depresif semptomlar dışında değerlendirilmesi ve tanımlanması gerektiği ifade edilmiştir(62). DSM-IV-TR yası bir bozukluk olarak tanımlamayıp, V62.82 koduyla ve "klinik dikkat gerektiren diğer durumlar" başlığında yer vermiştir. Burada kayıp sonrası depresif semptomları olan bireylerin MDB tanısı alabilmesi için vefattan sonra iki ay geçmesi gerektiği belirtilmiştir(63). DSÖ'ye ait ICD-10 tanı kriterlerinde yasa " Z kodu" altında yer verilmiştir(64).

2.1.7. Uzamış Yas Bozukluğu

Araştırmalar sevilen birinin kaybı sonrası beklenen normal yas tepkilerinin genelde 6 ay gibi bir sürede kendini sınırladığına işaret etmektedir(65, 66). Kaybı takip eden 6 ay içinde, kabullenmenin giderek artması, inanmamanın azalması beklenir. Özlem, öfke ve depresyon sırasıyla 4., 5. ve 6. ayda zirve yapar. 6 ay sonra, yas tepkilerinin yoğunluğu azalmaya devam eder ve bireyler kabullenmeye başlar. Bu nedenle semptomların başlangıcından tanıya kadar 6 aylık bir süre önerilmiştir(67, 68). Eskiden karmaşık, travmatik veya patolojik olarak ifade edilen ve işlevselliği bozan amansız yas tepkileri için kullanılan ortak isim artık UYB'dir(69).

Literatürde normal olmayan yası ifade etmek için kullanılan terimler çeşitlilik göstermektedir. Bunlar: Uzamış yas, kronik yas, anormal yas tepkileri, komplike yas, patolojik yas, distorte yas, maladaptif yas, nevrotik yas, fonksiyonel olmayan yas, çözümlenmemiş yas, gecikmiş yas, abartılmış yas tepkileri, maskelenmiş yas, inhibe edilmiş yas, travmatik yas, hipertrofik yas gibi ifadelerdir(70).

İşlevselliğini bozan uzun süreli yas reaksiyonları DSM-5'e "Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu (KKYB)" adıyla daha fazla çalışma yapılması koşul olarak belirtilmiş olup Bölüm III'e dahil edilmiştir(26). DSÖ'nün (2018) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın (ICD-11) 11. versiyonunda "Uzamış Yas Bozukluğu" olarak bir tanı kodu (6B42) haline gelmiştir(71). Ayrıca DSM-5'in gelecek metin revizyonunda (DSM-5-TR), KKYB'nin yerine UYB adıyla ve Bölüm II'de yer alacağı belirtilmiştir(72, 73). UYB tanı kriterlerinin karşılaştırılması Tablo 2'de açıklanmıştır. (DSM-5)(26), (ICD-11)(71), (DSM-5-TR)(74).

Tablo 2. Uzamış Yas Bozukluğu Tanı Kriterlerinin Karşılaştırılması

1. Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu (DSM-5)	2. Uzamış Yas Bozukluğu (ICD-11)	3. Uzamış Yas Bozukluğu (DSM-5-TR)
A: Kayıp yaşantısının üzerinden en az 12 ay süre geçmesi	A: Eşin, ebeveynin, çocuğun veya sevilen birinin ölümünün üzerinden en az 6 ay süre geçmesi	A. Kayıp yaşayan bir kişinin yakınının en az 12 ay önce ölümü
B: Klinik olarak anlam ifade eden aşağıdaki belirtilerden en az birine sahip olmak: 1-Vefat edeni arzulamak veya özlem duymak 2-Yoğun acı ve duygusal keder 3- Vefat eden kişiye yönelik devamlı zihinsel meşguliyet 4- Ölüm anıyla devamlı zihinsel meşguliyet	B: Aşağıdaki belirtilerden en az birini sık sık yaşamak: 1- Yoğun duygusal acı eşliğinde ölen kişinin sürekli ve yaygın bir biçimde özlemi 2- Ölen kişiye yönelik sürekli ve ısrarlı zihinsel meşguliyet halinde olma	B. Ölümünden bu yana, klinik olarak anlamlı derecede çoğu günde mevcut olan aşağıdaki semptomlardan biri veya her ikisi ile karakterize kalıcı bir yas tepkisinin gelişmesi. Ayrıca, semptom(lar) en az son bir aydır neredeyse her gün ortaya çıkar: 1. Ölen kişiye yönelik yoğun özlem/hasret çekme 2. Ölen kişinin düşünceleri veya anılarıyla meşgul olma
C: Sık sık ve klinik olarak anlam ifade eden aşağıdaki belirtilerden en az altısını yaşıyor olmak: 1- Kaybı kabul etmede zorluk 2- İnanamama ve his yokluğu 3- Vefat eden kişiyi olumlu anamama 4- Öfke 5- Suçluluk ya da kendine yönelik olumsuz düşünme 6- Ölümü hatırlatan şeylerden kaçınma 7- Vefat eden kişiyle beraber vefat etme isteği 8- İnsanlara güven duymada zorlanma 9- İnsanlardan kopmuş gibi ya da yalnız hissetme 10-Yaşamın boş ve anlamdan yoksun olduğunu hissetme 11-Yaşamdaki rolüyle ilgili karışıklık veya kimlik duygusunun azalması 12- İstek azlığı veya ileriye yönelik plansızlık	C: Şiddetli bir duygusal kederle birlikte aşağıdaki belirtilerden en az birini yaşıyor olmak: 1- Acı 2- Suçluluk 3- Öfke 4- İnkâr 5- Kendine yönelik suçlama 6- Ölümü kabul etmekte güçlük yaşama 7- Olumlu ruh halini deneyimleyememe 8- His yokluğu ya da donukluk (Duygusal uyuşukluk) 9- Sosyal yaşama katılmakta zorluk çekme	C. Ölümünden bu yana, aşağıdaki semptomlardan en az 3'ü çoğu gün klinik olarak anlamlı derecede mevcuttur. Ek olarak, semptomlar en az son bir aydır neredeyse her gün ortaya çıkar: 1. Ölümünden bu yana kimlik bozulması (örneğin, kendinin bir parçası ölmüş gibi hissetmek) 2. Ölümüne karşı belirgin bir inançsızlık duygusu 3. Kişinin öldüğünü hatırlatmaktan kaçınma 4. Ölümle ilgili yoğun duygusal acı (örn. öfke, acılık, üzüntü) 5. Ölümünden sonra kişinin ilişkilerine ve faaliyetlerine yeniden entegre olma zorluğu 6. Ölüm sonucu duygusal uyuşukluk 7. Ölüm sonucu hayatın anlamsız olduğunu hissetmek 8. Ölüm sonucu yoğun yalnızlık hissi
D: Sosyal, mesleki ve diğer alanlarda işlevselliğin bozulması	D: Bu bozukluk kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya neden olur.	D. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili veya önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
E. Yas tepkisi, bireyin kültürü, dini ve yaşına uygun normlar bağlamında tutarsız ve orantısızdır.		E. Yas tepkisinin süresi ve şiddeti, bireyin kültürü ve bağlamı için beklenen sosyal, kültürel veya dini normları açıkça aşmaktadır.
		F. Semptomlar MDB, TSSB veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamıyor veya bir maddenin (örneğin ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamıyor olmalıdır.

2.1.8. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçüm Araçları

Yas belirtilerini ölçmek ve uzamış yas yaşayanları değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlar aşağıdaki gibidir:

1. Texas Revize Edilmiş Yas Envanteri (TRIG): Çözümlememiş ya da patolojik yasin boyutunu ölçmek için tasarlanmış 21 maddelik bir ölçektir. Zamandaki iki nokta ile ilgilidir: geçmiş (ölümden hemen veya kısa bir süre sonra) ve şimdiki zaman (veri toplama zamanı). İlk 8 maddelik alt ölçeği, ölüm anındaki duygu ve davranışları, ikinci 13 maddelik alt ölçek ise mevcut duyguları ölçer. TRIG, UYB'yi ölçmese de, maddeler, devam eden duygusal sıkıntı, kabul görmeme, ruminasyon ve acı veren anılar gibi tipik yas belirtilerini yansıtır(67, 75).

2. Hogan Yas Tepki Kontrol Listesi (HGRC): Altı alt ölçeği olan, 61 maddelik bir ölçüm aracıdır. Alt ölçekler: Umutsuzluk, panik davranışı, suçlama ve öfke, dezorganizasyon, tarafsızlık ve kişisel gelişimdir. HGRC öncelikle vefat etmiş çocukların ebeveynlerinde yası değerlendirmek için kullanılmıştır(32, 67).

3. Karmaşık Yas Envanteri (ICG): Prigerson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ICG, yas tepkilerini depresyon ve anksiyete belirtilerinden ayırmak için tasarlanmıştır. 19 madde ölüme verilen duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin sıklığını değerlendirir. 0 (hiçbir zaman) ile 4 (her zaman) arasında değişen 5'li likert tarzındadır. Toplam puan 0-76 arasında değişir. Komplike yas için eşik değer 25 puan olarak belirlenmiştir(76). Karmaşık Yas Envanteri-Revise formu (ICG-R) yine karmaşık yas belirtilerini ölçer. 29 maddeden oluşur. Katılımcılar, 0-4 arasında değişen 5 puanlık bir ölçekte bu semptomları ne sıklıkta yaşadıklarını belirtirler(77).

4. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13): Yas çalışmalarında kullanılan 19 maddelik ICG, Prigerson ve arkadaşları tarafından zaman içerisinde kısaltılmış ve PG-13 geliştirilmiştir. Bu ölçeğin hem uzamış yas belirti şiddetini hem de uzamış yas bozukluğu tanısı koymak için kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. PG-13, UYB'nin DSM-5'e (26) ve ICD-11'e (71) dahil edilmesi için önerilen kriterleri içeren yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Öz bildirime dayalı bu ölçek, UYB teşhisi için 6 aylık bir süre kriteri içerir(69). Kısa ve kapsamlı olan bu ölçek UYB'yi çeşitli

popülasyonlarda araştırmak için umut verici bir araçtır(67). PG-13 UYB tanı kriterlerini değerlendirmek için çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır(78-81).

5. Kısa Yas Anketi: Ölümü kabul etmede zorluk, ölümle ilgili rahatsız edici görüntü/ düşünceler, bozulmuş işlevsellik, ölen kişiye dair şeylerden kaçınma ve sosyal izolasyonla ilgili sorular içeren, öz bildirime dayalı, 5 maddelik ankettir(82).

2.1.9. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk ve Koruyucu Faktörleri

UYB tanısı olanlarda yapılan çalışmalar sonucu; yas sürecini uzatan bazı risk faktörleri ve yasin normal seyrini sağlayan koruyucu faktörler belirlenmiştir. Bunları kayıp yaşayan kişinin özellikleri, kaybedilen kişiyle ilişkinin özellikleri ve kayba bağlı değişkenlerle açıklamak mümkündür (Tablo 3) (14, 21, 83-93).

Tablo 3. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk ve Koruyucu Faktörleri

Kayıp yaşayan kişinin özellikleri	
Risk faktörleri	Kadın cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, ruhsal/ bedensel hastalık öyküsü, psikotrop ilaç kullanımı, sosyal izolasyon, ruminasyon, güvensiz bağlanma biçimleri, ayrılık anksiyetesi, kişilik özellikleri, duygu odaklı başa çıkma stratejileri, genetik yapısı, inanç ve kültürel özellikler, travma ya da taciz/istismar/ihtimal öyküsü, sosyal desteğin yetersiz olması, olumlu anılara erişme zorluğu
Koruyucu Faktörler	Psikiyatrik öykünün bulunmaması, anlamı yeniden yapılandırma, davranışsal aktivasyon, sosyal desteğin iyi oluşu, problem merkezli başa çıkma stratejileri, iyi gelen aktivitelerin kullanımı, maneviyat arayışı
Kaybedilen kişiyle ilişkinin özellikleri	
Risk faktörleri	Ölen kişiyle ilişkinin niteliği (aşırı bağımlı, ambivalan ya da narsisistik olması), kaybedilen kişiye duyulan ifade edilememiş ya da çözümlenememiş öfke ve meseleler olması, bitmemiş işlerin varlığı, ölenle yakınlık derecesi (evlat, eş ya da ebeveyn olması), yaşam sonunda daha çatışmalı ilişkiler
Kayba bağlı değişkenler	
Risk faktörleri	Genç ölüm yaşı, ölümün ani, travmatik ya da beklenmeyen bir şekilde olması, intihar yoluyla gerçekleşen ölümler, çoklu kayıp, kronik hastalık sonrası olan ölümlerde yas tutanın bakım veren olması, hastanede ölüm
Koruyucu Faktörler	Doğal ölüm, algılanan ölüm hazırlığı, ölüm öncesi palyatif bakım, palyatif bakımdan memnuniyet, evde ölüm

2.1.10. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yaygınlığı

Yaslı bireylerin çoğu, profesyonel yardım almadan kayıp sonrası hayata başarılı bir şekilde uyum sağlasa da, yaklaşık üçte biri patolojik yas tepkileri geliştirir ve klinik müdahale olmadan iyileşme gerçekleşmez(94). Uzamış yasin prevelansı ile ilgili yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde epidemiyolojik çalışmalar ve psikiyatri hasta popülasyonunda yapılan çalışmaların farklı oranlar saptadığı dikkat çekmektedir.

2520 kişiyle yapılan toplum temelli bir araştırmada, major bir kayıp sonrası yaslı kişilerde, UYB geliştirmenin koşullu prevalansı %6,7; genel popülasyonda ise %3,7 bulunmuştur(83). Bununla birlikte, risk altındaki popülasyonlarda UYB görülme oranı; demans hastalarının bakımını üstlenenler arasında %20(95), HIV+ bakıcılarında %50'nin üzerinde(96), çocuklarını travmatik bir şekilde kaybeden ebeveynlerde %78 (97) e kadar değişen oranlarda yüksek olabilmektedir.

2021 yılında İspanya'da yapılan sistematik gözden geçirme araştırmasında incelenen çalışmaların 6'sına dayalı olarak UYB'nin ağırlıklı ortalama prevalansı %21,53 olarak bulunmuştur. Kullanılan yas ölçümünün türü dikkate alındığında tanı araçlarının kullanıldığı çalışmalarda %7,67-10,68, semptomatik araçların kullanıldığı çalışmalarda %28,77 yaygınlık elde edilmiştir(92). Kanada'da 1208 katılımcının olduğu toplum temelli yakın zamanda yapılan bir araştırma, neredeyse tüm yetişkinlerin (% 96) hayatlarında en az bir kez sevdikleri birinin ölümü nedeniyle yas hissettiğini ve %78'inin görüşme sırasında bir dereceye kadar yaslı hissettiğini ortaya çıkarmıştır(98). 1990'larda, uzamış yas görülme sıklığı, yaslı yetişkinler arasında genellikle %9 olarak kabul edilmiştir(99).

Uzamış yas bozukluğunun görülme sıklığı veya yaygınlığı, teşhis süresi sınırı 6 aya indirildiği için artık çok daha büyük olabileceği ve bu durumun uzamış yasin kronik veya inatçı hale gelmeden önce erken tedaviyi mümkün kılabileceği belirtilmiştir(100). Bir gözden geçirme makalesi, 1994-2016'da yayınlanan ve yetişkinler için % 9,8'lik uzamış yas bozukluğu oranı belirleyen 14 nicel araştırma makalesine dayanan bir meta-analiz olmuştur(101).

ABD'de 11 Eylül 2001'den sonra görev yapan asker ve gaziden oluşan bir örnekleme, 502 kişi önemli bir kayıp (%80,7) bildirmiştir. Bu çalışmada UYB oranı %30,3 bulunmuştur(102). Avustralya, Kanada, ABD ve Birleşik Krallık'ta travmatik iş yeri ölümüne sahip 148 aile ile yapılan bir çalışmada Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği(PG-13) kullanılmış ve % 43 oranında UYB saptanmıştır(80). Yine PG-13 kullanılarak Almanya'daki kadın mülteciler arasında UYB'nin araştırıldığı nicel çalışmada, 106 katılımcının 90'ının yas yaşadığı ve bu 90 katılımcı arasında % 9,41'inin UYB tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur(78).

Bir çocuğun benzersiz kaybı, herhangi bir aile için özellikle trajik bir andır. Genellikle yoğun duygusal acıya ve daha yüksek oranda UYB'ye yol açar. Çin'de tek çocuğunu kaybeden ebeveynlere “shidu” ebeveynler denir. Bazı araştırmacılar, bu aile üyelerinde yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı ve UYB olduğunu öne sürmüşlerdir. Xin Xu ve arkadaşları 2020 yılında yaptıkları bir çalışmada, Çin kültüründe çocuğun kaybının neden olduğu kederin yaygınlığını ve tezahürünü anlatmışlardır. Bu aileler sadece çocuk kaybindan etkilenmekle kalmamış, aynı zamanda kimlik kaybı ve sosyal damgalanma da yaşamışlar. Yazarlar, 2020'de UYB prevalansının genel popülasyonun yaklaşık %10'u olduğunu, ancak shidu ebeveynlerinde bu oranın %35,5 olduğunu, yani 2 milyondan fazla kişi olduğunu yayınlamışlardır(103).

Zisook ve arkadaşlarının yapmış olduğu iki çalışma, genel bir psikiyatri polikliniğine başvuran ve kayıp yaşayan hastalara odaklanmıştır. Birinci çalışmada 220 hasta ile ikinci çalışmada ise 1000 hasta ile anket formu doldurulmuş ve değerlendirmeye alınmıştır. Her iki çalışmada da katılımcıların yaklaşık %20'sinin UYB tanısı aldığı bulunmuştur(104, 105).

Vancouver bölgesindeki iki psikiyatri polikliniğinde bir yıl boyunca başka bir kişinin ölümünden kaynaklanan kayıp ve UYB yaygınlığını araştıran bir çalışma da literatürde mevcuttur. Veriler bu bölgedeki iki poliklinikten toplanmış olup giriş sonrası anketleri dolduran 235 hastadan 73'ü (%31) orta derecede UYB tanı kriterlerini karşılamıştır. Ayrıca toplam 69 hasta (%29) şiddetli UYB tanı kriterlerini karşılamıştır(106).

2.1.11. Uzamış Yas Bozukluğu ve Komorbidite

2013 yılında yayınlanan DSM-5, yas ve MDB tanılarını ayırmıştır. Bu anılara ait ayırt edici özellikler belirlenmiştir. Yasta boşluk ve kayıp hissi daha fazladır, disfori gün geçtikçe azalır ama kaybedilen kişiyi anımsatan durumlarda artar, sevinç ve pozitif duygulanımlar yaşanabilir, özsaygı korunur, ölüm fikri kaybedilen kişinin yanına gitme isteği şeklinde meydana gelir(26).

UYB normal yas sürecini değiştiren ve seyrini daha da kötüleştiren üst üste binen bir süreci ifade eder. Başka bir deyişle UYB normal yas belirtileri ile karakterize edilir, ancak bu belirtiler çok uzun bir süre boyunca çok yoğun yaşanır. UYB'nin temel semptomları, kayıpla ilgili şiddetli duygusal acı ile birlikte ölen kişiyle yoğun bir özlem veya meşguliyettir. Uzamış yasta komorbid bazı ruhsal bozuklukları da ele almak önemlidir(22). Kaybın neden olduğu stres, fonksiyonel bozulma, düşük yaşam kalitesi, artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir(91).

Psikiyatrik komorbid durumlar, UYB olan bireyler için yaygındır. Özellikle bazı semptomların örtüşmesi ayırıcı tanı güçlükleri yaşatır. O yüzden dikkatli bir değerlendirme yapmak gerekir. Örneğin, UYB tanısı alan 206 kişiden oluşan bir örnekleme yapılan çalışmada, %75'ine halihazırda eşlik eden bir psikiyatrik hastalık tanısı konmuştur. Bu örnekleme en sık görülen komorbid durumlar MDB (%55), TSSB (%48) ve anksiyete bozuklukları (%62) iken, yaygın anksiyete bozukluğu en sık görülen anksiyete bozukluğu eştanısı olmuştur. Psikiyatrik eş tanının varlığı önemli ölçüde daha yüksek yas belirtileri şiddetiyle ilişkilendirilmiştir(107).

Heeke ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış oldukları sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında da MDB, anksiyete bozuklukları ve travma ile ilişkili bozukluklar tanısı ile başvuran yaşlı örnekler arasında daha yüksek uzamış yas şiddeti oranları bulunmuştur. Ayrıca, UYB tanısı olanların intihar düşüncesi ve davranışları açısından yüksek risk altında olabileceği; bu nedenle intihar riskinin yeterince değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir(108).

Piper ve arkadaşlarının kayıp ve UYB yaygınlığını araştırdıkları bir çalışmada anketleri dolduran 235 hasta DSM-IV tanı kriterlerine göre araştırılmıştır.

230 hasta (%98), eksen I tanısı almıştır. En sık görülen birincil tanılar MDB (117 hasta veya %50), distimi (42 hasta veya %18), madde kötüye kullanımı (35 hasta veya %15) ve bipolar bozukluk (26 hasta veya %11) olarak bulunmuştur(106).

UYB'de kişi kaybedilenle alakalı yoğun bir üzüntü ve keder içinde olup bu belirtiler kayıp ile ilişkilidir. Halbuki depresyonda mutsuzluk, hayattan keyif alamama ve kendine güvensizlik hâkimdir. Anksiyete bozukluğunda tehdit algısı daha geneldir ve kaçınma kişiyle alakalıdır. Uzamış yasın kayıp ile ilgili duygudurum, bilişsel ve kaçınma gibi davranışsal belirtileri TSSB'ye daha çok benzemektedir(109). Yakın tarihli bir çalışmada UYB'si olan hastaların üçte birinin yasla ilişkili panik ataklar yaşadığı ve % 17' sinin panik bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur(110).

Yapılan başka bir çalışmada; komorbid durumlarda UYB teşhisinin tedbirli bir şekilde konulması gerektiği, çünkü MDB, TSSB ve madde kullanım bozukluklarının ölüm gibi bir stresör tarafından tetiklenebileceği ve UYB'si olan hastaların pratikte hiçbir komorbid durumu olmadığını belirtmenin önemli olduğu anlaşılmaktadır(51). Bu konuda yapılan çalışmalar, UYB'yi MDB'den (Freud'un melankolisi), yaygın anksiyete bozukluğundan ve yas nedeniyle oluşan TSSB'den ayırmıştır(22, 69, 111).

