

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**COVID-19 SALGINI SIRASINDA YAKININI
KAYBETMİŞ KİŞİLERDE DEPRESYON, ANKSİYETE,
SOMATİZASYON VE UZAMIŞ YAS İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Batuhan ŞAHİNKAYA

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

İstanbul – 2022

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Batuhan ŞAHİNKAYA

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : COVID-19 Salgını Sırasında Yakınını Kaybetmiş Kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas İle İlişkili Faktörler

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji Ana Bilim Dalı

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 22.07.2022

Sayfa Sayısı : 87

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

Dizin Terimleri : COVID-19, Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Uzamış Yas

Türkçe Özet : Bu çalışmada COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas kavramları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Uzamış Yas Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon), Hasta Sağlık Anketi (PHQ)-9 (Depresyon) ve GAD-7(Yaygın Anksiyete Bozukluğu) kullanılmıştır. Araştırma hipotezleri Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) kullanılarak test edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Batuhan ŞAHİNKAYA



**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**COVID-19 SALGINI SIRASINDA YAKININI
KAYBETMİŞ KİŞİLERDE DEPRESYON, ANKSİYETE,
SOMATİZASYON VE UZAMIŞ YAS İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Batuhan ŞAHİNKAYA

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

İstanbul – 2022

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Batuhan ŞAHİNKAYA

.../.../2022



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Batuhan Şahinkaya'nın **COVID-19 Salgını Sırasında Yakınına Kaybetmiş Kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas İle İlişkili Faktörler** adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ
(Danışman)

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Selim ARPACIOĞLU

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmanın amacı; COVID-19 salgını sırasında yakınıını kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu amaç doğrultusunda araştırma anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Türkiye'nin çeşitli illerinden COVID-19 salgını sırasında yakınıını kaybetmiş bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeylerini belirlemek amacıyla Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından hazırlanmış olan Hasta Sağlık Anketi-9 Depresyon (PHQ9), Hasta Sağlık Anketi-15 Somatizasyon (PHQ15) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (GAD7) ölçekleri kullanılmıştır. Uzamış yas kavramı için ise Işıklı ve Keser (2019) tarafından Türkçeye uyarlanmış Uzamış Yas Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) bilgisayar temelli istatistik programı ile çözümlenmiştir.

Araştırma bulgularında Spearman korelasyon analizine göre Uzamış yas ile somatizasyon, yaygın anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir (Sırası ile $r=0,391$, $0,384$, $0,368$; $p<0,001$). Somatizasyon skorları ile yaygın anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki olduğu saptanmıştır (Sırası ile $r=0,728$, $0,706$; $p<0,001$). Depresyon ve yaygın anksiyete skorları arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,823$; $p<0,001$)

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Uzamış Yas.

SUMMARY

The purpose of this research is; to examine the correlation between depression, anxiety, somatization, and prolonged grief in people who have lost a relative during the COVID-19 pandemic.

Following this purpose, the research has been carried out through the survey method. The individuals from various provinces in Turkey, who lost a loved one during the COVID-19 pandemic, constitute the sample of the research. To determine the levels of the participants' depression, anxiety, and somatization, the studies of validity and reliability in Turkey and the scales Patient Health Questionnaire-9 Depression (PHQ-9), Patient Health Questionnaire-15 Somatization (PHQ-15), and Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) prepared by Yazıcı Güleç and her friends, have been used. For the concept of prolonged grief, the Scale of Prolonged Grief that is adapted to Turkish by Işıklı and Keser (2019) has been used. The data that has been collected is analyzed through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), a computer-based statistics program.