Uzamış yas reaksiyonlarının neden olabileceği komorbid durumlar hakkında yapılan çalışmalarca, kanser ve sağlık sorunları(112), artan madde kullanımı(113) ve genel tıbbi durumun bozulmasıyla(3) benzersiz bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca UYB'nin, tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin artmasıyla sonuçlanan olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur(114). Epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Jacobs, akut olarak yaşlı bireylerin yaklaşık %20'sinin klinik komplikasyonlar geliştirdiği sonucuna varmıştır. Klinik komplikasyonlar arasında anksiyete; depresyon; sosyal, mesleki ve ailevi işlev bozukluğu; sağlığı tehlikeye atan davranışlar; ve fiziksel morbidite olduğu saptanmıştır(115).

Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda; geçmiş ya da şu anda psikiyatrik bir hastalığın bulunmasının uzamış yas tanısını yordadığı bulunmuştur(92, 116). Prigerson ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada bir eş kaybının yasını tutan UYB tanısı alan kişiler arasında izlemde sigara imedeki artışlar rapor edilmiştir(117). Eşi vefat etmiş bireylerden oluşan bir örneklemde yapılan ve kayıptan sonraki ilk 13 aydaki depresyonu araştıran bir başka çalışma literatürde mevcuttur. Zisook ve Shuchter tarafından yapılan bu çalışmada kayıp yaşayan katılımcılar kayıp sonrası 2., 7. ve 13. ayda değerlendirilmiş ve sırasıyla %24, %23 ve %16 oranında MDB eş tanısı tespit edilmiştir.

2.1.12. Uzamış Yas Bozukluğu Tedavisi

UYB için psikiyatrik müdahale endikasyonları, kalıcı yüksek semptom şiddeti, zamanla herhangi bir iyileşme olmaması, işlevsel bozulma, tedavi arama davranışları, umutsuzluk ve özellikle intihar düşünceleridir. Destek gruplarının oluşturulması, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi ve motivasyonel görüşme olası psikoterapötik tekniklerdir. Farmakoterapi için veriler sınırlıdır. Bir seçici serotonin geri alım inhibitörünün olası kullanımı, birkaç durumda faydalı olarak tanımlanmaktadır. Ancak psikolojik yardım ve müdahaleye ihtiyaç olan kişilerin taranmasında sağlık çalışanları ile acı çeken birey arasındaki ilişkinin çok önemli olduğu belirtilmektedir(51).

UYB tedavisi üzerine araştırmalar gözden geçirildiğinde Reynolds ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan bir çalışmada, nortriptilin ve kişilerarası psikoterapinin, yasla ilişkili depresyon belirtilerinin şiddetini azaltmada etkili olmakla birlikte, UYB üzerinde bir etkisi olmayabileceği açıklanmıştır(118). Antidepresan ilaçlardan ziyade UYB'ye özgü psikoterapilerin yararlı olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir(111, 119). Yakın tarihli bir makalede; yasin kalıcı olmasının mutlaka anormal veya patolojik olmadığı ve kaybedilen eşin hatırasıyla meşgul olmanın, gerçek bir bağlılığın normal veya gerekli devamı ve gerekli bir yaşam desteğinin parçası olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca kalıcı yoğun yas belirtilerinin patolojik de olabileceği; dahası, bunların çözümünün, depresyon

semptomlarından ziyade UYB semptomlarını hedef alan müdahaleleri gerektirebileceği ifade edilmiştir(6).

UYB semptomlarını hedef alan bazı müdahalelerin etkili olduğu kanıtlanmıştır. Örneğin, Shear ve arkadaşları UYB için hedefe yönelik psikoterapinin, uzamış yas semptomlarında önemli bir azalma ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte, yine bir antidepresan olan sitalopramın etkisiz olduğunu belirtmişlerdir(120). Yine bilişsel davranışçı terapi ve maruz bırakma terapisinin UYB semptomlarını azaltmada yardımcı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(121, 122).

Nörobiyolojik kanıtların artmasından sonra UYB için farmakoterapi çalışmaları da artmıştır. Ödül yollarını hedefleyen bir ajan olan naltreksonun, psikoterapinin etkili olmayabileceği ve/veya psikoterapi tedavisi yanıtını artırabilecek kişilere yardımcı olabilecek bir ilaç olarak denenmesini destekleyen görüşler de vardır(6).

2.2.BAĞLANMA

Bağlanma henüz anne karnındayken başlayan, bebeklik döneminde bakım verenin rolüyle gelişen ve yaşamın sonuna kadar hem kişiler arası ilişkileri hem de kişinin ruhsal yapılanmasını şekillendiren önemli bir süreci ifade eder. İngiliz psikanalist John Bowlby, erken dönemde gelişen bağlanmanın güvenlik ihtiyacından kaynaklandığını, yaşamın başında belirli birkaç kişiye yöneldiğini ve yaşam boyu sürdüğünü ifade etmiştir(123).

John Bowlby, bebek-anne (birincil bakım veren) ilişkisinin önemini ve bu ilişkinin bireyin diğer tüm yakın ilişkileri üzerindeki etkisini, işlevini belirten düşünceleriyle adeta bir devrim yaratmıştır(124). İnsanlarla bağ kurma yeteneği, yaşamın erken dönemlerinde başlayan temel bir beceridir. Ebeveyn ya da bakım veren ile çocuk arasındaki ilişki, bir bebeğin oluşturduğu ilk önemli ilişkidir ve bu ilişkinin sağlığı, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimi üzerinde derin bir etkiye sahiptir(125).

John Bowlby'nin Bağlanma Kuramı, psikanaliz, etiyoloji, sosyobiyojoloji, psikobiyojoloji ve modern bilişsel gelişim teorileri dahil olmak üzere farklı disiplinlerin etkileşimleriyle oluşan multidisipliner bir kuramdır(126). Bowlby'e göre; bebeklerin birincil bakıcı ile kurdukları ilişki sonucunda kendilerini önemli hissettiklerini, sevmeyi ve onaylanmayı hak ettiklerini iddia etmiştir. Bu güvenli temel, bireyin kendisi ve başkaları için olumlu içsel çalışma modelleri geliştirmesinin temelini oluşturur(127).

Bağlanma kuramının temel ilkeleri üç şekilde sayılabilir. Birinci olarak kuramın insanların başkalarıyla duygusal olarak bağlantı kurmak ve yakın ilişkiler kurmak üzere tasarlanmış olduğu söylenebilir. Bir diğeri, çocukların sosyal ve bilişsel gelişimi, ebeveynleri, özellikle de anneleri tarafından onlara nasıl davranıldığından güçlü bir şekilde etkilendiğidir. Üçüncüsü ise, erken deneyimlerin sonraki ilişkilerdeki eğilimleri açıklayabilmesidir(128).

Bowlby'nin çalışmasına dayanarak, Ainsworth ve Bell, 1970'te güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma ve kaygılı/ikircikli bağlanma olmak üzere üç ana bağlanma biçimi tanımlamışlardır. Kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma türleri güvensiz bağlanma olarak tanımlanmıştır(129).

Bebekler doğuştan sosyal varlıklardır ve yaşamın ilk yılının ikinci yarısında bebek bağlanma davranışları tek bir kişiye veya az sayıda bakıcıya odaklanır. Sürekli olarak ihtiyaçlarına cevap veren bir bakıcıya sahip olan bebek, bu bireyle güvenli bir bağ geliştirir. Bu güvenli tabandan bebek, keşfetme konusunda rahat hisseder; özgüven gelişir. Yaşam boyunca özerklik, destekleyici bağlanma ilişkileri sayesinde en iyi şekilde işler(124). Erdman ve Caffery (2013) bağlanan kişi için fiziksel yakınlığın psikolojik amacının, bir bağlanma figürünün varlığında güvenlik olduğunu ve sistemin fizyolojik amacının hayatta kalmak olduğunu belirtmişlerdir(130).

Erken gelişim evrelerindeki bağlanmalarımız, savunmasız bir canlı olan insan için gereklidir. Genelde bakım verene yönelir ve yaşamın devamında rolü vardır. Bağlanma sağlanmazsa canlı kendini tehlikede hisseder ve örneğin, annesini kaybeden bebek sızlanma, ağlanma, sinirlenme tepkileri verir. Bu durumda verilen

tepki bir çözüm getirilmezse bebekte kayıtsızlık, ümitsizlik ve içe kapanma ortaya çıkar(131). Güvensiz bağlanma, sıkıntılı olduğunda bakıcısını aramayan bir bebek veya bakıcının tepkisiz, reddedici, tutarsız veya duyarsız bakım göstermesi nedeniyle bakıcıdan uzaklaşmakta güçlük çeken bir bebek ile karakterize edilir(132).

2.2.1.Bağlanma ve Yas

Worden (2009)' a göre; Bowlby, kayıp ve onun sonucunda meydana gelen yası bağlanma ile kayıp ilişkisi yelpazesinde açıklamaya çalışmıştır. Ayrıca kaybettiğimiz kişiyle aramızda duygusal bir bağ kurulmuşsa, ölenin yokluğunda yeni bağlar kurma yolları ve bireyin kendini tekrardan tanımlaması gerektiğini ifade etmiştir(21).

Bowlby, yas tutma sürecini 4 evrede incelemiştir. Birinci evrede kişi, protesto, uyuşukluk, şok ve inanamama halindedir. İkinci evrede, ölen kişiye hasret duymak ile onu dış dünyada arama davranışı olur. Üçüncü evrede, dikkat, konsantrasyon gibi bilişsel özelliklerde bozulmalar sonucu bir dezorganizasyon hali ve sonuç olarak umutsuzluk hissinin doğurduğu depresyon oluşur. Dördüncü ve son olan evre ise yeniden düzenlenme ve iyileşme dönemidir. Bağlanma teorisi, bireylerin bağlanma biçimlerinin yas tutarken duygu düzenleme süreçlerini, modellerini ve sonuçlarını etkilediğini öne sürer. Bağlanma, yetişkin bağlanma biçimlerinin altında yatan iki boyutla kavramsallaştırılmıştır. Bunlar:kaçıngan bağlanma ve kaygılı bağlanmadır(38).

Yapılan araştırmalar, yas tepkilerinde bireysel farklılıkları etkileyen çeşitli faktörler arasında, bağlanma biçiminin önemli olduğunu göstermektedir(133). Kaçıngan bağlanma biçimine sahip bireyler, genellikle bağımsızlık için mücadele eder ve önemli diğer kişilerle duygusal mesafeyi korur. Kaygılı bağlanma stiline sahip bireyler, önemli diğerlerine aşırı derecede bağımlıdır ve yakın ilişki içinde oldukları bu kişilerin stresli zamanlarda müsait veya destekleyici olmayacağından endişe duyarlar(134).

Parkes (2001), Shaver ve Tancredy (2001)'e göre, genel olarak güvenli bağlanma stiline sahip kişilerde normal veya sağlıklı yas olacaktır. Ayrıca bu

kişilerin hayatlarında önemli bir kişinin kaybına duygusal olarak tepki vereceklerini, ancak kederlerinden bunalmış hissetmeyeceklerini ifade etmişlerdir(135, 136). Stroebe, Schut ve Stroebe (2005), yaşlı insanların sahip oldukları bağlanma biçimlerine göre kayıpla farklı şekilde başa çıkma tarzları olduğu, yaşlı kişilerin bağları sürdürme biçimlerinin, bağlanma biçimlerine göre farklılık gösterdiği ve yas komplikasyonlarının güvensiz bağlanma stilleriyle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir(137).

Shear ve arkadaşlarına göre yasın şiddeti; ölüm ile "kişinin bağlanma biçimi tarafından belirlenen sürekliliği ifade eden davranışlarının kaybı"nın ilişkisiyle ilgili olabilir(24). Literatürde kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahip olanlarda, yasın yoğunluğu ve belirti şiddetinin fazla olduğunu belirten araştırmaya da rastlanmıştır(8). Van Doorn ve arkadaşları yapmış oldukları prospektif bir çalışmada eşini kaybetmiş 59 yaşlı kişiyi değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerde uzamış yas belirti şiddetinin anlamlı bir şekilde fazla olduğu bulunmuştur(138).

2.3.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

APA'ya (2008) göre, travma, kişinin veya başkalarının yaralanmasını, ölümünü veya fiziksel bütünlüğünü tehdit eden ve aynı zamanda meydana geldiği anda dehşet, korku, üzüntü veya çaresizlik hissi veren olaylar sonucu oluşur. Bu olaylar arasında cinsel istismar, fiziksel istismar, aile içi şiddet, topluluk ve okul şiddeti, tıbbi travma, motorlu araç kazaları, terör eylemleri, savaş deneyimleri, doğal ve insan kaynaklı afetler, intiharlar ve diğer travmatik kayıplar yer alır(139).

Çocukluk çağı travma olaylarının alt türlerini ayırt etmek için en iyi çalışılmış yaklaşımlardan birinin, onu beş faktöre ayırmak olduğu ifade edilmiştir. Bunlar: Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmaldir(140). Şar ve arkadaşları 2021 yılında, ek bir faktör olarak aşırı koruma/aşırı kontrol ile geleneksel 28 soruluk ölçek temelinde genişletilmiş 33 maddelik bir Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTQ-33) geliştirmiştir. CTQ-33'ün hem klinik

olmayan katılımcılarda hem de psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda hem İngilizce hem de Türkçe versiyonları ile güvenilir ve geçerli olduğu kanıtlanmıştır(12). Orijinal CTQ-28'de bulunan üç minimizasyon/inkar maddesi aynı zamanda CTQ-33'te de mevcuttur. Özetle çocukluk çağı travmaları türleri duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, minimizasyon/inkar ve aşırı koruma/aşırı kontrol şeklinde gruplandırılabilir.

Fiziksel istismar, bir çocuğa yaralanmaya neden olan veya yaralanma riski oluşturan fiziksel saldırı olarak sınıflandırılır. Fiziksel ihmal, çocuğu tehlikeye atan yetersiz ebeveyn gözetimi ve çocuğun yiyecek, barınma, güvenlik, tıbbi bakım ve giysi gibi temel fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmamasını içerir. Duygusal istismar, çocuğun öz değerine veya iyiliğine yönelik sözlü saldırılar da dâhil olmak üzere çocuğa yönelik küçük düşürücü ve alçaltıcı davranışları içerir. Duygusal ihmal, çocuğun ait olma, sevgi, bakım ve destek gibi temel psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayamama ile karakterizedir. Cinsel istismar, 18 yaşından küçük bir çocuk ile bir yetişkin veya daha büyük bir kişi arasındaki cinsel temas veya davranışı içerir(141).

Özellikle yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan psikolojik stresörler, bireyleri yaşam boyu akut ve kronik stres faktörlerine karşı daha savunmasız ve reaktif hale getirir. Çocuklukta kötü muamele, kişilerarası travmanın, psikopatolojilerin ve yaşam boyu devam edebilen olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının uzun vadeli etkisi nedeniyle özellikle erken yaşamda zararlı bir stres etkenidir(142, 143).

Fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal veya yaşlı bir kişinin veya bir yetişkinin çocuğa karşı uyguladığı cinsel istismar olarak tanımlanan çocuklukta kötü muamele, bireyleri kötü muamele meydana geldikten on yıllar sonra bile olumsuz sağlık sonuçları açısından artan riske sokar(141, 143).

Spesifik olarak, meta-analizler, çocuklukta herhangi bir şekilde kötü muameleye maruz kalanların, tekrarlayan ve kronik ruh sağlığı durumlarını bildirme olasılığının çok daha yüksek olduğunu göstermiştir(144). Örneğin, Li ve ark. (2016)

belgelenmiş bir çocukluk çağı kötü muamele öyküsünün, yetişkinlikte MDB ve herhangi bir anksiyete bozukluğu olasılığında 2 kat artışla ilişkili olduğunu bildirmiştir(145). Ayrıca yapılan bir çalışmada, bir eşin vefatından sonra anksiyete bozukluklarının yaygınlığı iki kat, MDB'nin yaygınlığı ise sekiz kat artmıştır(28). Yine, bir gözden geçirme, çocukluk ya da ergenlik çağı travması ile yetişkin ruh sağlığı hastalığı arasındaki ilişkinin karmaşıklığının yanı sıra erken yaşam travmasının yetişkin akıl hastalığı üzerindeki zararlı etkisini ve travmanın etkilerini iyileştirmek için erken müdahale görevinin çok önemli olduğunu vurgulamıştır(144).

2.3.1.Çocukluk Çağı Travmaları ve Yas

Çocuklukta kötü muamele yaygın bir deneyimdir ve yetişkinlerin yaklaşık %30-50'si çocukken bir miktar istismar veya ihmal bildirmiştir. Çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmış olanlar, çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmayanlara kıyasla, stres zamanlarında yardım etmek için daha az sosyal ve psikolojik kaynağa sahiptir. Sıkıntılı hanelerden olanlar, sosyal becerilerin ve yakın ilişkilerin gelişmemesi nedeniyle yaşamları boyunca sosyal destek alma olasılıkları daha düşüktür(146). Bu bireyler, sosyal geri çekilme ve kaçınma gibi stresle başa çıkmak için uyumsuz stratejiler kullanabilir(147).

Çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmış olanlar psikososyal sorunlar, ruh sağlığı ve fiziksel sağlık sorunları açısından yüksek risk altındadır. Erken yaşam stresi yaşayan bireyler sadece daha yüksek yoğunlukta stresörler yaşamakla kalmaz, aynı zamanda bu kişiler günlük olayları stresör olarak diğerlerine göre daha sık yaşarlar. Erken yaşam sıkıntısı yaşayanlar, belirli koşulları diğerlerinden daha stresli bulabilirler. Ek olarak, çocuklukta istismar öyküsü olanlar, olmayanlara kıyasla belirsiz durumları daha tehdit edici olarak algılar(143). Ayrıca, çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmış yetişkinler, yaşamayanlara kıyasla, günlük yaşam stresine karşı önemli ölçüde daha fazla duygusal tepkisellik ve stresli yaşam olaylarına karşı daha yüksek stres tepkisi göstermiştir(148). Erken yaşamdaki sıkıntılardan kaynaklanan yüksek stres duyarlılığının klinik sonuçlar üzerinde etkileri vardır; stresörler yasin şiddeti ile bağlantılıdır(149).

Silverman ve arkadaşlarının (2001) dul kalmış 85 kişi ile yapmış oldukları bir çalışmada, çocukluk ve yetişkinlik döneminde yaşanan olumsuzlukların MDB, TSSB ve travmatik yas tanıları üzerine etkileri araştırılmıştır. Üç çocukluk sıkıntısı ebeveyn ölümü, istismar ve kardeş ölümü; üç yetişkinlik olumsuzluğu ise bir çocuğun ölümü, yas dışı travmatik olay ve kardeş ölümü olarak belirlenmiştir. Çocuklukta meydana gelen olumsuzluklardan istismar ve bir ebeveynin ölümü, hem travmatik yas hem de MDB tanısıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı olumsuzluklarının travmatik yası ve yetişkin olumsuzluklarının TSSB'yi öngörme eğilimi, olumsuzlukların kümelenmesi ve psikiyatrik bozukluklar arasında komorbidite dikkate alındıktan sonra bile anlamlı kalmaya devam ettiği saptanmıştır. Sonuçlarda, çocuklukta olumsuz deneyimleri travmatik yasa karşı bir savunmasızlık oluşturduğunun çok açık olduğu ifade edilmiştir(13).

Bazı araştırmalar, çocuklukta yaşanan sıkıntıların, ileri yaşamdaki stresörlerin olumsuz etkilerine karşı tampon oluşturabileceğini göstermektedir. Altta yatan stres etkenleriyle başa çıkma yeteneğine sahip bireylerin, yaşamlarının sonraki dönemlerinde stresle karşı karşıya kaldıklarında, koruyucu bir faktör olarak hizmet edebilecek dayanıklılıklarının farkına varabilecekleri varsayılmaktadır(150). Hâlihazırda, çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmış bireyler arasında, yaşamın sonraki dönemlerinde stresörlere karşı belirli özelliklerin dayanıklılığı artırabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır(151).

Çocukluk çağı kötü muamelesi ile öznel sosyal statü ve yası tahmin etme zamanı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, çocuklukta kötü muameleye düşük oranda maruz kalan katılımcılarda, yas belirtilerinin zamanla azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, çocuklukta kötü muamele, eşin ölümünü takiben 4. ve 6. aylarda yüksek öznel sosyal statüye sahip katılımcılar arasında yas belirtilerindeki artışları öngörmüştür(152). Bununla birlikte, zamanla bireylerin yaşam boyunca erken dönemdeki sıkıntılar ve kümülatif stres nedeniyle daha şiddetli depresyon ve yas belirtileriyle karşı karşıya kalabileceği çeşitli çalışmalarda ifade edilmiştir(149, 150, 153).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilen 21/568 kayıt numaralı "Psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan yetişkinlerde uzamış yas bozukluğu sıklığı ve belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin incelenmesi" başlıklı proje önerimiz kurulunuzun 20.08.2021 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

3.2. ÖRNEKLEM

Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde yürütülmüştür. 01.09.2021-01.03.2022 tarihleri arasında ardışık olarak başvuran, gönüllülük esasına göre sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan, 18-65 yaş arası, yakın kaybı olan yetişkinlerden dahil edilme kriterlerini taşıyan bireyler çalışmaya alınmıştır. Toplamda 192 kişiyle yapılan görüşmede sosyodemografik ve klinik görüşme formu doldurulup psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Daha sonra kişiler öz bildirim ile uzamış yas bozukluğu ölçeği, erişkin bağlanma biçimi ölçeği ve çocukluk çağı travmaları ölçeğini işaretlemişlerdir. Anket formunu eksik dolduran 5 denek çalışmaya alınmamıştır. 187 kişinin anket formları değerlendirilmiştir. Uzamış yas bozukluğu ölçeğine göre kişiler UYB tanısı alan ve almayan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. 6 ay ile 10 yıl arasında bir yakınını kaybettiğini belirten örnekleme göre; UYB tanısı alan 71 kişi ile hasta grubu ve UYB tanısı almayan 116 kişi ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu iki grup sosyodemografik özellikleri, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılmıştır. Araştırmamız kesitsel türde girişimsel olmayan olgu serisi çalışmasıdır.

UYB tanısı alan hasta grubuna dahil edilme kriterleri:

1. 18 - 65 yaş aralığında olanlar
2. Okur-yazar olanlar
3. Üzerinden en az 6 ay, en çok 10 yıl süre geçmiş ölüm nedenli yakın kaybına sahip olanlar
4. Uzamış yas ölçeğine göre uzamış yas tanısı alanlar
5. Çalışmaya katılım için gönüllü olup onam verenler

UYB tanısı almayan kontrol grubuna dahil edilme kriterleri:

1. 18 – 65 yaş aralığında olanlar
2. Okur-yazar olanlar
3. Üzerinden en az 6 ay, en çok 10 yıl süre geçmiş ölüm nedenli yakın kaybına sahip olanlar
4. Uzamış yas ölçeğine göre uzamış yas tanısı almayanlar
5. Çalışmaya katılım için gönüllü olup onam verenler

Tüm çalışma grubuna dahil edilmeme kriterleri:

1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olanlar
2. Okur-yazar olmayanlar
3. Ölüm nedeniyle yakın kaybı olmayan kişiler
4. Şimdi ya da geçmişte beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir düzeyde sistemik hastalık olanlar
5. Nörolojik hastalığa sahip olanlar
6. Mental retardasyon tanısı almış olanlar
7. Bilinen bir psikotik bozukluk tanısı bulunanlar
8. Çalışmaya katılım için gönüllü olmayan, onam vermeyenler

3.3. YÖNTEM

Gönüllü katılımcılar dahil edilme ve dışlanma kriterleri göz önünde bulundurularak, çalışmamızın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu (BGOF) ile onam alınarak çalışmamıza dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan gönüllü katılımcılara:

1. Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formu
2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13)
3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)
4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) uygulanacaktır.

Tüm katılımcılarla yüz yüze görüşülerek Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formu dolduruldu. Psikiyatrik eş tanılar Uluslararası Hastalık Sınıflandırması(ICD-10)'na göre belirlendi. Daha sonra kişilerin öz bildirimine dayanan UYB ve uzamış yas belirti şiddetini ölçen Uzamış yas bozukluğu ölçeği (PG-13), bağlanma biçimlerini belirlemek amacıyla Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ), çocukluk çağı travma tiplerini ve şiddetini ölçmek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) uygulandı. Anket sorularının eksiksiz ve doğru tamamlanması için geçen süre 45-50 dakika olarak belirlendi.

Literatürde benzer çalışmalar referans alınmış ve G power 3.19 programı kullanılarak hesaplamalar yapılmıştır, Effect size $w=0.4707451$ bulunmuştur, yanılma düzeyi (α)=0.95 ve testin gücü ($1-\beta$) =0.95 alınarak örneklem büyüklüğü en az 70 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada hasta grubu için yakın kaybı yaşayıp uzamış yas bozukluğu olan en az 35 kişinin, kontrol grubu için ise yakın kaybı yaşayıp uzamış yas bozukluğu olmayan en az 35 kişinin alınması planlanmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formu

Çalışmanın amacına uygun olarak tarafımızca hazırlanan yarı-yapılandırılmış görüşme formunda kişilerin sosyodemografik özelliklerine, alışkanlıkları ile sağlık özelliklerine ve kayba ilişkin değişkenlere dair maddeler bulunmaktadır.

Sosyodemografik değişkenler şunlardır: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, aylık gelir, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, kardeş sayısı. Alışkanlıklar ve sağlık özelliklerini araştıran maddeler: Sigara kullanma, alkol kullanma, madde kullanma, ruhsal hastalık varlığı, ailede ruhsal hastalık varlığı, bedensel hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı, geçmişte intihar düşüncesi ve girişimi varlığı, bedensel ve ruhsal olarak sağlığını algılamadır.

Kayba ilişkin değişkenler; geçmiş kayıp yaşantıları, kaybı en çok etkileyen kişi, kaybedilen kişinin yaşı, kaybın üzerinden geçen süre, kaybedilen kişinin ölüm nedeni, ölüm yeri, ölen kişiye tedavi uygulandıysa tedaviden memnun olma durumu, tedavinin bakımını tek başına üstlenme durumu, ölümün ani/ beklenmedik oluşu, ölümün acı verici/ dehşet verici olma durumu, ölen kişiyle birlikte yaşama, ölüm anında yanında olma durumu, ölen kişiyle bitmemiş işler varlığı, cenaze töreni düzenlenme durumu, cenaze törenine katılma durumu, ölümle ilgili suçluluğun varlığı, ölen kişinin eşyalarını saklama durumu, kaybedilen kişiyle son zamanlardaki ilişkinin niteliği, kayıptan sonra sosyal destek durumu, dini inancın varlığı ve dini inancın gerekliliklerini yerine getirme düzeyine dair maddelerden oluşmaktadır.

3.4.2. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13)

PG-13, 2009 yılında Prigerson ve arkadaşları tarafından hem UYB tanısı koymak hem de uzamış yas belirti şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. On üç sorudan oluşan ölçeğin 11 sorusu beşli likert tarzında, 2 sorusu ise evet-hayır seçeneklidir. Ölçeğin A'dan E'ye kriterleri vardır. A kriteri, kişinin sevdiği bir yakınının ölüm nedeniyle kaybetmiş olmasını içerir. B kriteri ayrılık anksiyetesiyle (özellikle özlem veya yoğun duygusal acı) ilgili olup ölçekteki ilk 2 soruyla belirlenir. C kriteri ölümün üzerinden en az 6 ay geçmesi gerektiğini belirten süre

kriteridir ve 3. soruda belirtilir. D kriteri, yas sürecindeki kişinin bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerine yönelik olup ölçekte 4-12 aralığındaki sorularla ifade edilir. Son olarak E kriteri kişinin sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlardaki işlevselliğini sorgulayan zarar görme kriteri olup 13. soruya karşılık gelir. Yas yaşayan kişinin UYB tanısı alabilmesi için öncelikle A ve E kriterlerini karşılaması gerekmektedir(69). Ölçeğin Türkçe formuna ilişkin geçerlik ve güvenirlik çalışması 2016 yılında Keser ve Işıklı tarafından yapılmıştır(154). Işıklı ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada PG-13 ölçeğinin iç tutarlık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur(155). Çalışmamızda PG-13 tanı kriterlerini karşılayan bireyler UYB tanısı almış olup, hastaların ölçekten aldıkları puanlar uzamış yas belirti şiddetini ifade etmektedir. Çalışmamızda PG-13 ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

Erişkin bağlanma biçimi ölçeğinin iki bölümü vardır. Hazan ve Shaver (1987) ölçeğin ilk bölümünü geliştirmişlerdir(156). Bu bölümde güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçınan olarak tanımlanan üç ayrı bağlanma biçimi yer almaktadır. Mikulincer ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiş ölçeğin ikinci bölümü ise 15 maddeden oluşmaktadır(157). Ölçekte bağlanma biçimleri 5 madde ile temsil edilmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması 2006 yılında Sabuncuoğlu ve Berkem tarafından yapılmıştır(158). Fakat saptanan bazı sınırlılıklar ölçeğin Türkçe çeviri ve geçerlik güvenirlik çalışmasının yeniden yapılmasını gerektirmiştir. Ölçek Kesebir ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yeniden Türkçe'ye uyarlanmıştır(159). Yapılan çalışmada ölçeğin orijinal halinde bulunan bazı ifadelerin yeteri kadar anlaşılır olmadığı düşünülmüştür. Bu nedenle sorular bölünmüş ve 15 olan madde sayısı 18'e çıkarılmıştır. Ayrıca 7'li likert puanlama sisteminden vazgeçilip; her maddenin cevabı doğru ya da yanlış şeklinde kategorize edilmiştir. Bireylerin bağlanma biçimlerini saptamak amacıyla çalışmamızda Kesebir ve arkadaşları (2012)'nın düzenlediği ölçek formu kullanılacaktır. Çalışmamızda güvenli, kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.59, 0.51 ve 0.56 olarak bulunmuş olup EBBÖ toplam puanı için bu sayı 0.68 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, öz bildirim dayalı bir ölçektir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar olmak üzere beş alt boyuttan oluşur ve toplamda 28 soru içerir(160). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2012'de Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(161). Yine Şar ve arkadaşları 2021 yılında, ek bir faktör olarak aşırı koruma/aşırı kontrol ile geleneksel 28 soruluk ölçek temelinde genişletilmiş 33 maddelik ÇTQ-33'ü geliştirmiştir. CTQ-33'ün hem klinik olmayan katılımcılarda hem de psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda hem İngilizce hem de Türkçe versiyonları ile güvenilir ve geçerli olduğu kanıtlanmıştır(12). Orijinal CTQ-28'de bulunan üç minimizasyon/inkar maddesi aynı zamanda CTQ-33'te de mevcuttur. Çalışmamızda ölçeğin gözden geçirilmiş ve genişletilmiş Türkçe versiyonu olan 33 soruluk formu kullanılacaktır. Çalışmamızda hem toplam hem de alt türler için Cronbach alfa katsayıları CTQ-33 toplam=0.90, duygusal taciz=0.86, duygusal ihmal=0.85, fiziksel taciz=0.88, fiziksel ihmal=0.86, cinsel taciz=0.90, aşırı koruma ve kontrol=0,68 şeklinde bulunmuştur.

3.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri, alışkanlık ile sağlık özellikleri ve kayba ilişkin değişkenlerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları (N ve %) şeklinde verilmiştir. Sürekli değişkenlere ait veriler ise Ort±SS şeklinde verilmiştir. Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Bundan dolayı EBBÖ alt boyutları, CTQ-33 toplam ve alt boyut puanları ile UYB tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzun Yaş Belirti Şiddeti ile sosyodemografik özellikleri, alışkanlık ile sağlık özellikleri ve kayba ilişkin değişkenler arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve

Kruskall Wallis H testi kullanılmıştır Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Chi square test ya da Fisher Exact Test kullanılmıştır. PG-13 Toplam puanları ile EBBÖ alt boyutları, CTQ-33 toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için nonparametrik testlerden Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Son olarak ise çeşitli klinik değişkenlerin UYB'yi yordayıcıları olup olmama üzerine Çok Değişkenli Lojistik Regresyon sonuçları verilmiştir. $p < 0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir. Ölçeklerin güvenirlik katsayıların hesaplanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Çalışmamızda ölçeklerin güvenirlik değerleri 0,51 ile 0,91 arasındadır. Bu değerler, Cronbach ve Helmstater'in önerdiği 0,5; Bowling ve Shah'ın önerdiği 0,7 olan sınır değerlerin üzerinde çıkarak, uygulanan ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir(162, 163).

4. BULGULAR

Tablo 4. Hasta Gruplarına Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	UYB tanısı alan grup		UYB tanısı almayan grup		Tüm hasta grubu	
	N	%	N	%	N	%
	71	38,0	116	62,0	187	100
Yaş aralığı						
18-35 yaş	18	25,4	48	41,4	66	35,3
36-50 yaş	24	33,8	37	31,9	61	32,6
51-65 yaş	29	40,8	31	26,7	60	32,1
Cinsiyet						
Kadın	52	73,2	76	65,5	128	68,4
Erkek	19	26,8	40	34,5	59	31,6
Medeni Durum						
Evli	19	26,8	44	37,9	63	33,7
Bekar	35	49,3	57	49,1	92	49,2
Boşanmış /Dul	17	23,9	15	12,9	32	17,1
Eğitim Durumu						
İlkokul/Ortaokul	37	52,1	40	34,5	77	41,1
Lise	23	32,4	36	31,0	59	31,6
Üniversite	11	15,5	40	34,5	51	27,3
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	24	33,8	48	41,4	72	38,5
Çalışmıyor	38	53,5	49	42,2	87	46,5
Emekli	9	12,7	19	16,4	28	15,0
Aylık gelir düzeyi						
0-3000 TL	41	57,7	63	54,3	104	55,6
3001-6000 TL	23	32,4	37	31,9	60	32,1
6001 TL üzeri	7	9,9	16	13,8	23	12,3
Birlikte yaşadığı kişiler						
Tek başına	9	12,7	15	12,9	24	12,8
Çekirdek aile	58	81,7	87	75,0	145	77,5
Geniş aile	4	5,6	14	12,1	18	9,7
Kardeş sayısı						
Yok	1	1,4	4	3,4	5	2,7
1-2 kardeş	25	35,2	52	44,8	77	41,2
3-4 kardeş	19	26,8	37	31,9	56	29,9
5 ve üzeri kardeş	26	36,6	23	19,8	49	26,2

Tablo 4’de UYB tanısı alan grup, UYB tanısı almayan grup ve tüm hasta grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %35,3’ünün 18-35 yaş aralığında, %68,4’ünün kadın, %49,2’sinin bekar, %41,1’inin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %46,5’inin çalışmadığı, %55,6’sının 0-3000 TL gelir düzeyine sahip olduğu, %77,5’inin çekirdek ailede yaşadığı ve %41,2’sinin 1-2 kardeşe sahip olduğu bulundu. Katılımcıların %38’inin UYB tanısı aldığı saptanırken; UYB tanısı alan katılımcıların %40,8’inin 51-65 yaş aralığında, %73,2’sinin kadın, %49,3’ünün bekar, %52,1’inin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %53,5’inin çalışmadığı, %57,7’sinin 0-3000 TL aylık gelire sahip olduğu, %81,7’sinin çekirdek ailede yaşadığı belirlendi.

Tablo 5a.Hasta Gruplarına Göre Alışkanlıklar ve Sağlık Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	UYB tanısı alan grup (N=71)		UYB tanısı almayan grup (N=116)		Tüm hasta grubu (N=187)	
	N	%	N	%	N	%
Sigara kullanma						
Evet	39	54,9	58	50,0	97	51,9
Hayır	32	45,1	58	50,0	90	48,1
Alkol kullanma						
Evet	22	31,0	33	28,4	55	29,4
Hayır	49	69,0	83	71,6	132	70,6
Madde kullanma						
Evet	3	4,2	4	3,4	7	3,7
Hayır	68	95,8	112	96,6	180	96,3
Ruhsal bozukluk tanısına sahip olma						
Evet	67	94,4	99	85,3	166	88,8
Hayır	4	5,6	17	14,7	21	11,2
Ruhsal bozukluk tanısı (n=166)						
Depresif nöbet	31	46,3	30	30,3	61	36,7
Panik bozukluk	6	9,0	18	18,2	24	14,5
Yaygın anksiyete bozukluğu	30	44,7	51	51,5	81	48,8
Psikofarmakolojik tedavi alma						
Evet	58	81,7	84	72,4	142	75,9
Hayır	13	18,3	32	27,6	45	24,1
Alınan psikofarmakolojik tedavi (n=142)						
Antidepresan	35	60,3	52	61,9	87	61,3
Antidepresan+Anksiyolitik	4	6,9	5	6,0	9	6,3
Antidepresan+Antipsikotik	19	32,8	27	32,1	46	32,4

Tablo 5b. Hasta Gruplarına Göre Alışkanlıklar ve Sağlık Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	UYB tanısı alan grup (N=71)		UYB tanısı almayan grup (N=116)		Tüm hasta grubu (N=187)	
	N	%	N	%	N	%
Fiziksel hastalık tanısına sahip olma						
Evet	22	30,9	26	22,4	48	25,7
Hayır	49	69,1	90	77,6	139	74,3
Ailede ruhsal bozukluk varlığı						
Evet	17	23,9	18	15,5	35	18,7
Hayır	54	76,1	98	84,5	152	81,3
İntihar düşüncesi varlığı						
Evet	29	40,8	26	22,4	55	29,4
Hayır	42	59,2	90	77,6	132	70,6
İntihar girişimi						
Evet	14	19,7	9	7,8	23	12,3
Hayır	57	80,3	107	92,2	164	87,7
Ruhsal sağlık durumunu algılama						
Çok iyi	0	0,0	11	9,5	11	5,9
İyi	9	12,7	37	31,9	46	24,6
Orta	31	43,7	49	42,2	80	42,8
Kötü	31	43,7	19	16,4	50	26,7
Fiziksel sağlık durumunu algılama						
Çok iyi	2	2,8	19	16,4	21	11,2
İyi	15	21,2	44	37,9	59	31,6
Orta	38	53,5	45	38,8	83	44,4
Kötü	16	22,5	8	6,9	24	12,8

Tablo 5a ve 5b’de UYB’si olan grup, UYB’si olmayan grup ve tüm hasta grubunun alışkanlık ve sağlık özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %51,9’unun sigara kullandığı, %70,6’sının alkol ve %96,3’ünün ise madde kullanmadığı, %88,8’inde ruhsal bozukluk olduğu, %75,9’unun psikofarmakolojik tedavi aldığı ve bunun %61,3’inin antidepresan tedavisi olduğu saptandı. Katılımcıların %74,3’ünün fiziksel hastalığı olduğu, %70,6’sının geçmişte intihar düşüncesinin olmadığı, %87,7’sinin intihar girişiminde bulunmadığı, %42,8’i ruhsal sağlığını ve %44,4’ü fiziksel sağlığını orta düzeyde algıladıkları saptandı. UYB’si olan hastaların %54,9’unun sigara kullandığı, %94,4’ünde ruhsal bozukluk olduğu, %81,7’sinin psikofarmakolojik tedavi aldığı, %43,7’sinin ruhsal sağlıklarını kötü düzeyde, %53,5’inin fiziksel sağlıklarını orta düzeyde algıladıkları bulundu.

Tablo 6a. Hasta Gruplarına Göre Kayıp Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	UYB tanısı alan grup (N=71)		UYB tanısı almayan grup (N=116)		Tüm hasta grubu (N=187)	
	N	%	N	%	N	%
Kaybı en fazla etkileyen kişi						
Anne	12	16,9	16	13,8	28	15,0
Baba	19	26,8	26	22,4	45	24,1
Çocuk	5	7,0	0	0,0	5	2,7
Eş	9	12,7	3	2,6	12	6,4
Kardeş	11	15,5	21	18,1	32	17,1
Dost/Arkadaş	3	4,2	12	10,3	15	8,0
Sevgili/Nişanlı	2	2,8	2	1,7	4	2,1
Akraba	10	14,1	36	31,0	46	24,6
Kaybedilen kişinin yaş aralığı						
0-18 yaş	5	7,0	4	3,4	9	4,8
19-35 yaş	11	15,5	23	19,8	34	18,2
36-50 yaş	13	18,3	16	13,8	29	15,5
51-65 yaş	14	19,7	26	22,4	40	21,4
66-85 yaş	23	32,4	41	35,3	64	34,2
86 ve üzeri yaş	5	7,0	6	5,2	11	5,9
Kaybın üzerinden geçen süre						
6 ay-1 yıl	21	29,6	17	14,7	38	20,3
1-2 yıl	15	21,1	31	26,7	46	24,6
2-5 yıl	16	22,5	36	31,0	52	27,8
5-10 yıl	19	26,8	32	27,6	51	27,3
Kaybedilen kişinin ölüm nedeni						
COVID-19	11	15,5	6	5,2	17	9,1
Trafik kazası	4	5,6	6	5,2	10	5,3
Kronik hastalık	27	38,0	53	45,7	80	42,8
Ani ölüm	24	33,8	36	31,0	60	32,1
İntihar	2	2,8	5	4,3	7	3,7
Cinayet	2	2,8	3	2,8	5	2,7
İnsan eliyle	1	1,4	3	2,6	4	2,1
İş kazası	0	0,0	4	3,4	4	2,1
Ölüm yeri						
Hastane	41	57,7	66	56,9	107	57,2
Ev	22	31,0	34	29,3	56	29,9
Olay yeri	8	11,3	16	13,8	24	12,8
Ölen kişiye verilen tedavi/bakımdan memnun olma durumu (n=80)						
Evet	27	77,1	38	84,4	65	81,2
Hayır	8	22,9	7	15,6	15	18,8
Ölen kişinin bakımını üstlenme durumu (n=80)						
Evet	7	20,0	4	8,9	11	13,8
Hayır	28	80,0	41	91,1	69	86,3
Ölümün ani olma durumu						
Evet	58	81,7	81	69,8	139	74,3
Hayır	13	18,3	35	30,2	48	25,7
Kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici olma durumu						
Evet	48	67,6	57	49,1	105	56,1
Hayır	23	32,4	29	50,9	82	43,9

Tablo 6b. Hasta Gruplarına Göre Kayıp Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Değişkenler	UYB tanısı alan grup (N=71)		UYB tanısı almayan grup (N=116)		Tüm hasta grubu (N=187)	
	N	%	N	%	N	%
Ölen kişi ile birlikte yaşama durumu						
Evet	37	52,1	37	31,9	74	39,6
Hayır	34	47,9	79	68,1	113	60,4
Ölüm anında yanında olma durumu						
Evet	22	31,0	27	23,3	49	26,2
Hayır	49	69,0	89	76,7	138	73,8
Ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu						
Evet	36	50,7	34	29,3	70	37,4
Hayır	35	49,3	82	70,7	117	62,6
Cenaze töreni düzenlenme durumu						
Evet	65	91,5	115	99,1	180	96,3
Hayır	6	8,5	1	0,9	7	3,7
Cenaze törenine katılma durumu						
Evet	60	84,5	95	81,9	155	82,9
Hayır	11	15,5	21	18,1	32	17,1
Ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu						
Evet	23	32,4	19	16,4	42	22,5
Hayır	48	67,6	97	83,6	145	77,5
Ölen kişinin eşyalarını saklama durumu						
Evet	57	80,3	64	55,2	121	64,7
Hayır	14	19,7	52	44,8	66	35,3
Kaybedilen kişi ile ilişkinin durumu						
Çok iyi	56	78,9	102	87,9	158	84,5
İyi	14	19,7	11	9,5	25	13,4
Orta	1	1,4	2	1,7	3	1,6
Kötü	0	0,0	1	0,9	1	0,5
Kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu						
Evet	42	59,2	39	33,6	81	43,3
Hayır	29	40,8	77	66,4	106	56,7
Kaybın ardından yakınlarının/çevrenin destek olma durumu						
Hiç	17	23,9	16	13,8	33	17,6
Az	11	15,5	15	12,9	26	13,9
Orta	16	22,5	18	15,5	34	18,2
İyi	18	25,4	41	35,3	59	31,8
Çok iyi	9	12,7	26	22,4	35	18,7
Dini inancını algılama düzeyi						
Yok	2	2,8	8	6,9	10	5,3
Zayıf	14	19,7	15	12,9	29	15,5
Kuvvetli	32	45,1	49	42,2	81	43,3
Çok kuvvetli	23	32,4	44	37,9	67	35,8
Dinin gerekliliklerini yerine getirme durumu						
Hiç	9	12,7	16	13,8	25	13,4
Biraz	21	29,6	37	31,9	58	31,0
Oldukça	32	45,1	44	37,9	76	40,6
Hemen hemen tam	9	12,7	19	16,4	28	15,0

Tablo 6a ve Tablo 6b' de UYB tanısı alan grup, UYB tanısı almayan grup ve tüm hasta grubunun kayıp özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların 24,6'sının en fazla akraba kaybından etkilendiğini ifade ettiği, %34,2'sinin kaybının 66-85 yaş aralığında olduğu, %27,8'inin kaybı 2-5 yıl önce yaşadığı, %42,8'sinin kaybının kronik fiziksel hastalıktan dolayı hayatını kaybettiği, %57,2'sinin yakınına hastanede kaybettiği, %81,2'sinin ölen kişiye verilen tedavi/bakımdan memnun olduğu, %86,3'ünün ölen kişinin bakımını üstlenmediği, %74,3'ünün kaybının ani olduğu, %56,1'inin kaybını acı/dehşet verici şekilde kaybettiği belirlenmiştir.

Katılımcıların %60,4'ünün kaybettiği kişi ile yaşamadığı, %73,8'inin ölüm anında kaybının yanında olamadığı, %62,6'sının ölen kişiyle bitmemiş işlerinin olmadığı, %96,3'ünün kayıpları için cenaze töreni düzenlediği, %82,9'unun düzenlenen cenaze törenine katıldığı, %77,5'inin ölüm ile ilgili kendini suçlamadığı, %64,7'sinin kaybettikleri kişinin eşyalarını sakladığı, %84,5'inin kaybettiği kişi ile ilişkisinin çok iyi olduğu, %56,7 sinin kayıptan sonra ruhsal destek almadığı, %31,8'inin kayıptan sonra yakınları/çevresi tarafından iyi düzeyde desteklendiği, %43,3'ünün dini inancını kuvvetli olarak algıladığı ve %40,6'sının dinin gerekliliklerini oldukça yerine getirdiği anlaşılmıştır.

UYB tanısı alan katılımcıların %26,8'sinin en fazla baba kaybından etkilendiğini ifade ettiği, %32,4'ünün kaybının 66-85 yaş aralığında olduğu, %29,6'sının 6 ay-1 yıl önce kaybı yaşadığı, %81,7'sinin kaybının ani olduğu, %67,6'sının kaybını acı/dehşet verici şekilde kaybettiği, %52,1'inin kaybı ile birlikte yaşadığı, %69'unun ölüm anında kaybının yanında olamadığı saptandı. Ayrıca UYB tanısı alan katılımcıların %50,7'sinin kaybettiği kişi ile bitmemiş işlerinin olduğu, %91,5'inin cenaze töreni düzenlediği, %67,6'ının kaybının ölümü için kendisini suçlamadığı, %80,3'ünün kaybettiği kişinin eşyalarını sakladığı, %59,2'sinin kayıptan sonra ruhsal destek aldığı, %23,9'unun kayıptan sonra yakınları/çevresi tarafından hiç desteklenmediği belirlenmiştir.

Tablo 7. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler	UYB tanısı alan grup N=71	UYB tanısı almayan grup N=116	p
Yaş aralığı			
18-35 yaş	18 (25,4)	48 (41,4)	0,048
36-50 yaş	24 (33,8)	37 (31,9)	
51-65 yaş	29 (40,8)	31 (26,7)	
Cinsiyet			
Kadın	52 (73,2)	76 (65,5)	0,270
Erkek	19 (26,8)	40 (34,5)	
Medeni Durum			
Bekar	19 (26,8)	44 (37,9)	0,093
Evli	35 (49,3)	57 (49,1)	
Boşanmış /Dul	17 (23,9)	15 (12,9)	
Eğitim Durumu			
İlkokul/Ortaokul	37 (52,1)	40 (34,5)	0,010
Lise	23 (32,4)	36 (31,0)	
Üniversite	11 (15,5)	40 (34,5)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	24 (33,8)	48 (41,4)	0,322
Çalışmıyor	38 (53,5)	49 (42,2)	
Emekli	9 (12,7)	19 (16,4)	
Aylık gelir düzeyi			
0-3000 TL	41 (57,7)	63 (54,3)	0,722
3001-6000 TL	23 (32,4)	37 (31,9)	
6001 TL üzeri	7 (9,9)	16 (13,8)	
Birlikte yaşadığı kişiler			
Tek başına	9 (12,7)	15 (12,9)	0,341
Çekirdek aile	58 (81,7)	87 (75,0)	
Geniş aile	4 (5,6)	14 (12,1)	
Kardeş sayısı			
Yok	1 (1,4)	4 (3,4)	0,078
1-2 kardeş	25 (35,2)	52 (44,8)	
3-4 kardeş	19 (26,8)	37 (31,9)	
5 ve üzeri kardeş	26 (36,6)	23 (19,8)	

Chi Square test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 7’te görüldüğü gibi UYB tanısı alan ve almayan hasta grubu ile yaş (p=0.048), eğitim durumu (p=0.010) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ancak UYB’si olan ve olmayan gruplar ile cinsiyet (p=0.270), medeni durum (p=0.093), çalışma durumu (p=0.322), aylık gelir (p=0.722), birlikte yaşadığı kişiler (p=0.341) ve kardeş sayısı (p=0.078) değişkenleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzamış Yas Belirti Şiddetinin Sosyodemografik Özellikleri İle Karşılaştırılması (N=187)

Değişkenler	N	Ort±SS	p
Yaş aralığı			
1)18-35 yaş	66	31,72±11,56	0.156 ^a
2)36-50 yaş	61	35,14±10,98	
3)51-65 yaş	60	35,03±11,12	
Cinsiyet			
Kadın	128	34,69±10,88	0.173 ^b
Erkek	59	32,18±12,04	
Medeni Durum			
1)Evli	63	31,39±12,06	0,017^a
2)Bekar	92	34,04±10,57	
3)Boşanmış /Dul	32	38,43±10,53	
Eğitim Durumu			
1)İlkokul/Ortaokul	77	36,62±10,73	0,003^a
2)Lise	59	33,81±11,23	
3)Üniversite	51	29,90±11,16	
Çalışma Durumu			
1)Çalışıyor	87	33,44±11,65	0,951 ^a
2)Çalışmıyor	72	34,25±11,54	
3)Emekli	28	34,00±9,77	
Kiminle yaşıyor			
1)Tek başına	21	32,87±12,86	0,831 ^a
2)Çekirdek aile	145	34,26±11,02	
3)Geniş aile	18	32,38±11,62	
Kardeş sayısı			
1)Yok	5	35,40±9,65	0,068 ^a
2)1-2 kardeş	77	32,18±10,80	
3)3-4 kardeş	56	33,12±12,44	
4)5 ve üzeri kardeş	49	37,34±10,29	

a: Kruskal Wallis testi, Post-Hoc: Games Howell test, b: Mann Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 8’de görüldüğü gibi PG-13 Toplam Puanı hastaların medeni durumları (p=0.017) ve eğitim durumları (p=0.003) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc test sonuçlarına göre PG-13 Toplam puanı medeni durumu evli olanlar ile Boşanmış/dul olanlar arasında (p=0.013), Eğitim durumu ilkökul/ortaokul mezunu olanlar ile Üniversite mezunu olanlar arasında (p=0.003) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Boşanmış/dul katılımcıların uzamış yas belirti şiddetinin evlilere göre daha yüksek olduğu; ilkökul/ortaokul mezunu katılımcıların uzamış yas belirti şiddetinin üniversite mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 9a. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Alışkanlıklar ve Sağlık Özelliklerine Ait Değişkenlerin Karşılaştırılması

Özellikler	UYB tanısı alan grup	UYB tanısı almayan grup	p
	N=71	N=116	
Sigara kullanma			
Evet	39 (54,9)	58 (50,0)	0,128
Hayır	32 (45,1)	58 (50,0)	
Alkol kullanma			
Evet	22 (31,0)	33 (28,4)	0,711
Hayır	49 (69,0)	83 (71,6)	
Madde kullanma			
Evet	3 (4,2)	4 (3,4)	0,512
Hayır	68 (95,8)	112 (96,6)	
Ruhsal bozukluk tanısına sahip olma			
Evet	67 (94,4)	99 (85,3)	0,058
Hayır	4 (5,6)	17 (14,7)	
Ruhsal bozukluk tanısı (n=166)			
Depresif nöbet	31 (46,3)	30 (30,3)	0,064
Panik bozukluk	6 (9,0)	18 (18,2)	
Yaygın anksiyete bozukluğu	30 (44,7)	51 (51,5)	
Psikofarmakolojik tedavi alma			
Evet	58 (81,7)	84 (72,4)	0,150
Hayır	13 (18,3)	32 (27,6)	
Alınan psikofarmakolojik tedavi (n=142)			
Antidepresan	35 (60,3)	52 (61,9)	0,947
Antidepresan+Anksiyolitik	4 (6,9)	5 (6,0)	
Antidepresan+Antipsikotik	19 (32,8)	27 (32,1)	
Chi Square test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı			

Tablo 9a' da görüldüğü gibi UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grubu ile sigara kullanımı (p=0.128), alkol kullanımı(p=0.711), madde kullanımı (p=0.512), ruhsal bozukluk tanısına sahip olma (p=0.058), ruhsal bozukluk tanısı alma (p=0.064), psikofarmakolojik tedavi alma (p=0.150), alınan psikofarmakolojik tedavi (p=0.947), fiziksel hastalık tanısına sahip olma (p=0.193) ve ailede ruhsal bozukluk varlığı (p=0.152) değişkenleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 9b. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Alışkanlıklar ve Sağlık Özelliklerine Ait Değişkenlerin Karşılaştırılması (Devamı)

Özellikler	UYB tanısı alan grup	UYB tanısı almayan grup	p
	N=71	N=116	
Fiziksel hastalık tanısına sahip olma			
Evet	22 (45,8)	26 (54,2)	0,193
Hayır	49 (35,3)	90 (64,7)	
Ailede ruhsal bozukluk varlığı			
Evet	17 (23,9)	18 (15,5)	0,152
Hayır	54 (76,1)	98 (84,5)	
İntihar düşüncesi varlığı			
Evet	29 (40,8)	26 (22,4)	0,007
Hayır	42 (59,2)	90 (77,6)	
İntihar girişimi			
Evet	14 (19,7)	9 (7,8)	0,016
Hayır	57 (80,3)	107 (92,2)	
Ruhsal sağlık durumunu algılama			
Çok iyi	0 (0,0)	11 (9,5)	<0,001
İyi	9 (12,7)	37 (31,9)	
Orta	31 (43,7)	49 (42,2)	
Kötü	31 (43,7)	19 (16,4)	
Fiziksel sağlık durumunu algılama			
Çok iyi	2 (2,8)	19 (16,4)	<0,001
İyi	15 (21,2)	44 (37,9)	
Orta	38 (53,5)	45 (38,8)	
Kötü	16 (22,5)	8 (6,9)	

Chi Square test, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 9b’de görüldüğü gibi UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grubu ile geçmişte intihar düşüncesinin varlığı ($p=0.007$), intihar girişimi öyküsü ($p=0.016$), ruhsal sağlık durumunu algılama düzeyi ($p<0.001$), fiziksel sağlık durumunu algılama düzeyi ($p<0.001$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 10. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzun Yaş Belirti Şiddetinin Alışkanlıklar ve Sağlık Özellikleri İle Karşılaştırılması (N=187)

Değişkenler	N	Ort±SS	p
Sigara kullanma			
Evet	97	35,21±11,35	0,111
Hayır	90	32,48±11,10	
Alkol kullanma			
Evet	55	36,45±11,11	0,047
Hayır	132	32,84±11,23	
Madde kullanma			
Evet	7	42,85±8,21	0,034
Hayır	180	33,55±11,26	
Ruhsal bozukluk tanısına sahip olma			
Evet	166	42,85±8,21	0,030
Hayır	21	33,55±11,26	
Psikofarmakolojik tedavi alma			
Evet	142	34,78±11,21	0,072
Hayır	45	31,11±11,17	
Fiziksel hastalık tanısına sahip olma			
Evet	48	34,10±10,80	0,930
Hayır	139	33,83±11,48	
Ailede ruhsal bozukluk varlığı			
Evet	35	34,85±11,62	0,625
Hayır	152	33,68±11,23	
İntihar düşüncesi varlığı			
Evet	55	39,00±10,88	<0,001
Hayır	132	31,78±10,80	
İntihar girişimi varlığı			
Evet	23	40,73±11,81	0,003
Hayır	164	32,94±10,91	

Mann Whitney U test, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 10’de görüldüğü gibi PG-13 puanlarından elde edilen uzun yaş belirti şiddeti ile alkol kullanımı ($p=0.047$), madde kullanma ($p=0.034$), ruhsal bozukluk tanısına sahip olma ($p=0.030$), intihar düşüncesi varlığı ($p<0.001$) ve intihar girişi ($p=0.003$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. PG-13 puanlarından elde edilen uzun yaş belirti şiddeti alkol kullananlarda kullanmayanlara göre, madde kullananlarda kullanmayanlara göre, ruhsal bozukluk tanısı alanlarda almayanlara göre, intihar düşüncesi olanlarda olmayanlara göre ve intihar girişi olanlarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 11a. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Kayıp Özelliklerine Ait Değişkenlerin Karşılaştırılması

Özellikler	UYB tanısı alan grup (N=71)	UYB tanısı almayan grup (N=116)	P
	N (%)	N (%)	
Kayıbı en fazla etkileyen kişi			
Ebeveyn	31 (43,7)	42 (36,2)	<0,001
Eş/Çocuk	14 (19,8)	3 (2,6)	
Kardeş	11 (15,5)	21 (18,1)	
Arkadaş/sevgili	5 (7,0)	14 (12,1)	
Akraba	10 (14,1)	36 (31,0)	
Kaybedilen kişinin yaş aralığı			
0-18 yaş	5 (7,0)	4 (3,4)	0,740
19-35 yaş	11 (15,5)	23 (19,8)	
36-50 yaş	13 (18,3)	16 (13,8)	
51-65 yaş	14 (19,7)	26 (22,4)	
66-85 yaş	23 (32,4)	41 (35,3)	
86 ve üzeri yaş	5 (7,0)	6 (5,2)	
Kaybın üzerinden geçen süre			
6 ay-1 yıl	21 (29,6)	17 (14,7)	0,088
1-2 yıl	15 (21,1)	31 (26,7)	
2-5 yıl	16 (22,5)	36 (31,0)	
5-10 yıl	19 (26,8)	32 (27,6)	
Kaybedilen kişinin ölüm nedeni			
COVID-19	11 (15,5)	6 (5,2)	0,120
Trafik kazası	4 (5,6)	6 (5,2)	
Kronik fiziksel hastalık	27 (38,0)	53 (45,7)	
Ani ölüm (MI, beyin kanaması)	24 (33,8)	36 (31,0)	
Travmatik ölüm	5 (7,0)	15 (12,9)	
Ölüm yeri			
Hastane	41 (57,7)	66 (56,9)	0,876
Ev	22 (31,0)	34 (29,3)	
Olay yeri	8 (11,3)	16 (13,8)	
Ölen kişiye verilen tedavi/bakımdan memnun olma durumu (n=80)			
Evet	27 (77,1)	38 (84,4)	0,407
Hayır	8 (22,9)	7 (15,6)	
Ölen kişinin bakımını üstlenme durumu (n=80)			
Evet	7 (20,0)	4 (8,9)	0,152
Hayır	28 (80,0)	41 (91,1)	
Ölümün ani olma durumu			
Evet	58 (81,7)	81 (69,8)	0,071
Hayır	13 (18,3)	35 (30,2)	
Kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici olma durumu			
Evet	48 (67,6)	57 (49,1)	0,014
Hayır	23 (32,4)	29 (50,9)	

Chi Square test, *Fisher's Exact test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 11b. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Gruplar Arasında Kayıp Özelliklerine Ait Değişkenlerin Karşılaştırılması (Devamı)

Özellikler	UYB tanısı alan grup (N=71)	UYB tanısı almayan grup (N=116)	P
	N (%)	N (%)	
Ölen kişi ile birlikte yaşama durumu			
Evet	37 (52,1)	37 (31,9)	0,006
Hayır	34 (47,9)	79 (68,1)	
Ölüm anında yanında olma durumu			
Evet	22 (31,0)	27 (23,3)	0,245
Hayır	49 (69,0)	89 (76,7)	
Ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu			
Evet	36 (50,7)	34(29,3)	0,003
Hayır	35 (49,3)	82 (70,7)	
Cenaze töreni düzenlenme durumu			
Evet	65 (91,5)	115 (99,1)	0,008
Hayır	6 (8,5)	1 (0,9)	
Cenaze törenine katılma durumu			
Evet	60 (84,5)	95 (81,9)	0,647
Hayır	11 (15,5)	21 (18,1)	
Ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu			
Evet	23 (32,4)	19 (16,4)	0,011
Hayır	48 (67,6)	97 (83,6)	
Ölen kişinin eşyalarını saklama durumu			
Evet	57 (80,3)	64 (55,2)	<0,001
Hayır	14 (19,7)	52 (44,8)	
*Kaybedilen kişi ile ilişkinin durumu			
Çok iyi	56 (78,9)	102 (87,9)	0,152
İyi	14 (19,7)	11 (9,5)	
Orta	1 (1,4)	2 (1,7)	
Kötü	0 (0,0)	1 (0,9)	
Kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu			
Evet	42 (59,2)	39 (33,6)	0,001
Hayır	29 (40,8)	77 (66,4)	
Kaybın ardından yakınlarının/çevrenin destek olma durumu			
Hiç	17 (23,9)	16 (13,8)	0,107
Az	11 (15,5)	15 (12,9)	
Orta	16 (22,5)	18 (15,5)	
İyi	18 (25,4)	41 (35,3)	
Çok iyi	9 (12,7)	26 (22,4)	
Dini inancını algılama düzeyi			
Yok	2 (2,8)	8 (6,9)	0,371
Zayıf	14 (19,7)	15 (12,9)	
Kuvvetli	32 (45,1)	49 (42,2)	
Çok kuvvetli	23 (32,4)	44 (37,9)	
Dinin gerekliliklerini yerine getirme durumu			
Hiç	9 (12,7)	16 (13,8)	0,784
Biraz	21 (29,6)	37 (31,9)	
Oldukça	32 (45,1)	44 (37,9)	
Hemen hemen tam	9 (12,7)	19 (16,4)	

Chi Square test, *Fisher's Exact test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 11a ve Tablo 11b’de görüldüğü gibi UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grubu ile kaybı en fazla etkileyen kişi ($p<0.001$), kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici olma durumu ($p=0.014$), ölen kişi ile birlikte yaşama durumu ($p=0.006$), ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu ($p=0.003$), cenaze töreni düzenlenme durumu ($p=0.008$), ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu ($p=0.011$), ölen kişinin eşyalarını saklama durumu ($p<0.001$) ve kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu ($p=0.001$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 12a. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzun Yaş Belirti Şiddetinin Kayıp Özellikleri ile Karşılaştırılması (N=187)

Değişkenler	N	Ort±SS	p
Kaybedilen kişinin yaş aralığı			
1)0-18 yaş	9	33,88±15,44	0,162 ^a
2)19-35 yaş	34	35,14±11,33	
3)36-50 yaş	29	38,37±10,04	
4)51-65 yaş	40	30,95±10,11	
5)66-85 yaş	64	33,14±11,39	
6)86 ve üzeri yaş	11	33,45±12,42	
Kaybın üzerinden geçen süre			
1)6 ay-1 yıl	30	39,80±8,74	<0,001 ^a
2)1-2 yıl	60	35,98±11,17	
3)2-5 yıl	42	30,30±11,67	
4)5-10 yıl	55	31,16±10,78	
Kaybedilen kişinin ölüm nedeni			
1)COVID-19	17	38,47±9,30	0,388 ^a
2)Trafik kazası	10	36,20±10,31	
3)Kronik hastalık	80	32,32±11,09	
4)Ani ölüm	60	33,93±11,26	
5)Travmatik ölüm	7	36,14±16,71	
Ölüm yeri			
1)Hastane	107	33,80±11,25	0,820 ^a
2)Ev	56	34,44±10,84	
3)Olay yeri	24	33,08±12,82	
Ölen kişiye verilen tedavi/bakımdan memnun olma durumu (n=80)			
Evet	65	33,8±10,01	0,021 ^b
Hayır	15	40,46±10,32	
Ölümün ani olma durumu			
Evet	139	36,74±11,42	0,046 ^b
Hayır	48	31,47±10,61	
Kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici olma durumu			
Evet	105	36,00±11,45	0,004 ^b
Hayır	82	31,21±10,63	

a: Kruskal Wallis testi, Post-Hoc: Games Howell test, b: Mann Whitney U Testi,

$p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 12b. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzun Yaş Belirti Şiddetinin Kayıp Özellikleri ile Karşılaştırılması (N=187) (Devamı)

Değişkenler	N	Ort±SS	p
Ölen kişi ile birlikte yaşama durumu			
Evet	74	37,87±11,2	<0,001 ^b
Hayır	113	31,30±10,52	
Ölüm anında yanında olma durumu			
Evet	49	36,36±10,52	0,073 ^b
Hayır	138	33,02±11,42	
Ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu			
Evet	70	37,92±11,24	<0,001 ^b
Hayır	117	31,49±10,78	
Cenaze töreni düzenlenme durumu			
Evet	180	33,82±11,35	0,611 ^b
Hayır	7	30,68±10,26	
Cenaze törenine katılma durumu			
Evet	155	34,56±11,39	0,089 ^b
Hayır	32	30,93±10,33	
Ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu			
Evet	42	42,00±9,68	<0,001 ^b
Hayır	145	31,55±10,74	
Ölen kişinin eşyalarını saklama durumu			
Evet	121	37,15±10,92	<0,001 ^b
Hayır	66	27,93±9,63	
Kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu			
Evet	81	38,37±10,58	<0,001 ^b
Hayır	106	30,49±10,22	
Kaybın ardından yakınlarının/çevrenin destek olma durumu			
1)Hiç	33	38,51±11,11	0,006 ^a
2)Az	26	37,26±12,11	
3)Orta	34	34,64±9,72	
4)İyi	59	31,54±11,13	
5)Çok iyi	35	30,31±10,82	
Dini inancını algılama düzeyi			
1)Yok	10	33,60±10,97	0,157 ^a
2)Zayıf	29	37,55±12,34	
3)Kuvvetli	81	32,20±10,81	
4)Çok kuvvetli	67	34,41±11,25	

a: Kruskal Wallis testi, Post-Hoc: Games Howell test, b: Mann Whitney U Testi, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 12a ve Tablo 12b'de görüldüğü gibi PG-13 puanlarından elde edilen uzamış yas belirti şiddeti ile kaybın üzerinden geçen süre ($p=0.012$), ölen kişiye verilen tedavi/bakımdan memnun olma durumu ($p=0.021$), ölümün ani olma durumu ($p=0.046$), ölen kişi ile birlikte yaşama durumu ($p<0.001$), Ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu ($p<0.001$), ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu ($p<0.001$), ölen kişinin eşyalarını saklama durumu ($p<0.001$), kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu ($p<0.001$), kaybın ardından yakınlarının/çevrenin destek olma durumu ($p=0.006$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. PG-13 puanlarından elde edilen uzamış yas belirti şiddeti, ölen kişiye verilen tedaviden memnun olmayanlarda olanlara göre, ölümün ani olanlarda olmayanlara göre, ölen kişi ile birlikte yaşayanlarda yaşamayanlara göre, ölen kişi ile bitmemiş işleri olanlarda olmayanlara göre, ölüm ile ilgili kendini suçlayanlarda suçlamayanlara göre, ölen kişinin eşyalarını saklayanlarda saklamayanlara göre, kayıptan sonra ruhsal destek alanlarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan post-hoc testi sonuçlarına göre PG-13 puanlarından elde edilen uzamış yas belirti şiddeti, kaybın üzerinden 6 ay-1 yıl arası geçenler ile 2-5 yıl ($p=0.001$) ve 5-10 yıl ($p=0.001$) geçenler arasında, kaybın arkasından yakınları/çevresinden hiç destek almayanlar ile iyi destek alanlar ($p=0.041$) ve çok iyi destek alanlar ($p=0.024$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Kaybını 6 ay-1 yıl önce yaşayan bireylerin uzamış yas belirti şiddeti kaybını 2-5 yıl ve 5-10 yıl önce yaşayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kaybın ardından yakınlarından/ çevresinden hiç destek almayan katılımcıların uzamış yas belirti şiddeti yakınlarından/çevresinden iyi ve çok iyi düzeyde destek alan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. Bağlanma ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Uzmanlaşmış Yas Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Hasta Grupları Arasında Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt boyutlar	UYB tanısı alan grup (N=71)	UYB tanısı almayan grup (N=116)	p
	Ort±SS	Ort±SS	
EBBÖ-Kaygılı Bağlanma	2,78±1,58	2,13±1,59	0,005
EBBÖ-Güvenli Bağlanma	2,28±1,63	3,23±1,58	<0,001
EBBÖ-Kaçıngan Bağlanma	4,22±1,41	3,21±1,45	<0,001
CTQ-33-Toplam	56,83±22,45	40,27±13,25	<0,001
CTQ-33-Duygusal taciz	10,14±4,99	7,10±3,67	<0,001
CTQ-33-Fiziksel taciz	8,85±5,50	6,02±2,34	<0,001
CTQ-33-Fiziksel ihmal	11,43±5,59	7,58±3,05	<0,001
CTQ-33-Duygusal ihmal	14,39±5,95	10,34±4,53	<0,001
CTQ-33-Cinsel taciz	7,67±5,06	5,72±2,30	0,004
CTQ-33-Aşırı koruma ve kontrol	4,32±2,08	3,49±2,09	0,002

Mann Whitney U test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 13'te görüldüğü gibi UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grupları arasında EBBÖ alt boyutlarından kaygılı/ikircikli bağlanma (p=0.005), güvenli bağlanma (p<0.001), kaçıngan bağlanma (p<0.001), CTQ-33 toplam (p<0.001), alt boyutlarından duygusal taciz (p<0.001), fiziksel taciz (p<0.001), fiziksel ihmal (p<0.001), duygusal ihmal (p<0.001), cinsel taciz (p=0.004) ve aşırı koruma/kontrol (p=0.002) puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. EBBÖ alt boyutlarından kaygılı/ikircikli bağlanma, kaçıngan bağlanma, CTQ-33 toplam, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma/kontrol puanları UYB tanısı alan hastalarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak güvenli bağlanma puanı UYB tanısı almayanda UYB tanısı alanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Hastaların PG-13 Puanlarından Elde Edilen Uzun Yas Belirti Şiddeti ile CTQ-33, EBBÖ ve Alt Boyut Puanlarının İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları (N=187)

	PG-13 Toplam
Çocukluk Çağı Travması Ölçeği Toplam (CTQ-33-Toplam)	r ,279** p 0,001
CTQ-33-Duygusal taciz	r ,267** p 0,001
CTQ-33-Fiziksel taciz	r ,198** p 0,007
CTQ-33-Fiziksel ihmal	r ,314** p 0,001
CTQ-33-Duygusal ihmal	r ,242** p 0,001
CTQ-33-Cinsel taciz	r ,194** p 0,008
CTQ-33-Aşırı koruma ve kontrol	r ,165* p 0,024
EBBÖ-Kaçınan bağlanma	r ,364** p 0,001
EBBÖ-Güvenli bağlanma	r -,358** p 0,001
EBBÖ-Kaygılı/ İkircikli bağlanma	r ,275** p 0,001

***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi),**

**** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi)**

Tablo 14’de görüldüğü gibi hastaların PG-13 puanlarından elde edilen uzun yas belirti şiddeti ile CTQ-33 Toplam ($r=0.279$ $p<0.001$), alt boyutlarından duygusal taciz ($r=0.267$ $p<0.001$), fiziksel taciz ($r=0.198$ $p=0.007$), fiziksel ihmal ($r=0.314$ $p<0.001$), duygusal ihmal ($r=0.242$ $p=0.001$), cinsel taciz ($r=0.194$ $p=0.008$), aşırı koruma ve kontrol ($r=0.165$ $p=0.024$), EBBÖ alt boyutlarından kaçınan bağlanma ($r=0.364$ $p<0.001$) ve kaygılı/ ikircikli bağlanma ($r=0.275$ $p<0.001$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak uzun yas belirti şiddeti ile EBBÖ alt boyutlarından güvenli bağlanma” ($r=-0.358$ $p<0.001$) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 15. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Sonuçlarına göre Uzamış Yas Bozukluğu'nun Yordayıcıları

Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Varlığı		
Değişkenler	OR (95%CI)	p
Ölüm nedeni (Ref: Kronik hastalık)		
Covid-19	5.59 (1.20-26.12)	0.028
Trafik kazası	2.37 (0.40-13.84)	0.338
Ani ölüm	2.94 (1.14-7.59)	0.025
Travmatik ölüm	0.65 (0.13-3.16)	0.597
Kaybın üzerinden geçen süre (Ref:5-10 yıl)		
6 ay-1 yıl	3.38 (0.95-12.05)	0.060
1-2 yıl	1.51 (0.55-4.16)	0.418
2-5 yıl	0.63 (0.19-2.09)	0.457
Kaybı en fazla etkileyen kişi (Ref: Akraba)		
Ebeveyn	3.59 (1.15-11.15)	0.027
Eş/evlat	32.08 (5.65-182.19)	0.001
Kardeş	2.98 (0.76-11.62)	0.115
Arkadaş/sevgili	1.11 (0.23-5.17)	0.893
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği		
Kaçıngan bağlanma	1.24 (0.88-1.75)	0.202
Güvenli bağlanma	0.83 (0.62-1.12)	0.244
Kaygılı/ İkircikli bağlanma	1.35 (1.02-1.79)	0.032
CTQ-Toplam	1.05 (1.02-1.07)	0.001
$R^2=0.510$, -2 loglikelihood=160.359		

(Referans), $p<0.05$ istatistik olarak anlamlı

Tablo 15'te görüldüğü gibi tek değişkenli analizler sonucu kaybı en çok etkileyen kişi EBBÖ alt boyutlarından, kaçıngan, güvenli, kaygılı/ikircikli bağlanma ve CTQ-33-toplam değişkenleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiş ve çok değişkenli lojistik regresyon modeline alınmıştır($p<0.05$). Ayrıca ölüm nedeni ve kayıp üzerinden geçen süre değişkenleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermese de $p<0.250$ 'ye göre çok değişkenli modele eklenmiştir.

Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre kaybedilen kişinin ölüm nedeni Covid-19 olanların (OR:5.59, %95CI: 1.20-26.12), ölüm nedeni ani ölüm olanların (OR:2.94, %95CI: 1.14-7.59), kaybı en fazla etkileyen kişi olarak ebeveynini kaybedenlerin (OR:3.59, %95CI: 1.15-11.15), eş/çocuğunu kaybedenlerin (OR:32.08, %95CI: 5.65-182.19), kaygılı bağlanma puanları artanların (OR:1.35, %95CI: 1.02-1.79) ve CTQ-33 puanları artanların (OR:1.05, %95CI: 1.02-1.07) uzamış yası olma ihtimali artmaktadır. Modeldeki değişkenlerin UYB'yi belirleyen faktörlerden %51'ini açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0.510$, -2 loglikelihood= 160,359).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda elde edilen en önemli bulgular, psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan yetişkinlerde UYB tanısı alan bireylerin oranının %38 olması ve çocukluk çağı travmalarının varlığının hem UYB sıklığını hem de uzamış yas belirti şiddetini arttırmasıdır.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan yetişkinlerde UYB sıklığı ve uzamış yas belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişki incelenmiştir. UYB tanısı alan bireylerde hem bazı sosyodemografik özellikler ve kayba ilişkin değişkenler hem de sahip oldukları bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmalarının varlığı arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

5.1. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan bireyler arasında UYB tanısı alanların oranı %38 bulunmuştur. Literatürde UYB yaygınlık araştırmaları daha çok toplum örnekleminde yapılmıştır. Psikiyatri poliklinik örneklemini gibi özel gruplarda yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte daha yüksek oranların saptandığı görülmektedir. Bulduğumuz oran literatürde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olup özel hasta gruplarında yapılan bazı araştırmalara aşağıda yer verilmiştir:

Eisma ve arkadaşları(2015) yapmış oldukları çalışmada; katılımcıların yaklaşık üçte birinin uzamış yas tepkileri geliştirdiğini ve klinik müdahale olmadan iyileşme göstermediklerini belirtmiştir(94). Zisook ve arkadaşlarının genel psikiyatri polikliniğinde yapmış olduğu iki çalışmada yaklaşık %20 uzamış yas oranı bulunmuştur(104, 105). Vancouver bölgesindeki iki psikiyatri polikliniğinde yapılan bir çalışmada 235 hastanın %31'i orta derecede uzamış yas kriterlerini; %29'u şiddetli uzamış yas kriterlerini karşılamıştır(106). Palyatif Bakım Ünitesindeki 66 hasta ailesinde uzamış yasin yaygınlığını araştıran bir çalışmada ICG ölçüm aracıyla katılımcıların %53,03'ünün uzamış yas belirtileri yaşadığı bulunmuştur(164).

ABD'de 11 Eylül 2001'den sonra görev yapan 468 asker ve gazi ile yapılan çalışmada uzamış yas oranı %30,3 bulunmuştur(102). Yine 11 Eylül sonrası savaşla ilgili TSSB tanısı olan askerler ve gazilerde UYB prevalansı genel olarak %24.75 ve yakınıni kaybedenler arasında yaklaşık üçte biri (%31.25) olarak bulunmuştur(165). 2004 yılındaki Güneydoğu Asya tsunamisinde ölümden 2 yıl sonra Norveçlilerde komplike yasın incelendiği kesitsel bir çalışmada, 130 katılımcıda ICG ölçüm aracına göre %47,7 uzamış yas oranı bulunmuştur(166).

Heeke ve arkadaşlarının 2015 yılında yakınlarını kaybolma (n=73) ve ölüm (n=222) nedeniyle kaybeden 295 kişiyle yaptıkları bir çalışmada PG-13 ölçüm aracıyla %29,5 oranında UYB saptanmıştır(79). Avustralya, Kanada, ABD ve Birleşik Krallık'ta travmatik iş yeri ölümüne sahip 148 aile üzerine yapılan bir başka çalışmada PG-13 ile %43 oranında UYB saptanmıştır(80). Yine PG-13 kullanılarak Almanya'daki kadın mülteciler arasında UYB' nin araştırıldığı bir çalışmada, yas yaşayan 90 katılımcı arasında % 9,41'nin UYB kriterlerini karşıladığı bulunmuştur(78). Çin'de tek çocuğunu kaybeden "shidu" ebeveynlerle yapılan araştırmada, UYB prevalansı genel popülasyonda yaklaşık %10, ancak shidu ebeveynlerinde bu oran %35.5 olarak saptanmıştır(103).

5.2. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN GRUPLAR ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grubu sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. UYB tanısı alan ve almayan gruplar ile yaş, eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Literatür incelendiğinde kişinin sosyodemografik özelliklerinin UYB için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir(76). Bulgularımız literatürle uyumlu olup bir çok çalışmada da ileri yaş(83-85) ve düşük eğitim düzeyi(85, 166) UYB için risk faktörüdür. İleri yaşta sevdiğini ölüm nedeniyle kaybeden birey yaklaşmakta olan ölümünü hatırlayıp daha uzun ve kalıcı yas tepkileri geliştirebilir.

Çalışmamızda UYB tanısı alan ve almayan gruplar arasında cinsiyet, medeni durum ve aylık gelir değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde UYB'nin kadınlarda daha sık görüldüğüne dair çalışmalar olmakla birlikte (83, 84) cinsiyet değişkeni ile UYB geliştirme arasında anlamlı ilişki bulmayan araştırmalar da mevcuttur(167, 168). Ayrıca Sung ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada depresif erkeklerin depresif kadınlara göre daha fazla uzamış yas yaşadığı bulunmuştur(169). Literatürde UYB çalışmalarında kadın katılımcıların sayıca fazla olması ve daha çok temsil edilebilmesi dikkati çekmektedir. 2019'da Heeke ve arkadaşlarının, şiddetli kayba maruz kalan yetişkinlerde UYB'yi araştırdıkları ve 37 uygun çalışmayı (n = 5911) dahil ettikleri bir meta analiz sonuçlarına göre; sosyodemografik değişkenlerden medeni durum ve gelir düzeyi ile UYB arasında bir ilişki saptanmamıştır(108). Bulgularımız literatürle uyumludur.

5.3. HASTALARIN PG-13 PUANLARINDAN ELDE EDİLEN UZAMIŞ YAS BELİRTİ ŞİDDETİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda PG-13 Toplam Puanı(uzamış yas belirti şiddeti) ile hastaların medeni durumları ve eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc test sonuçlarına göre; boşanmış/dul katılımcıların uzamış yas belirti şiddetinin evlilere göre daha yüksek olduğu; ilkökul/ortaokul mezunu katılımcıların uzamış yas puan belirti şiddetinin üniversite mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Literatürde düşük eğitim düzeyi, yüksek uzamış yas belirti şiddeti ile ilişkilendirilmiştir(170, 171). Newson ve arkadaşları boşanmış olmanın 2,3 kat ve dul olmanın 1,5 kat uzamış yas yaşama olasılığını arttırdığını bulmuşlardır(85). Çin'de yapılan bir çalışmada boşanmış olmanın(172); Masferrer ve arkadaşlarının çalışmasında ise dul olmanın(167) uzamış yas belirti şiddetini arttırdığı saptanmıştır. Medeni durum ve eğitim düzeyi ile ilgili bulgularımız, uzamış yas belirti şiddeti açısından literatür bulgularıyla uyumlu saptanmıştır.

5.4. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN GRUPLAR ARASINDA ALIŞKANLIKLAR VE SAĞLIK ÖZELLİKLERİNE AİT DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda kişilerin sağlık durumları incelendiğinde; UYB tanısı alan ve almayan gruplar arasında geçmişte intihar düşüncesinin varlığı, intihar girişimi öyküsü, ruhsal sağlık durumunu algılama, fiziksel sağlık durumunu algılama değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kişilerin geçmişte intihar düşüncesi ve girişimi varlığı UYB açısından riskli bulunmuştur.

Latham ve Prigerson (2004) uzamış yaşlı kişileri, başlangıçta ve cinsiyet, ırk, sosyal destek, MDD, TSSB gibi faktörler kontrol edildikten sonra bile "yüksek intihar riski" ile ilişkilendirmişlerdir(173). Yine Simon ve arkadaşları, daha önce bir veya daha çok intihar girişiminde bulunmuş olmanın uzamış yas için risk faktörü olduğunu belirtmiştir(165).

Çalışmamızda katılımcıların ruhsal sağlığını kötü düzeyde algılama ve fiziksel sağlığını orta düzeyde algılama UYB risk faktörü olarak bulunmuştur. Prigerson ve arkadaşları uzamış yas semptomlarının yalnızca duygusal sıkıntıyla değil, aynı zamanda ruhsal ve fiziksel sağlıktaki bozulmalarla ilişkilendirmişlerdir(174). Demanslı kişilerin bakıcılarında yapılan bir araştırma, bakım verenin ölümden önceki fiziksel ve ruhsal sağlığı gibi birçok faktörü kontrol ederken bile, ölüme hiç hazırlıklı olmayan bakıcıların daha kötü ruhsal sağlıkları olduğunu, daha fazla uzamış yas semptomları sergilediğini bulmuştur(175). Biz de çalışmamızda UYB ile geçmiş intihar deneyimleri, ruh sağlığı ve fiziksel sağlığını nasıl algıladıklarını değerlendirdik ve literatür ile uyumlu bulgular elde ettik.

5.5. HASTALARIN PG-13 PUANLARINDAN ELDE EDİLEN UZAMIŞ YAS BELİRTİ ŞİDDETİNİN ALIŞKANLIKLAR VE SAĞLIK ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda kişilerin sağlık durumları ile uzamış yas belirti şiddeti karşılaştırılmış olup uzamış yas belirti şiddeti ile alkol kullanımı, madde kullanma, ruhsal bozukluk tanısına sahip olma, geçmişte intihar düşüncesi varlığı ve intihar

girişimi öyküsü değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Çalışmamızda hem alkol kullanan hastalarda hem de madde kullanımı geçmişli olan hastalarda uzamış yas belirti şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Maddison ve Viola'nın bir çalışmasında yas yaşayan orta yaşlı dulların evli kadınlara göre alkol ve uyuşturucu (ağırlıklı olarak yatıştırıcı ve hipnotikler) kullanımını artırma olasılığının çok daha yüksek olduğunu bulmuştur(176). Başka çalışmalar, komorbid uzamış yaşlı MDB'li kişilerde; yüksek uzamış yas belirti şiddetinin, yüksek alkol bağımlılığı oranları ile ilişkili olduğunu saptamıştır(169, 177). Yakın tarihli bir sistematik derlemede; madde kötüye kullanımı olan bireylerin, özellikle madde tüketimindeki artışların yastan önce var olmasının, daha sonra uzamış yas geliştirme riskini arttırdığı, ayrıca uzamış yasin da alkol bağımlılığındaki artışları öngördüğü saptanmıştır(113). Masseffer ve arkadaşları da madde kötüye kullanımı olan katılımcıların, bu tür güçlükleri olmayan katılımcılara göre daha şiddetli uzamış yas yaşadıklarını belirtmişlerdir(167). Alkol/ madde kullanımıyla ilgili bulgularımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızda ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde almayanlara göre uzamış yas belirti şiddeti yüksek olması literatür genelindeki bulgularla uyumludur(178). Simon ve arkadaşlarının 206 uzamış yaşlı kişiyle yapmış oldukları bir çalışmada psikiyatrik eş tanı varlığı, daha yüksek uzamış yas belirti şiddetiyle ilişkilendirilmiştir(107). Heeke ve arkadaşlarının 2019'da yaptıkları sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında da MDB, anksiyete bozuklukları ve travma ile ilişkili bozukluklar tanısı ile başvuran yaşlı örnekler arasında daha yüksek uzamış yas şiddeti oranları bulunmuştur(108).

Çalışmamızda yüksek uzamış yas belirti şiddeti geçmişte intihar düşüncesi / intihar girişimi öyküsü bulunmakla ilişkili bulunmuştur. Literatürde Johnson ve arkadaşları tarafından 170 yaşlı kişiden oluşan örnekleme yapılan çalışmada, yaşam boyu intihar düşüncesi bildirenlerin bildirmeyenlere göre uzamış yas belirti şiddetinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır(179). Heeke ve arkadaşları UYB'si olanların intihar düşüncesi ve davranışları açısından yüksek risk altında olabileceğini; bu nedenle intihar riskinin yeterince değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir(108). Bulgulamız literatür bilgileriyle tutarlıdır.

5.6. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU TANISI ALAN VE ALMAYAN GRUPLAR ARASINDA KAYIP ÖZELLİKLERİNE AİT DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda kayba bağlı değişkenler incelendiğinde; UYB tanısı alan hasta grubu ile ve UYB tanısı almayan kontrol grubu ile kaybı en fazla etkileyen kişi, kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici olma durumu, ölen kişi ile birlikte yaşama durumu, ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu, cenaze töreni düzenlenme durumu, ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu, ölen kişinin eşyalarını saklama durumu ve kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Aşağıda çalışmamızda elde edilen bulgular literatür bulguları eşliğinde açıklanmıştır.

Kayıp türünün eş/ çocuk olması çalışmamızda UYB açısından risk faktörü olarak bulunması literatür bulgularıyla uyumludur. Kersting ve arkadaşları (2011), Li ve arkadaşları (2015) kaybın türünün UYB açısından en riskli olduğu grubu eş/çocuk kaybı yaşayan bireylerin oluşturduğunu saptamışlardır(83, 84).

Çalışmamızda UYB, kaybedilen kişinin ölümünü şiddetli/ acı/ dehşet verici hissedilmesi ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde şiddetli bir ölümün yasını tutmanın, şiddet içermeyen ölümden farklı olduğu ve UYB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(178). Rynearson 2006'da; şiddetli ölümün genellikle önlenabilir olarak algılandığını, hayatta kalanların sebep ve anlam arayışını engelleyebildiğini, onları suçluluğa teşvik edebildiğini ifade etmiş olup(180) bulgumuz literatürle desteklenmiştir.

Çalışmamızda, kayıptan önce ölen kişiyle birlikte yaşama ve kaybedilen kişiyle bitmemiş işlerin olması UYB risk faktörü olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar gözden geçirildiğinde, Macias ve arkadaşları, kaybettiği yakın arkadaş veya aile bireyiyle birlikte yaşamının uzamış yas gelişimini yordadığını(181); Holland ve arkadaşları, kaybedilen kişiyle bitmemiş işlerin (unfinished businesses) fazla olmasının uzamış yas geliştirme riskini arttırdığını saptamışlardır(182). Bulgularımız literatürle tutarlıdır.

Çalışmamızda yakınının ölümü sonrası cenaze töreninin düzenlenmemesi UYB ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulguyu destekleyen literatür bilgileri şöyledir: Worden cenaze törenlerinin yaşlı kişiyi ölüm gerçeğiyle yüzleştirdiğini, bu durumun da kaybın kabülünü kolaylaştırdığını belirtmiştir(21). Lazare (1979) uzamış yas yaşayan kişilerle yaptığı görüşmelerde, bu kişilerin cenaze ya da mezar ziyaretlerinden kaçındığını belirtmiştir(14).

Çalışmamızda kaybedilen kişinin ölümü ile ilgili kendini suçlama ve kaybedilen kişinin eşyalarını saklama UYB risk faktörü olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde; kayıptan sonra ölüme ve merhuma yönelik suçluluk duymanın UYB gelişimini yordadığı(30) ve eşini kaybeden kişilerde olumlu anıların stresi azaltırken, ölenin eşyalarının kullanımının stresi arttırdığı bulunmuştur(183). Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Son olarak çalışmamızda kayıptan sonra ruhsal destek alma ile UYB arasında ilişki saptanmıştır. Bu bulgu literatür bulgularıyla tutarlı bulunmuştur. Estevan ve arkadaşları (2016), 299 kişide PG-13 ile UYB risk faktörlerini araştırmış ve kayıptan sonra ruhsal destek için psikiyatriye başvurmak ile uzamış yasa sahip olmak arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(81). Başka bir çalışma uzamış yas yaşayan grubun kayıptan sonra önemli ölçüde daha fazla psikofarmasötik tükettiğini saptamıştır(164).

5.7. HASTALARIN PG-13 PUANLARINDAN ELDE EDİLEN UZAMIŞ YAS BELİRTİ ŞİDDETİNİN KAYIP ÖZELLİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda kayba bağlı değişkenler uzamış yas belirti şiddeti açısından karşılaştırılmıştır. Uzamış yas belirti şiddeti ile kaybın üzerinden geçen süre, ölen kişiye verilen tedavi/bakımdan memnun olma durumu, ölümün ani olma durumu, kaybedilen kişinin ölümünün acı/dehşet verici olma durumu, ölen kişi ile birlikte yaşama durumu, ölen kişi ile bitmemiş işleri olma durumu, ölüm ile ilgili kendini suçlama durumu, ölen kişinin eşyalarını saklama durumu, kayıptan sonra ruhsal destek alma durumu, kaybın ardından yakınlarının/çevrenin destek olma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Çalışmamızda hastaların uzamış yas belirti şiddeti, ölen kişiye verilen tedaviden memnun olmayanlarda olanlara göre yüksek saptanmıştır. Kim ve arkadaşları yakınları kanser olup kendisi bakımlarını üstlenen aile üyelerinden oluşan örnekleme, yas tutmaya uzun vadeli uyumu araştırmışlardır. Yapılan çalışma palyatif bakımdan memnuniyet ve ölüme yönelik algılanan hazırlığın yas için daha iyi uyumu öngörmüştür(184).

Çalışmamızda uzamış yas belirti şiddetinin yüksek olması ile ilişkili bulunan faktörler literatür eşliğinde tartışıldığında şu sonuçlar çıkmıştır: Ölümün ani olması, Macias ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir çalışmayla(181) uyumludur. Kaybedilen kişinin ölümünün şiddetli/acı/dehşet verici olması, şiddetli olarak ifade edilen ölümlerin doğal ölümlere göre yas belirti şiddetini arttırdığı, ayrıca algılan ölüm kalitesi "kötü" olduğunda yas puanlarının da yüksek olduğu saptanan çalışmalarla(98, 178) uyumludur.

Hastayla ölmeden önce birlikte yaşamının, daha yüksek uzamış yas semptom skorları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bulan bir çalışma(185) bulgumuzu desteklemektedir. Yine çalışmamızda ölen kişi ile bitmemiş işleri olanlarda olanayanlara göre uzamış yas belirti şiddetinin yüksek olması; Holland ve arkadaşları (2020) ve Klingspon ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışma bulgularıyla (182, 186) benzerdir.

Simon ve arkadaşlarının (2018) 160 yaşlı kişiden oluşan bir örnekleme; Li ve arkadaşlarının (2019) ise 194 yaşlı kişiden oluşan bir örnekleme yapmış oldukları çalışmalarda, ölüme bağlı yüksek suçluluk duymak daha yüksek uzamış yas belirti şiddeti ile ilişkilendirilmiştir(165, 187). Spierings kaybedilen kişinin eşyalarını saklamanın onunla bağlılığın devam etmesinde önemli rol oynayıp yas sürecinin tamamlanmasını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir(188). Biz de ölüm ile ilgili kendini suçlayanlarda ve ölen kişinin eşyalarını saklayanlarda daha yüksek uzamış yas belirti şiddeti bulduk.

Çalışmamızda uzamış yas belirti şiddeti kayıptan sonra ruhsal destek alanlarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bermejo ve arkadaşlarının

yapmış oldukları çalışmada, kayıptan sonra ruhsal destek ve psikofarmakolojik tedavi alanların uzamış yas belirti şiddetinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır(189).

Ayrıca yapılan post-hoc testi sonuçlarına göre uzamış yas belirti şiddeti, kaybın üzerinden 6 ay-1 yıl arası geçenler ile 2-5 yıl ve 5-10 yıl geçenler arasında, kaybın arkasından yakınları/çevresinden hiç destek almayanlar ile iyi destek alanlar ve çok iyi destek alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Kayıbını 6 ay-1 yıl önce yaşayan bireylerin uzamış yas belirti şiddeti kaybını 2-5 yıl ve 5-10 yıl önce yaşayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, kaybın üzerinden geçen zamanın daha kısa olmasının daha şiddetli uzamış yas belirtileri ile ilişkili bulan ve zamanla yasin ciddiyetinin ve etkisinin azalmasının beklendiği çalışmalara rastlanmıştır(80, 190, 191). 2007'de yapılan, 2 yıl süren ve 200'e yakın katılımcısıyla uzunlamasına bir araştırma olan Yale Yas Çalışması(Yale Bereavement Study)'nda kaybın üzerinden geçen süre arttıkça kaybı kabullenmenin de arttığı bulunmuştur(68).

Son olarak çalışmamızda kaybın ardından hiç sosyal destek almayan katılımcılarda belirti şiddeti iyi ve çok iyi düzeyde sosyal desteği olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal destek azlığının uzamış yas belirti şiddetinin artışı yordadığı literatürde yapılan çalışmalarla gösterilmiştir(181, 192). Yine PG-13 ölçüm aracının kullanıldığı bir çalışmada ölümden sonra algılanan sosyal desteğin varlığının UYB için koruyucu bir etken olduğu bulunmuştur(81). Bulgularımız literatürle uyumludur.

5.8. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE BELİRTİ ŞİDDETİNİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grupları arasında EBBÖ alt boyutlarından güvenli bağlanma, kaygılı/ikircikli bağlanma ve kaçınan bağlanma puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. EBBÖ alt boyutlarından kaygılı/ikircikli bağlanma, kaçınan bağlanma puanları UYB tanısı alan hastalarda almayanlara göre daha yüksek; güvenli bağlanma puanı daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda uzamış yas belirti şiddeti ile EBBÖ ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Uzamış yas belirti şiddeti ile EBBÖ alt boyutlarından kaçınan bağlanma ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki; güvenli bağlanma puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Başka bir deyişle, katılımcıların uzamış yas belirti şiddeti arttıkça, EBBÖ kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma puan ortalamalarının arttığı; güvenli bağlanma puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur.

Bağlanma ile yas ilişkisini inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde; genel olarak güvenli bağlanma stiline sahip kişilerin normal veya sağlıklı yas yaşayacakları, ayrıca bu kişilerin hayatlarında önemli bir kişinin kaybına duygusal olarak tepki vereceklerini, ancak kederlerinden bunalmış hissetmeyeceklerini ifade edilmektedir(135, 136). Stroebe ve arkadaşları tarafından güvensiz bağlanma stili olan kaygılı bağlanmanın uzamış yasin şiddetini arttırdığı saptanmıştır(9). Wayment ve Vierthaler yakın kaybı yaşayan 91 kişiyle yaptıkları bir çalışmada, kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahip olanlarda, yasin yoğunluğu ve belirti şiddetinin fazla olduğunu bulmuşlardır(8). Eşini kaybetmiş 59 yaşlı kişiyle yapılan prospektif bir çalışmada, güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerin uzamış yas şiddetinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur(138). Huh ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, kaçınan bağlanma ve uzamış yasin ilişkili olduğu bulunmuştur(193). Bulgularımız literatür ile uyumludur.

5.9. UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE BELİRTİ ŞİDDETİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda UYB tanısı alan hasta grubu ve UYB tanısı almayan kontrol grupları arasında CTQ-33 toplam, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma ve kontrol puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. CTQ-33 toplam, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma ve kontrol puanları UYB olan hastalarda olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda uzamış yas belirti şiddeti ile CTQ-33 ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Uzamış yas belirti şiddeti ile CTQ-33 toplam, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz, aşırı koruma ve kontrol puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Başka bir deyişle, uzamış yas belirti şiddeti arttıkça hastaların ölçekten aldıkları toplam, duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz, aşırı koruma ve kontrol puanlarının artmış olduğu saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde; 2001 yılında Silverman ve arkadaşlarının 81 dul yaşlı kişiyle yaptıkları görüşmeler sonucu, yaşamlarında önceki olumsuzlukları bildiren katılımcıların, bildirmeyenlere göre yas sonrasında daha fazla sıkıntı yaşamış oldukları ifade edilmiştir. Bu çalışmada, özellikle bir ebeveynin istismarı veya ölümü gibi çocukluk dönemi olumsuz yaşam olaylarının uzamış yas geliştirme bakımından önemli bir şekilde anlamlı olduğu belirtilmiştir(13). Vanderwerker ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi ile yetişkinlik dönemindeki uzamış yasin ilişkisi incelenmiştir. Çocuklukta ayrılık kaygısı, hem iki değişkenli olarak hem de cinsiyet, eğitim düzeyi, akrabalık ilişkisi, psikiyatrik bozukluk öyküsü ve çocuklukta istismar öyküsü kontrol edildikten sonra uzamış yas ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur(194).

Bu konuda yapılan çalışmalar çok sınırlı olmakta birlikte çalışmamız çocukluk çağı travma alt türlerinin hepsiyle UYB arasında bağlantı bulmuştur. Bu bulgu hipotezimizi desteklemiştir. Silverman ve ark. yaptıkları bir çalışmada erken dönemde fiziksel ve cinsel istismar yaşayan bireylerin %80'inde en az bir ruhsal hastalık tanısı aldığı saptanmıştır(195). Johnson ve arkadaşları 2007 yılında 192 dul bireyin oluşturduğu bir örnekleme, çocukluk döneminde yüksek düzeyde algılanan ebeveyn kontrolünün, ölen eşe yüksek düzeyde bağımlılık ve karmaşık yas belirtileri ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir(196). Sung ve arkadaşlarının (2011) MDB tanısı olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada; uzamış yası olanların olmayanlara göre travmatik yaşam olaylarına daha fazla maruz kaldığı bulunmuştur(169). Romero ve Cruzado (2016), önceki stresli yaşamsal olayların yas semptomatolojisi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır(164).

5.10. ÇOK DEĞİŞKENLİ LOJİSTİK REGRESYON SONUÇLARINA GÖRE UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU'NUN YORDAYICILARI

Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre kaybedilen kişinin ölüm nedeni Covid-19 olanların kronik hastalık olanlara oranla 5.59 kat; ani ölüm olanların kronik hastalık olanlara oranla 2.94 kat UYB'yi yordadığı bulunmuştur. Literatürde Covid-19 ölümlerinde yasin yeteri kadar yaşanmadığı, son vedalara ve yas ritüellerine sahip olma yeteneğinin kaybolduğu, yasin doğal başa çıkma ve iyileşme süreçlerinin karmaşıklaştığı; sosyal mesafenin kontrol duygusunun kaybolmasına ve endişeye yol açarak sevilen birinin ölümüyle başa çıkma becerisini azalttığı ifade edilmiştir(49, 50). Ölüm nedenini kaybın ani/ beklenmedik ölüm olarak belirten yaşlı kişilerin UYB geliştirme riskinin arttığı bulgumuz literatürle uyumludur(197, 198).

Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre kaybı en fazla etkileyen kişi olarak ebeveynini kaybedenlerin akraba kaybına göre 3.59 kat; eş/çocuğunu kaybedenlerin akraba kaybına göre 32.08 kat UYB'yi yordadığı bulunmuştur. Çalışmamızda UYB için en riskli kayıp türü eş/ çocuk kaybı olarak saptanmıştır. Bu bulgu literatürle son derece uyumlu olup yapılan çalışmaların büyük bir kısmında eş/ çocuk kaybının UYB geliştirme açısından en riskli grup olduğu bulunmuştur(83, 84). Fernández-Alcántara ve arkadaşlarının 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada ebeveynin kaybına kıyasla çocuğunu kaybeden kişilerin daha yüksek stres ve daha yoğun yas belirtileri yaşadığını saptamışlardır(168). Holmes ve Rahe 1967 yılında, bir eşin ölümünün en yüksek stres kaynağı olduğunu belirtmişlerdir(199).

Literatürde ebeveyn kaybının UYB'yi yordadığına ilişkin çalışmalar da mevcuttur. Bunu saptamak açısından çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Eş/ çocuk kaybı kadar riskli olmasa da ebeveyn kaybının da UYB'yi yordadığı bulunmuştur. Piper ve arkadaşlarının çalışmasında en sıkıntılı kayıp türü ebeveyn kaybı olarak bulunmuştur(106). Çocuklarını bir kazada kaybeden 40 ebeveynle yapılan bir çalışmada, kaybın ardından 13-36 ay sonra değerlendirme yapılmıştır. Ve katılımcıların uzun , kalıcı ve yoğun yas tepkilerinin sürdüğü rapor

edilmiştir(200). Özetle, daha yakın bir ilişki içerisinde olunan yakını (eş, ebeveyn, çocuk veya kardeş) kaybetmenin, uzaktan akraba olan bir aile üyesinin kaybına göre daha şiddetli yas belirtileri ve UYB yaşamaya neden olduğu saptanmış olup kaybedilen kişiyle ilişkinin önemi vurgulanmıştır(108, 171). Bulgularımız literatürle uyumludur.

Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre kaygılı/ikircikli bağlanma puanları artanların 1.35 kat UYB'yi yordadığı fakat kaçınan bağlanma puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Wayment ve Vierthaler kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahip olanlarda, yasin yoğunluğunun fazla olduğunu bulmuşlardır(8). Heeke ve arkadaşları 2019 yılında yaşlı bireylerin başkalarıyla nasıl ilişki kurduğuna ilişkin üç faktör tanımlanmıştır: bağlanma kaygısı (kaygıya yatkınlık, reddedilme ve terk edilmeyele ilgili duyarlılık), bağlanmadan kaçınma (yakınlık ve bağımlılıktan rahatsızlık veya başkalarıyla yakın olma isteksizliği) ve sosyal destek. Sadece bağlanma kaygısı UYB ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur(108). Maccallum ve Bryant'ın 2018 yılında 285 yaşlı örnekleme, yapmış oldukları lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; kaygılı bağlanmanın diğer gruplara göre UYB/ depresif belirtileri olmayı yordadığı fakat kaçınan bağlanmanın bunu öngörmediği saptanmıştır(201). Bir çalışmada, bağlanma kaygısının daha yoğun yaşla ilişkili olduğu, kaçınan bireylerin ise güvenli bireyler kadar kayıpla başa çıktıklarından bahsedilmiş olup; kaçınan bağlanmaya sahip bireylerin, kaygılı bağlanan bireylere göre daha az yas belirtileri gösterdiği saptanmıştır(202). Yine Prigerson ve arkadaşlarının 2021 yılında yapmış oldukları UYB için yeni DSM-5-TR kriterlerinin ve PG-13-Revize (PG-13-R) ölçeğinin doğrulanması çalışmasında; tüm veri kümelerinde en zayıf performans gösteren öge, "merhumun öldüğünü hatırlatmaktan kaçınma" olarak bulunmuştur(203). Bulgularımız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre CTQ-33 puanları artanların 1.05 kat UYB'yi yordadığı bulunmuştur. Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre UYB ile ilgili araştırmalar her geçen yıl daha çok artmaktadır. Dünyada yapılan çalışmalar incelendiğinde UYB ile çocukluk çağı travmaları ya da çocuklukta kötü muamele arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmanın çok az sayıda olduğu her bir alt tür (duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal,

duygusal ihmal, cinsel taciz, aşırı koruma ve kontrol) ile UYB ilişkisinin hiç araştırılmadığı gözlenmiştir. Biz de çalışmamıza katılan bireylerde çocukluk çağı travmalarını anket yoluyla ifade etmelerini istedik ve bu yaşam olaylarının UYB geliştirme açısından ilişkisini inceledik. Yapılan analizler sonrası çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik yaşantıların UYB tanısını yordadığını bulduk. Çalışmamız bu konuda literatüre yapacağı katkılar açısından önem arz etmektedir.

5.11.ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmamızın sınırlılıklarından biri kesitsel olmasıdır. Ayrıca UYB tanısına eşlik eden psikiyatrik tanılara yönelik semptom şiddeti düzeylerinin incelenmemesi başka bir sınırlılıktır. Çalışmamızda kullanılan uzamış yas bozukluğu tanısı ve uzamış yas belirti şiddetini ölçen PG-13, kişilerin bağlanma biçimlerini değerlendiren EBBÖ ve erken dönem çocukluk çağı travmalarını araştıran CTQ-33 öz bildirime dayalı ölçeklerdir. Bu durum, katılımcıların gerek savunucu tutumu gerek geçmişe yönelik sorularda hatırlama ya da bildirme yanlılığı sonucu gerçekleri tam yansıtmayan yanıt vermelerini olası hale getirmiş ve çalışmamızın önemli bir sınırlılığını oluşturmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda normal yas tepkilerinin uzun, yoğun ve kalıcı bir şekilde yaşanması olarak adlandırılan uzamış yas bozukluğu ele alınmıştır. UYB psikiyatrik tanı sınıflandırma sistemlerinde yeni bir tanı olarak yerini almıştır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların gün geçtikçe arttığı görülmekle birlikte UYB hakkında yapılan yeni çalışmalar kıymetli hale gelmektedir.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan bireyler arasında UYB oranı %38 bulunmuştur. Sosyodemografik özellikler açısından UYB grubunda; ileri yaş ve düşük eğitim düzeyi risk faktörü olarak belirlenmiştir. Ayrıca boşanmış/dul katılımcıların uzamış yas belirti şiddetinin evlilere göre daha yüksek olduğu; ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların uzamış yas belirti şiddetinin üniversite mezunu katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda kişilerin alışkanlıkları ve sağlık özellikleri incelendiğinde; UYB'si olan kişilerde, geçmişte intihar düşüncesi ve girişimi varlığı risk faktörü olarak bulunmuştur. Uzamış yas belirti şiddeti, alkol ve madde kullananlarda; ruhsal bozukluk tanısı alanlarda; intihar düşüncesi ve girişimi öyküsü olanlarda yüksek bulunmuştur. Burada vurgu yapmak istediğimiz konu psikiyatrik acil olan intihardır. Bu nedenle polikliniğe başvuran ve yakın kaybı olan hastalarda intihar riskinin yeterince değerlendirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Çalışmamızda UYB olan kişilerde kayıp ile ilgili özelliklere ait risk faktörleri şunlardır: Kayıp türünün eş/ çocuk olması, ölümün acı/dehşet verici hissedilmesi, ölen kişiyle birlikte yaşamak, bitmemiş işlerin olması, cenaze töreninin düzenlenmemesi, kendini suçlama, eşya saklama, kayıptan sonra ruhsal destek alma. Ayrıca kayba bağlı değişkenler uzamış yas belirti şiddeti açısından karşılaştırılmıştır. Uzamış yas belirti şiddeti, ölen kişiye verilen tedaviden memnun olmayanlarda; ani ölümlerde; kaybedilen kişinin ölümünü acı/dehşet verici bulanlarda; ölen kişi ile birlikte yaşayanlarda; bitmemiş işleri olanlarda; ölüm ile ilgili kendini suçlayanlarda; eşya saklayanlarda; kayıptan sonra ruhsal destek alanlarda; kaybını daha yakın bir zamanda yaşayanlarda, sosyal desteği az olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda UYB tanısı alan hasta grubu ile UYB tanısı almayan kontrol grubu bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları varlığı açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca tüm grupta uzamış yas belirti şiddeti ile bu özelliklerin ilişkisi incelenmiştir. Hem UYB hem de yüksek uzamış yas belirti şiddeti; kaygılı/ikircikli bağlanma, kaçınan bağlanma, CTQ-33 toplam, alt boyutlarından duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma/kontrol puanlarının artışı ile ilişkili bulunmuştur. Tersine güvenli bağlanma puanları UYB'si olmayan grupta daha yüksek olup daha düşük uzamış yas belirti şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Kurulan çok değişkenli lojistik regresyon modeline göre kaybedilen kişinin ölüm nedeni Covid-19 olanların kronik hastalık olanlara oranla 5.59 kat; ani ölüm olanların 2.94 kat; kaybı en fazla etkileyen kişi olarak ebeveynini kaybının akraba kaybına göre 3.59 kat; eş/çocuk kaybının 32.08 kat; kaygılı/ikircikli bağlanma puanları artanların 1.35 kat; ve CTQ-33 puanları artanların 1.05 kat UYB gelişimini yordadığı bulunmuştur. Modeldeki değişkenlerin UYB olmayı belirleyen faktörlerden %51'ini açıkladığı belirlenmiştir.

Küresel Covid-19 pandemisiyle yaşanan çok sayıda can kaybı insanların hayatını ciddi bir şekilde etkilemiş olup yas tutma deneyimini yeniden gündeme getirmiştir. Pandemi; kaybın beklenmedik olması, yas ritüellerinin olmaması gibi nedenlerle yas tepkilerinin daha yoğun, kalıcı ve uzun yaşanmasına sebep olabilir. Salgının uzun dönem sonuçları düşünüldüğünde poliklinik hastanlarının kayıpları nedeniyle ayrıntılı değerlendirilmesini öneriyoruz.

Elde ettiğimiz bulgularla; polikliniğe başvuran hastaları kayıp ve UYB açısından rutin olarak değerlendirmenin ve tedavide kayıp ve UYB'yi ele almanın önemli olduğunu düşünüyoruz. Yaşanan kayıplar, hasta değerlendirirken olası etiyolojik faktör olarak düşünülmelidir. UYB tanısı için 6 ay kriterinin kullanılmasıyla; bu vakaların daha çok tanımlanması ve hastalara erken dönemde terapötik müdahalenin daha olası hale geleceğini düşünüyoruz. UYB'nin gelişimi için risk faktörlerini anlamak adına daha büyük örneklem gruplarında ve uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2013) World population ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. New York: UN-DESA-PD.
2. Şenelmiş, H., Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yaş Olguları Üzerine Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 2006; 14(1):1-20.
3. Shear, M.K., N. Simon, M. Wall, S. Zisook, R. Neimeyer, N. Duan, et al., Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 2011. 28(2): p. 103-117.
4. Stoddard, F.J., D.M. Benedek, M.R. Milad, R.J. Ursano, M.E. Charney, S. Wieman, et al., Trauma- and Stressor-Related Disorders, in *Persistent Complex Bereavement Disorder*. 2018, Oxford University Press.
5. Özel-Kızıl, E.T., Yürekte Kırk Mum: Bireysel ve Toplumsal Yas, in *Komplike Yas*. (İçinde), Özel-Kızıl, E.T., Baştuğ, G. , Editor. 2017, Pinhan Yayıncılık: İstanbul. p. 29.
6. Prigerson, H.G., S. Kakarala, J. Gang, P.K. Maciejewski, History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*, 2021. 17: p. 109-126.
7. Bowlby, J., *Loss: Sadness and depression* (No. 3). Random House. 1998.
8. Wayment, H.A., J. Vierthaler, Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 2002. 7(2): p. 129-149.
9. Stroebe, M., H. Schut, K. Boerner, Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clin Psychol Rev*, 2010. 30(2): p. 259-268.
10. Carr, C.P., C.M. Martins, A.M. Stingel, V.B. Lemgruber, M.F. Jurueña, The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis*, 2013. 201(12): p. 1007-1020.
11. Sideli, L., R.M. Murray, A. Schimmenti, M. Corso, D. La Barbera, A. Trotta, et al., Childhood adversity and psychosis: A systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. 2020. 50(11): p. 1761-1782.
12. Şar, V., I. Necef, T. Mutluer, P. Fatih, T. Türk-Kurtça, A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *J Trauma Dissociation*, 2021. 22(1): p. 35-51.
13. Silverman, G.K., J.G. Johnson, H.G. Prigerson, Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2001. 38(3-4): p. 202-215.
14. Lazare, A., *Unresolved grief*, in *Outpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Edited by Lazare A. Baltimore, Williams & Wilkins. 1979.
15. Tal Young, I., A. Iglewicz, D. Glorioso, N. Lanouette, K. Seay, M. Ilapakurti, et al., Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012. 14(2): p. 177-186.

16. Stroebe, M.S., R.O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut, Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement, in Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. 2001, American Psychological Association: Washington, DC, US. p. 3-22.
17. Halifax, J., Being with dying: Cultivating compassion and fearlessness in the presence of death. Boston: Shambhala Publications. 2008.
18. Thompson, N., Grief and its challenges. Macmillan International Higher Education. 2011.
19. James, J.W., R. Friedman, The grief recovery handbook, 20th anniversary expanded edition: The action program for moving beyond death, divorce, and other losses including health, career, and faith. 2009: Harper Collins.
20. Öncü, B., Yürekten Kırk Mum: Bireysel ve Toplumsal Yas, in Normal Yas Tepkileri. (İçinde), Özel-Kızıl, E.T., Baştuğ, G., Editor. 2017, Pinhan Yayıncılık: İstanbul. p. 9.
21. Worden, W.J., Grief counselling and grief therapy: a handbook for the practitioner. 4th Edition. Springer, New York. 2009.
22. Maciejewski, P.K., A. Maercker, P.A. Boelen, H.G. Prigerson, "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. World Psychiatry, 2016. 15(3): p. 266-275.
23. Gross, R., The psychology of grief. Routledge. 2018.
24. Shear, K., H. Shair, Attachment, loss, and complicated grief. Dev Psychobiol, 2005. 47(3): p. 253-267.
25. Doka, K.J., Ethics, end-of-life decisions and grief. Mortality, 2005. 10(1): p. 83-90.
26. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. 2013.
27. Stroebe, M.S., R.O. Hansson, H.A.W. Schut, W. Stroebe, Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. Washington, DC: American Psychological Association. 2008.
28. Stroebe, M., H. Schut, W. Stroebe, Health outcomes of bereavement. Lancet, 2007. 370(9603): p. 1960-1973.
29. Stroebe, M., The Poetry of Grief: Beyond Scientific Portrayal. Omega (Westport), 2018. 78(1): p. 67-96.
30. Archer, J., The Nature of Grief: The Evolution and Psychology of Reactions to Loss. Routledge. 1999.
31. Çevik, A., B. Öncü, Normal ve Patolojik Yas Kliniğinin Çok Boyutlu İncelenmesi ve Tedavi İlkeleri. Psikiyatri Bülteni, 1995(3(3)): p. 109-114.
32. Hogan, N.S., D.B. Greenfield, L.A. Schmidt, Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. Death Studies, 2001. 25(1): p. 1-32.
33. Worden, J.W., Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner, 5th ed. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health

- practitioner, 5th ed. 2018, New York, NY, US: Springer Publishing Company. xv, 293-xv, 293.
34. Bonanno, G.A., Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*, 2004. 59(1): p. 20-28.
 35. Freud, S., Mourning and melancholia. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 1, ed. J Strachey, pp. 124–40. London: Hogarth. 1953 (1917).
 36. Klein, M., Mourning and its relation to manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1940. 21: p. 125-153.
 37. Lindemann, E., Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(6 Suppl): p. 155-160.
 38. Bowlby, J., Attachment and loss, loss: sadness and depression. London: Hogarth Press. 1980.
 39. Engel, G.L., Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosom Med*, 1961. 23: p. 18-22.
 40. Kübler-Ross, E., *On Death and Dying*. Great Britain: Tavistock Publications Limited. 1969.
 41. Parkes, C.M., Bereavement in adult life. *Bmj*, 1998. 316(7134): p. 856-859.
 42. Volkan, V.D., E. Zintl, *Life after loss: The lessons of grief*. 2018: Routledge.
 43. Volkan, V.D., The 'Linking objects' of pathological mourners. *Arch Gen Psychiat*, 1972. 27(2): 215-221.
 44. Volkan, V.D., Complicated mourning. *The Annual of Psychoanalysis*, 1984. 12-13: p. 323-348.
 45. Volkan, V.D., *Psikoterapideki Nesne İlişkileri*. 2007, Şahmat Matbaacılık. p. 66-68.
 46. Stroebe, M., H. Schut, The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 1999. 23(3): p. 197-224.
 47. John Hopkins Coronavirus Resource Center. [Internet] [cited March 23 2022]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
 48. Rabow, M.W., C.S. Huang, G.E. White-Hammond, R.O. Tucker, Witnesses and Victims Both: Healthcare Workers and Grief in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage*, 2021. 62(3): p. 647-656.
 49. Moore, B.J.H.C.R., Dying during Covid-19. 2020. 50(3): p. 13-15.
 50. Mayland, C.R., A.J.E. Harding, N. Preston, S. Payne, Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *J Pain Symptom Manage*, 2020. 60(2): p. e33-e39.
 51. Pop-Jordanova, N., Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*, 2021. 42(2): p. 9-18.
 52. Sbarra, D.A., C. Hazan, Coregulation, dysregulation, self-regulation: an integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Pers Soc Psychol Rev*, 2008. 12(2): p. 141-167.

53. O'Connor, M.F., Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012. 14(2): p. 141-148.
54. O'Connor, M.F., D.K. Wellisch, A.L. Stanton, N.I. Eisenberger, M.R. Irwin, M.D. Lieberman, Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*, 2008. 42(2): p. 969-972.
55. Najib, A., J.P. Lorberbaum, S. Kose, D.E. Bohning, M.S. George, Regional brain activity in women grieving a romantic relationship breakup. *Am J Psychiatry*, 2004. 161(12): p. 2245-2256.
56. Gündel, H., M.F. O'Connor, L. Littrell, C. Fort, R.D. Lane, Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(11): p. 1946-1953.
57. Kersting, A., P. Ohrmann, A. Pedersen, K. Kroker, D. Samberg, J. Bauer, et al., Neural activation underlying acute grief in women after the loss of an unborn child. *Am J Psychiatry*, 2009. 166(12): p. 1402-1410.
58. Kakarala, S.E., K.E. Roberts, M. Rogers, T. Coats, F. Falzarano, J. Gang, et al., The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Res Neuroimaging*, 2020. 303: p. 111135.
59. Schneck, N., T. Tu, C.A. Michel, G.A. Bonanno, P. Sajda, J.J. Mann, Attentional Bias to Reminders of the Deceased as Compared With a Living Attachment in Grieving. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 2018. 3(2): p. 107-115.
60. Bryant, R.A., E. Andrew, M.S. Korgaonkar, Distinct neural mechanisms of emotional processing in prolonged grief disorder. *Psychol Med*, 2021. 51(4): p. 587-595.
61. Arizmendi, B., A.W. Kaszniak, M.F. O'Connor, Disrupted prefrontal activity during emotion processing in complicated grief: An fMRI investigation. *Neuroimage*, 2016. 124(Pt A): p. 968-976.
62. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM III*. 3rd edition. Washington DC: APA; 1980.
63. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Text Revision. 2000, Washinton DC: APA.
64. Dünya Sağlık Örgütü. *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları. 1992.
65. Bonanno, G.A., C.B. Wortman, D.R. Lehman, R.G. Tweed, M. Haring, J. Sonnega, et al., Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol*, 2002. 83(5): p. 1150-1164.
66. Bildik, T., Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*. 2013; 52(4): 223-229.
67. Maercker, A., J. Lalor, Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012. 14(2): p. 167-176.
68. Maciejewski, P.K., B. Zhang, S.D. Block, H.G. Prigerson, An empirical examination of the stage theory of grief. *Jama*, 2007. 297(7): p. 716-723.

69. Prigerson, H.G., M.J. Horowitz, S.C. Jacobs, C.M. Parkes, M. Aslan, K. Goodkin, et al., Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 2009. 6(8): p. e1000121.
70. Stroebe, M., M. van Son, W. Stroebe, R. Kleber, H. Schut, J. van den Bout, On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clin Psychol Rev*, 2000. 20(1): p. 57-75.
71. World Health Organization. ICD-11. Prolonged grief disorder criteria [Internet]. 2018 [cited March 14, 2022]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
72. American Psychiatric Association. View and comment on recently proposed changes to DSM-5. 2020 [cited March 14, 2022]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/proposed-changes>.
73. Boelen, P.A., M.C. Eisma, G.E. Smid, L.I.J.E.J.o.P. Lenferink, Prolonged grief disorder in section II of DSM-5: a commentary. 2020. 11(1): p. 1771008.
74. APA (American Psychiatric Association). Prolonged Grief Disorder. In *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. Arlington, VA: Am. Psychiatr. Publ. 5th ed., text rev. In press. 2021.
75. Faschingbauer, T.R., S. Zisook, R.J.B.a.o.b. DeVaul, The Texas revised inventory of grief. 1987: p. 111-124.
76. Prigerson, H.G., P.K. Maciejewski, C.F. Reynolds, 3rd, A.J. Bierhals, J.T. Newsom, A. Fasiczka, et al., Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*, 1995b. 59(1-2): p. 65-79.
77. Prigerson, H.O., S.C. Jacobs, Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test, in *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. 2001, American Psychological Association: Washington, DC, US. p. 613-645.
78. Steil, R., J. Gutermann, O. Harrison, A. Starck, L. Schwartzkopff, M. Schouler-Ocak, et al., Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*, 2019. 19(1): p. 148.
79. Heeke, C., N. Stammel, C. Knaevelsrud, When hope and grief intersect: rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia. *J Affect Disord*, 2015. 173: p. 59-64.
80. Matthews, L.R., M.G. Quinlan, P. Bohle, Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Prolonged Grief Disorder in Families Bereaved by a Traumatic Workplace Death: The Need for Satisfactory Information and Support. 2019. 10.
81. Estevan, P., C. De Miguel Sánchez, R.Á. Álvarez, E.M. Molpeceres, B.M. Aguirre, A.R. Fernández, et al., Duelo prolongado y factores asociados [Prolonged grief and associated factors]. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 2016. 13(2), 399-415.

82. Koon, O.E.,P. Neo, Complicated grief: an introduction to current literature and management strategies in home hospice care. *Nurs Palliat Care*, 1. 2016.
83. Kersting, A., E. Brähler, H. Glaesmer,B. Wagner, Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*, 2011. 131(1-3): p. 339-343.
84. Li, J., A.Y. Chow, Z. Shi,C.L. Chan, Prevalence and risk factors of complicated grief among Sichuan earthquake survivors. *J Affect Disord*, 2015. 175: p. 218-223.
85. Newson, R.S., P.A. Boelen, K. Hek, A. Hofman,H. Tiemeier, The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord*, 2011. 132(1-2): p. 231-238.
86. Horowitz, M.J., N. Wilner, C. Marmar,J. Krupnick, Pathological grief and the activation of latent self-images. *Am J Psychiatry*, 1980. 137(10): p. 1157-1152.
87. Parkes, C.M.,R.S. Weiss, Recovery from bereavement. 1983: Basic Books.
88. Volkan, V., Typical findings in pathological grief. *Psychiatric Quarterly*, 1970. 44(2): p. 231-250.
89. Zisook, S.,K. Shear, Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 2009. 8(2): p. 67-74.
90. Hudson, P., C. Remedios, R. Zordan, K. Thomas, D. Clifton, M. Crewdson, et al., Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *J Palliat Med*, 2012. 15(6): p. 696-702.
91. Papa, A., C. Rummel, C. Garrison-Diehn,M.T. Sewell, Behavioral activation for pathological grief. *Death Stud*, 2013. 37(10): p. 913-936.
92. Parro-Jiménez, E., N. Morán, C. Gesteira, J. Sanz,M.P. García-Vera, Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 2021. 37(2): p. 189-201.
93. Mason, T.M., C.S. Toft-Hagen,H.G. Buck, Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 2020. 16(2): p. 151-174.
94. Eisma, M.C., P.A. Boelen, J. van den Bout, W. Stroebe, H.A. Schut, J. Lancee, et al., Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*, 2015. 46(6): p. 729-748.
95. Schulz, R., K. Boerner, K. Shear, S. Zhang,L.N. Gitlin, Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2006. 14(8): p. 650-658.
96. Bonanno, G.A., J.T. Moskowitz, A. Papa,S. Folkman, Resilience to Loss in Bereaved Spouses, Bereaved Parents, and Bereaved Gay Men. *J Pers Soc Psychol*, 2005. 88(5): p. 827-843.
97. Dyregrov, K., D. Nordanger,A. Dyregrov, Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud*, 2003. 27(2): p. 143-165.

98. Wilson, D.M., J. Cohen, R. MacLeod, D. Houttekier, Bereavement grief: A population-based foundational evidence study. *Death Stud*, 2018. 42(7): p. 463-469.
99. Middleton, W., P. Burnett, B. Raphael, N. Martinek, The Bereavement Response: A Cluster Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169(2), 1996: p. 167-171. .
100. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Instruction Manual, 11th ed. Geneva, World Health Organization. 2020.
101. Lundorff, M., H. Holmgren, R. Zachariae, I. Farver-Vestergaard, M. O'Connor, Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212(1), 2017: p. 138-149.
102. Charney, M.E., E. Bui, J.C. Sager, B.Y. Ohye, E.M. Goetter, N.M. Simon, Complicated Grief Among Military Service Members and Veterans Who Served After September 11, 2001. *J Trauma Stress*, 2018. 31(1): p. 157-162.
103. Xu, X., J. Wen, N. Zhou, G. Shi, R. Tang, J. Wang, et al., Grief and Posttraumatic Growth Among Chinese Bereaved Parents Who Lost Their Only Child: The Moderating Role of Interpersonal Loss. *Front Psychol*, 2020. 11: p. 558313.
104. Zisook, S., S. Shuchter, M. Schuckit, Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 1985. 26(6): p. 497-499, 503.
105. Zisook, S., L. Lyons, Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega: Journal of Death and Dying*, 1989. 20(4): p. 307-322.
106. Piper, W.E., J.S. Ogrodniczuk, H.F. Azim, R. Weideman, Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv*, 2001. 52(8): p. 1069-1074.
107. Simon, N.M., K.M. Shear, E.H. Thompson, A.K. Zalta, C. Perlman, C.F. Reynolds, et al., The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry*, 2007. 48(5): p. 395-399.
108. Heeke, C., C. Kampisiou, H. Niemeyer, C. Knaevelsrud, A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur J Psychotraumatol*, 2019. 10(1): p. 1583524.
109. Özel-Kızıl, E.T., Yürekte Kırk Mum: Bireysel ve Toplumsal Yas in Komplike Yas. (İçinde), Özel-Kızıl, E.T., Baştuğ, G., Editor. 2017 Pinhan Yayıncılık: İstanbul p. 33-34.
110. Bui, E., A. Horenstein, R. Shah, N.A. Skritskaya, C. Mauro, Y. Wang, et al., Grief-related panic symptoms in Complicated Grief. *J Affect Disord*, 2015. 170: p. 213-216.
111. Boelen, P.A., H.G. Prigerson, The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2007. 257(8): p. 444-452.
112. Frumkin, M.R., D.J. Robinaugh, N.J. LeBlanc, Z. Ahmad, E. Bui, M.K. Nock, et al., The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. 2021. 77(1): p. 254-267.

113. Parisi, A., A. Sharma, M.O. Howard, A. Blank Wilson, The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. *J Subst Abuse Treat*, 2019. 103: p. 43-57.
114. Kaprio, J., M. Koskenvuo, H. Rita, Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health*, 1987. 77(3): p. 283-287.
115. Jacobs, S., K. Kim, Psychiatric complications of bereavement. *Psychiatric Annals*, 1990. 20(6): p. 314-317.
116. Burke, L.A., R.A. Neimeyer, J.M. Holland, S. Dennard, L. Oliver, M.K. Shear, Inventory of complicated spiritual grief: development and validation of a new measure. *Death Stud*, 2014. 38(1-5): p. 239-250.
117. Prigerson, H.G., A.J. Bierhals, S.V. Kasl, C.F. Reynolds, 3rd, M.K. Shear, N. Day, et al., Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*, 1997. 154(5): p. 616-623.
118. Reynolds, C.F., 3rd, M.D. Miller, R.E. Pasternak, E. Frank, J.M. Perel, C. Cornes, et al., Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(2): p. 202-208.
119. Shear, K., E. Frank, P.R. Houck, C.F. Reynolds, 3rd, Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama*, 2005. 293(21): p. 2601-2608.
120. Shear, M.K., C.F. Reynolds, 3rd, N.M. Simon, S. Zisook, Y. Wang, C. Mauro, et al., Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(7): p. 685-694.
121. Boelen, P.A., J. de Keijser, M.A. van den Hout, J. van den Bout, Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*, 2007. 75(2): p. 277-284.
122. Bryant, R.A., L. Kenny, A. Joscelyne, N. Rawson, F. Maccallum, C. Cahill, et al., Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 2014. 71(12): p. 1332-1339.
123. Bowlby, J., Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. Basic Books, New York, NY. 1969.
124. Bretherton, I., Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry Hum Dev*, 1997. 28(1): p. 33-43.
125. Brumariu, L.E., Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. 2015. 2015(148): p. 31-45.
126. Popper, M., K. Amit, Influence of Attachment Style on Major Psychological Capacities to Lead. *The Journal of Genetic Psychology*, 2009. 170(3): p. 244-267.
127. Bowlby, J., Attachment: Attachment and loss (Vol. 1). Pimlico. 1972.
128. Snyder, R., S. Shapiro, D. Treleaven, Attachment theory and mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 2012. 21(5): p. 709-717.

129. Ainsworth, M.D., S.M. Bell, Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev*, 1970. 41(1): p. 49-67.
130. Erdman, P., & Caffery, T. (Eds.). *Attachment and family systems: Conceptual, empirical and therapeutic relatedness*. Routledge. 2013.
131. Bowlby, J., The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *Br J Psychiatry*, 1977. 130: p. 421-431.
132. Chambers, J., The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodyn Psychiatry*, 2017. 45(4): p. 542-563.
133. Wijngaards-de Meij, L., M. Stroebe, H. Schut, W. Stroebe, J. van den Bout, P. van der Heijden, et al., Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. 2007. 41(2): p. 498-505.
134. Mikulincer, M., G. Birnbaum, D. Woddis, O. Nachmias, Stress and accessibility of proximity-related thoughts: exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *J Pers Soc Psychol*, 2000. 78(3): p. 509-523.
135. Parkes, C.M., A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. A. W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 25–45). Washington DC: American Psychological Association Press. 2001.
136. Shaver, P., C. Tancredy, Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. A. W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 63–88). Washington DC: American Psychological Association Press. 2001.
137. Stroebe, M., H. Schut, W. Stroebe, Attachment in Coping With Bereavement: A Theoretical Integration. *Review of General Psychology*, 2005. 9(1): p. 48-66.
138. van Doorn, C., S.V. Kasl, L.C. Beery, S.C. Jacobs, H.G. Prigerson, The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*, 1998. 186(9): p. 566-573.
139. American Psychological Association. *Children and trauma: Update for mental health professionals*. DC: Washington. [Internet]. 2008 [cited March 25, 2022]. Available from: <https://www.apa.org/pi/families/resources/children-trauma-update>.
140. Cassiers, L.L., B.G. Sabbe, L. Schmaal, D.J. Veltman, B.W. Penninx, F.J.F.i.p. Van Den Eede, Structural and functional brain abnormalities associated with exposure to different childhood trauma subtypes: a systematic review of neuroimaging findings. 2018. 9: p. 329.
141. Bernstein, D.P., J.A. Stein, M.D. Newcomb, E. Walker, D. Pogge, T. Ahluvalia, et al., Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*, 2003. 27(2): p. 169-190.
142. Fagundes, C.P., R. Glaser, B.S. Hwang, W.B. Malarkey, J.K. Kiecolt-Glaser, Depressive symptoms enhance stress-induced inflammatory responses. *Brain Behav Immun*, 2013. 31: p. 172-176.

143. Miller, G.E., E. Chen, K.J. Parker, Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychol Bull*, 2011. 137(6): p. 959-997.
144. McKay, M.T., M. Cannon, D. Chambers, R.M. Conroy, H. Coughlan, P. Dodd, et al., Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. 2021. 143(3): p. 189-205.
145. Li, M., C. D'Arcy, X. Meng, Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*, 2016. 46(4): p. 717-730.
146. Fagundes, C.P., M.E. Lindgren, C.L. Shapiro, J.K. Kiecolt-Glaser, Child maltreatment and breast cancer survivors: social support makes a difference for quality of life, fatigue and cancer stress. *Eur J Cancer*, 2012. 48(5): p. 728-736.
147. Hyman, S.M., P. Paliwal, R. Sinha, Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychol Addict Behav*, 2007. 21(2): p. 233-238.
148. McLaughlin, K.A., K.J. Conron, K.C. Koenen, S.E. Gilman, Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychol Med*, 2010. 40(10): p. 1647-1658.
149. Hazzard, A., J. Weston, C. Gutierrez, After a child's death: factors related to parental bereavement. *J Dev Behav Pediatr*, 1992. 13(1): p. 24-30.
150. Oldehinkel, A.J., J. Ormel, F.C. Verhulst, E. Nederhof, Childhood adversities and adolescent depression: a matter of both risk and resilience. *Dev Psychopathol*, 2014. 26(4 Pt 1): p. 1067-1075.
151. Hong, F., A.R. Tarullo, A.E. Mercurio, S. Liu, Q. Cai, K. Malley-Morrison, Childhood maltreatment and perceived stress in young adults: The role of emotion regulation strategies, self-efficacy, and resilience. *Child Abuse Negl*, 2018. 86: p. 136-146.
152. Chen, M.A., R.L. Brown, J.Y. Chen, M.A. de Dios, C.E. Green, C.J. Heijnen, et al., Childhood maltreatment, subjective social status, and health disparities in bereavement. *Psychoneuroendocrinology*, 2022. 135: p. 105595.
153. Wichers, M., N. Geschwind, N. Jacobs, G. Kenis, F. Peeters, C. Derom, et al., Transition from stress sensitivity to a depressive state: longitudinal twin study. *Br J Psychiatry*, 2009. 195(6): p. 498-503.
154. Keser, E., S. Işıklı, PG-13 (Turkish) [Internet]. 2016 [cited March 14, 2022]. Available from: <https://endoflife.weill.cornell.edu/advanced-directives/pg-13-turkish>.
155. Işıklı, S., E. Keser, H.G. Prigerson, P.K. Maciejewski, Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death Stud*, 2022. 46(3): p. 628-638.
156. Hazan, C., P. Shaver, Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 1987. 52(3): p. 511-524.

157. Mikulincer, M., V. Florian, R. Tolmacz, Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *J Pers Soc Psychol*, 1990. 58(2): p. 273-280.
158. Sabuncuoğlu, O., M. Berkem, Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Derg.* 17:252-258. 2006.
159. Kesebir, S., F. Kökçü, F. Dereboy, Erişkin bağlanma biçimi ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. 2012.
160. Bernstein, D.P., L. Fink, L. Handelsman, J. Foote, M. Lovejoy, K. Wenzel, et al., Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(8): p. 1132-1136.
161. Şar, V., E. Öztürk, E. İkikardeş, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi.* 32(4): p. 1054. 2012.
162. Cronbach, L.J., Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951. 16(3): p. 297-334.
163. Bowling, A., E. Shah, *Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis*, 2005. McGraw-Hill Education.
164. Romero, V., J.A. Cruzado, Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. *Psicooncología*, 13(1), 23-37. 2016.
165. Simon, N.M., E.B. O’Day, S.N. Hellberg, S.S. Hoepfner, M.E. Charney, D.J. Robinaugh, et al., The loss of a fellow service member: Complicated grief in post-9/11 service members and veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *J Neurosci Res*, 2018. 96(1): p. 5-15.
166. Kristensen, P., L. Weisaeth, T. Heir, Predictors of complicated grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. *Death Stud*, 2010. 34(2): p. 137-150.
167. Masferrer, L., J. Garre-Olmo, B. Caparrós, Is complicated grief a risk factor for substance use? A comparison of substance-users and normative grievers. *Addiction Research & Theory*, 2017. 25(5): p. 361-367.
168. Fernández-Alcántara, M., M.N. Pérez-Marfil, A. Catena-Martínez, M. Pérez-García, F. Cruz-Quintana, Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2016. 7(1): p. 15-24.
169. Sung, S.C., M.T. Dryman, E. Marks, M.K. Shear, A. Ghesquiere, M. Fava, et al., Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord*, 2011. 134(1-3): p. 453-458.
170. Cesur, G., Yetişkinlerde Travmatik Yasın ve Travma Sonrası Büyümenin Psikososyal Belirleyicileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.* 2012.

171. Neria, Y., R. Gross, B. Litz, S. Maguen, B. Insel, G. Seirmarco, et al., Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress*, 2007. 20(3): p. 251-262.
172. He, L., S. Tang, W. Yu, W. Xu, Q. Xie, J. Wang, The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Res*, 2014. 219(2): p. 347-352.
173. Latham, A.E., H.G. Prigerson, Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav*, 2004. 34(4): p. 350-362.
174. Prigerson, H.G., E. Frank, S.V. Kasl, C.F. Reynolds, 3rd, B. Anderson, G.S. Zubenko, et al., Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*, 1995a. 152(1): p. 22-30.
175. Hebert, R.S., Q. Dang, R. Schulz, Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *J Palliat Med*, 2006. 9(3): p. 683-693.
176. Maddison, D., A.J.J.o.P.R. Viola, The health of widows in the year following bereavement. 1968. 12(4): p. 297-306.
177. Kersting, A., K. Kroker, J. Horstmann, P. Ohrmann, B.T. Baune, V. Arolt, et al., Complicated grief in patients with unipolar depression. *J Affect Disord*, 2009. 118(1-3): p. 201-204.
178. Burke, L.A., R.A. Neimeyer, Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature, in *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. 2013, Routledge/Taylor & Francis Group: New York, NY, US. p. 145-161.
179. Johnson, J.G., L.C. Vanderwerker, R.F. Bornstein, B. Zhang, H.G. Prigerson, Development and Validation of an Instrument for the Assessment of Dependency Among Bereaved Persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2006. 28(4): p. 261-270.
180. Rynearson, E.K.E., *Violent death: Resilience and intervention beyond the crisis*. New York: Routledge. (2006).
181. Macias, C., D. Jones, J. Harvey, P. Barreira, C. Harding, C. Rodican, Bereavement in the Context of Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 2004. 55(4): p. 421-426.
182. Holland, J.M., C.P. Plant, K.L. Klingspon, R.A. Neimeyer, Bereavement-related regrets and unfinished business with the deceased. *Death Stud*, 2020. 44(1): p. 42-47.
183. Field, N.P., C. Nichols, A. Hohen, M.J. Horowitz, The relation of continuing attachment to adjustment in conjugal bereavement. *J Consult Clin Psychol*, 1999. 67(2): p. 212-218.
184. Kim, Y., C.S. Carver, D. Spiegel, H.R. Mitchell, R.S. Cannady, Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. *Psychooncology*, 2017. 26(4): p. 484-492.

185. Thomas, K., P. Hudson, T. Trauer, C. Remedios, D. Clarke, Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*, 2014. 47(3): p. 531-541.
186. Klingspon, K.L., J.M. Holland, R.A. Neimeyer, W.G. Lichtenthal, Unfinished Business in Bereavement. *Death Stud*, 2015. 39(7): p. 387-398.
187. Li, J., J.N. Tendeiro, M. Stroebe, Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *Int J Psychol*, 2019. 54(4): p. 454-461.
188. Spierings, J., EMDR and mourning. Preconference presentation at the 3rd EMDR Europe Association Conference, Frankfurt, Germany. 2002.
189. Bermejo, J.C., M. Magaña, M. Villaceros, R. Carabias, I. Serrano, Coping and resilience strategies as mediating factors of complicated grief. *Revista de Psicoterapia*, 2011. 22(88): p. 85-95.
190. Boelen, P.A., L.I.M. Lenferink, G.E. Smid, Further evaluation of the factor structure, prevalence, and concurrent validity of DSM-5 criteria for Persistent Complex Bereavement Disorder and ICD-11 criteria for Prolonged Grief Disorder. *Psychiatry Res*, 2019. 273: p. 206-210.
191. Wilson, D., R. MacLeod, D. Houttekier, Examining Linkages Between Bereavement Grief Intensity and Perceived Death Quality: Qualitative Findings. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 2015. 74: p. 0030222815598442.
192. Kreicbergs, U.C., P. Lannen, E. Onelov, J. Wolfe, Parental grief after losing a child to cancer: impact of professional and social support on long-term outcomes. *J Clin Oncol*, 2007. 25(22): p. 3307-3312.
193. Huh, H.J., K.H. Kim, H.K. Lee, J.H. Chae, Attachment styles, grief responses, and the moderating role of coping strategies in parents bereaved by the Sewol ferry accident. *Eur J Psychotraumatol*, 2017. 8(sup6): p. 1424446.
194. Vanderwerker, L.C., S.C. Jacobs, C.M. Parkes, H.G. Prigerson, An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis*, 2006. 194(2): p. 121-123.
195. Silverman, A.B., H.Z. Reinherz, R.M. Giaconia, The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl*, 1996. 20(8): p. 709-723.
196. Johnson, J.G., B. Zhang, J.A. Greer, H.G. Prigerson, Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. *J Nerv Ment Dis*, 2007. 195(1): p. 26-30.
197. Mizuno, Y., J. Kishimoto, N. Asukai, A nationwide random sampling survey of potential complicated grief in Japan. *Death Stud*, 2012. 36(5): p. 447-461.
198. Wilson, D.M., E.M. Darko, E. Kusi-Appiah, S.J. Roh, A. Ramic, B. Errasti-Ibarrondo, What Exactly Is "Complicated" Grief? A Scoping Research Literature Review to Understand Its Risk Factors and Prevalence. *Omega (Westport)*, 2020: p. 30222820977305.

199. Holmes, T.H.,R.H. Rahe, The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res, 1967. 11(2): p. 213-218.
200. Shanfield, S.B.,B.J. Swain, Death of adult children in traffic accidents. J Nerv Ment Dis, 1984. 172(9): p. 533-538.
201. Maccallum, F.,R.A. Bryant, Prolonged grief and attachment security: A latent class analysis. Psychiatry Res, 2018. 268: p. 297-302.
202. Jerga, A.M., P.R. Shaver,R.B. Wilkinson, Attachment insecurities and identification of at-risk individuals following the death of a loved one. 2011. 28(7): p. 891-914.
203. Prigerson, H.G., P.A. Boelen, J. Xu, K.V. Smith,P.K. Maciejewski, Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. World Psychiatry, 2021. 20(1): p. 96-106.



EKLER

EK 1- BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. Araştırma Hakkında Özet

" Psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı olan yetişkinlerde uzamış yas bozukluğu sıklığı ve belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin incelenmesi" isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanıldığını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları bilmeniz önemlidir. Çalışma hakkında bilgi sahibi olduktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

2. Çalışmanın Amacı Nedir?

Araştırmamızda İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniği örnekleminde, yakın kaybı olan yetişkinlerde yas belirtilerinin taranması ve yas belirti şiddetinin değerlendirilmesi ve uzamış yas bozukluğu sıklığı ve belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3. Gönüllünün Sorumlulukları Nelerdir?

Araştırmada sorulan sorulara bilginiz dahilinde en doğru yanıtı vermek sizin sorumluluğunuzdadır.

Çalışma için size verilecek anketler hiçbir risk içermemektedir. Ancak yaşayacağınız herhangi bir olası olumsuz durumda bu belgenin ileriki kısımlarında verilecek iletişim bilgileriyle sorumlu araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Gönüllünün araştırmaya katılımı isteğe bağlıdır ve gönüllü istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir.

İzleyiciler, inceleme yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacaktır.

İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir.

4. Araştırmanın Deneysel Kısımları Nedir?

01.09.2021-01.03.2022 tarihleri arasında hastanemiz Psikiyatri polikliniğine başvuran, sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan, 18-65 yaş arası, yakın kaybı olan yetişkinlerde uzamış yas bozukluğu tanısı alan en az 35 denek ile hasta grubu ve uzamış yas bozukluğu tanısı almayan en az 35 denek ile kontrol grubu alınması hedeflenmektedir. Gönüllülere Sosyodemografik ve Klinik Görüşme Formu, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) ölçekleri uygulanacaktır.

5.Gönüllülere Yapılacak Masraflar Nelerdir?

Araştırmaya katılacak gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve araştırma için yapılacak harcamalar ile ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altında olmayacaklardır.

6. Gönüllünün Araştırmaya Katılımının Sona Erdirilmesini Gerektirecek Durumlar veya Nedenler Nedir?

Verdiğiniz bilgilerin güvenilir olması sizin sorumluluğunuzdadır. Sorumlu araştırmacı bilgilerin güvenilir olmaması halinde sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

7. Gönüllünün Araştırmaya Devam Etmesi İçin Öngörülen Süre Ne Kadardır?

Anket sorularının eksiksiz ve doğru tamamlanması için geçen süre 45-50 dakika arasındadır.

8. Araştırmaya Katılması Beklenen Tahmini Gönüllü Sayısı Nedir?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı tahmini olarak en az 70 kişidir.

9.Gönüllülerden Elde Edilecek Olan Biyolojik Materyaller Hangi Amaçla Kullanılacaktır?

Araştırma kapsamında gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.

10. Daha Fazla Bilgi İçin Kime Başvurabilirim?

Çalışma süresince ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda ve bir sorunla karşılaştığınızda S.B.Ü İstanbul Sultan 2.Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünden Dr. Metin Çatal'a ulaşabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Araştırmacının

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Gerektiği Durumlarda Tanık Olan Kişinin/Yasal Temsilcinin

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 2- SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK GÖRÜŞME FORMU

1. Adınız Soyadınız	
2. Yaşınız	
3. Cinsiyetiniz	() Erkek () Kadın
4. Eğitim durumunuz	() İlkokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu
5. Mesleğiniz	() İşsiz () Çalışıyor () Emekli () Öğrenci () Ev hanımı Çalışıyorsanız: Mesleğiniz nedir?
6. Aylık geliriniz	() 0-3000 TL arası () 3000-6000 TL arası () 6000 TL'den fazla
7. Medeni durumunuz	() Bekar () Evli () Boşanmış () Dul
8. Birlikte yaşadığınız kişiler	() Tek başına () Çekirdek aile () Geniş aile () Arkadaş/Sevgili/Nişanlı () Yurtta () Diğer
9. Kardeş sayınız	() Yok () 1-2 kardeş () 3-4 kardeş () 5 veya üstü kardeş
10. Sigara kullanıyor musunuz?	() Hayır () Evet, her gün () Evet, arada bir () Bıraktım
11. Alkol kullanıyor musunuz?	() Hayır () Evet, haftada birkaç gün () Evet, arada bir () Bıraktım
12. Madde kullanıyor musunuz?	() Hayır () Evet () Bıraktım
13. Ruhsal bir hastalığınız var mı?	() Hayır () Evet Evetse : Ne hastalığınız var?
14. Ailenizde ruhsal bir hastalığı olan var mı?	() Hayır () Evet Evetse : Kim/kimlerin ne hastalığı var?
15. Bedensel bir hastalığınız var mı?	() Hayır () Evet Evetse : Ne hastalığınız/ hastalıklarınız var?

16. Şu anda psikiyatrik ilaç/ilaçlar kullanıyor musunuz?	() Hayır () Evet
	Evitse : Adları/kullanım süreleri nedir?
17. Hiç intihar düşünceniz oldu mu?	() Hayır () Evet
18. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?	() Hayır () Evet
	Evitse: Kaç kere ve ne şekilde?
19. Bedensel sağlık olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü
20. Ruhsal sağlık olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü
21. Yaşamınızın bir döneminde sevdiğiniz birini ölüm nedeniyle kaybettiyseniz bu kişiyi işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	() Anne () Baba () Evlat / çocuk () Eş () Kardeş () Dost/ Arkadaş () Sevgili/ Nişanlı () Akraba
22. Kaybı sizi en fazla etkileyen kişi kimdir?	() Anne () Baba () Evlat / çocuk () Eş () Kardeş () Dost/ Arkadaş () Sevgili/ Nişanlı () Akraba
Aşağıdaki soruları kaybı sizi en çok etkileyen kişi üzerinden cevaplandırınız.	
23. Kaybettiğiniz kişinin yaşı kaçtı?	
24. Kaybın üzerinden geçen süre ne kadar? (Ay/Yıl olarak belirtiniz):	
25. Kaybettiğiniz kişinin ölüm nedeni neydi?	() Covid-19 () Trafik kazası () Kronik hastalık (Kanser, tansiyon, şeker vb.) () Ani ölüm (Kalp krizi, beyin kanaması vb.) () İntihar () Cinayet () Doğal afet (deprem, sel vb.) () İnsan eliyle gerçekleşen (terör, saldırı, soygun vb.) () İş kazası () Diğer
26. Ölümü nerede oldu?	() Hastanede () Evde () Diğer.....

Eğer ölen kişi bakıma muhtaç olduysa Soru 27 ve 28'i cevaplayınız. Yoksa Soru 29'a geçiniz.	
27. Ölen kişiye uygulanan tedavi ya da bakımdan memnunmuydunuz?	() Evet () Hayır
28. Ölen kişinin bakımını kimler üstleniyordu?	() Sadece ben () Benden başkaları da vardı
29. Ölümü nasıl oldu?	() Ani, beklenmedik oldu () Beklendik oldu (Eceliyle/sıralı ölüm)
30. Ölümü şiddetli/dehşet verici/ acı verici oldu mu?	() Evet () Hayır
31. Ölen kişiyle birlikte mi yaşıyordunuz?	() Evet () Hayır
32. Ölüm anında yanında mıydınız?	() Evet () Hayır
33. Ölen kişiyle bitmemiş işleriniz var mıydı?	() Evet () Hayır
34. Cenaze töreni oldu mu?	() Evet () Hayır
35. Cenaze töreni olduysa katıldınız mı?	() Evet () Hayır
36. Ölen kişinin ölümü ile ilgili kendinizi suçladığınız oluyor mu?	() Evet () Hayır
37. Ölen kişinin eşyalarını sakladığınız oluyor mu?	() Evet () Hayır
38. Kaybettiğiniz kişiyle son zamanlarda aranız nasıldı?	() İyi anlaşırdık () İyi anlaşırdık ama arada tartışırdık () Bir iyi bir kötüydü () Sık sık anlaşmazlık yaşırdık
39. Kaybınızdan sonra psikiyatrik/ psikolojik destek aldınız mı?	() Evet () Hayır
40. Kaybınızın ardından yakınlarınızın/ çevrenizin desteği ne derece oldu?	() Hiç () Az () Orta () İyi () Çok iyi
41. Dini inancınız nasıldır?	() İnanmam () İnancım zayıftır () İnancım kuvvetlidir () İnancım çok kuvvetlidir
42. Eğer inanıyorsanız, inandığınız dinin gerekliliklerini ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	() Hiç () Biraz () Oldukça () Hemen hemen tam

EK 3- UZAMIŞ YAS BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ (PG-13)

BÖLÜM 1 - AÇIKLAMA: SİZE EN UYGUN OLAN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ.

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

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

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

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

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

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

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

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

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

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

BÖLÜM 2 - AÇIKLAMA: ŞU ANDA KENDİNİZİ NASIL HİSSETTİĞİNİZİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK YANITLAYINIZ.

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

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

7. Kaybınızı kabullenmekte güçlük çektiniz mi?

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

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

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

9. Kaybınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

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

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

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

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

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

() Hiç () Çok az () Biraz () Çok () Oldukça çok

BÖLÜM 3 - AÇIKLAMA: SİZE UYGUN SEÇENEĞE İŞARET KOYARAK CEVAPLAYINIZ.

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

() Evet

() Hayır

EK 4- ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ)

ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ)	DOĞRU	YANLIŞ
Aşağıdaki ifadelerden size en yakın geleni Doğru (D) veya Yanlış (Y) olarak işaretleyiniz		
1. Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.	D	Y
2. İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.	D	Y
3. Başka birine rahatça bağlanırım.	D	Y
4. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.	D	Y
5. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.	D	Y
6. Başka bir insana tümüyle güvenmek zor gelir.	D	Y
7. Sıklıkla, terk edilme kaygıları yaşamam.	D	Y
8. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım.	D	Y
9. Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.	D	Y
10. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.	D	Y
11. Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.	D	Y
12. Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır.	D	Y
13. Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.	D	Y
14. Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.	D	Y
15. Başka birinin benimle çok yakınlaşması beni endişelendirir.	D	Y
16. Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.	D	Y
17. Sıklıkla, birlikte olduğum kişi, benimle, benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.	D	Y
18. Sıklıkla, birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.	D	Y

EK 5- ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-33)

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ-33)	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Çocukluğumda ya da ergenliğimde...					
1) Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı	1	2	3	4	5
6) Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7) Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	1	2	3	4	5
9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.	1	2	3	4	5
11) Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14) Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16) Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17) Bana o kadar kötü vuruluyordum ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19) Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	1	2	3	4	5
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25) Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
29) Ailemdekiler yaşitlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30) Ailemdekiler her şeye karışırdı.	1	2	3	4	5
31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirdi.	1	2	3	4	5
32) Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.	1	2	3	4	5