In the research findings, according to the Spearman correlation analysis, the positively oriented weak relation between the Prolonged Grief and the scores of somatization, generalized anxiety, and depression, has been detected (In order, $r=0,391, 0,384, 0,368$; $p<0,001$). The fact that there is a positively oriented strong relation between the scores of somatization and the scores of generalized anxiety and depression, has been determined (In order, $r=0,728, 0,706$; $p<0,001$). It has been determined that there is a positively oriented overwhelming relation between depression and the scores of generalized anxiety ($r=0,823$; $p<0,001$)

Keywords: COVID-19, Depression, Anxiety, Somatization, Prolonged Grief.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PROBLEME GENEL BİR BAKIŞ

1.1. Araştırmanın amacı ve önemi	2
1.2. Araştırmanın Problemi.....	3
1.3. Araştırmanın Sayıtları.....	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.5. Hipotezler.....	5
1.6. Alt Hipotezler	6

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. COVID-19	8
2.1.1. Pandemi Tanımı.....	8
2.1.2. COVID-19 Epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. COVID-19'un Psikolojik Etkileri.....	10
2.2. Depresyonun Tanımı.....	12
2.2.1. Depresyonun Sınıflandırılması	13
2.2.2. Depresyon Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar	15
2.2.2.1. Psikanalitik Teori	15
2.2.2.2. Bilişsel Teori	15

2.2.2.3. Bağlanma Teorisi	16
2.2.3. Depresyon ile İlgili Yapılan alışmalar.....	17
2.3. Anksiyete.....	18
2.3.1. Anksiyete'nin Sınıflandırılması	19
2.3.2. Yaygın Anksiyete	21
2.4. Anksiyete Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar	22
2.4.1. Psikanalitik Teori.....	22
2.4.2. Bilişsel Teori.....	23
2.4.3. Varoluşsal Teori.....	23
2.5. Anksiyete ile İlgili Yapılan alışmalar	25
2.6. Somatizasyon	26
2.6.1. Somatizasyon Tanımı.....	26
2.6.2. Tanı Kriterleri	27
2.7. Somatizasyon Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar.....	29
2.7.1. Analitik Teori	29
2.7.2. Bilişsel Teori.....	29
2.7.3. Öğrenme Teorisi	30
2.8. Somatizasyonla İlgili Yapılan alışmalar.....	30
2.9. Uzamış Yas	32
2.9.1. Yas Tanımı	32
2.9.2. Uzamış Yas Tanımı	33
2.9.3. Tanı Kriterleri	33
2.10. Uzamış Yas Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar	35
2.10.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	35
2.10.2. Bağlanma Kuramı.....	36
2.10.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	36
2.11. Uzamış Yas ile İlgili Yapılan alışmalar	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli	39
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	39
3.3. Veri Toplama Araçları	39
3.3.1 Sosyodemografik Form.....	39
3.3.2 Uzamış Yas Ölçeği	40
3.3.3 Hasta Sağlık Anketi (PHQ)-15 (Somatizasyon)	40
3.3.4 GAD-7(Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7)	40
3.3.5 Hasta Sağlık Anketi (PHQ)-9 (Depresyon)	41
3.4. Verilerin Analizi.....	41
3.4.1. İstatiksel Değerlendirme.....	41

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

TARTIŞMA	53
SONUÇLAR	57
KAYNAKÇA	59
EKLER.....	69

KISALTMALAR

UYÖ	:	Uzamış Yas Ölçeği
PHQ-15	:	Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon)
PHQ-9	:	Hasta Sağlık Anketi (PHQ)-9 (Depresyon)
GAD-7	:	YAB-7(Yaygın Anksiyete Bozukluğu)
APA	:	Amerikan Psikologlar Birliği
SPSS	:	Statistical Package For Social Sciences
DSM-5	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5
Akt	:	Aktaran
vd.	:	ve diğerleri
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
FAO	:	Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü'nün
IAO	:	Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Tüm katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.....	44
Tablo 4.2: Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Mann-Whitney U test Dağılımı.....	44
Tablo 4.3: Örneklem Grubunun Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U test Dağılımı	45
Tablo 4.4: Örneklem Grubunun Bir Hekim Tarafından Konmuş Psikiyatrik Hastalık Tanısı Aldınız Mı Sorusuna Göre Mann-Whitney U test Dağılımı	45
Tablo 4.5: Örneklem Grubunun Kaybedilen Kişinin Cenaze Törenine Katılabılme Durumuna Göre Mann-Whitney U test Dağılımı.....	46
Tablo 4.6: Örneklem Grubunun Kaybedilen Kişinin Mezarını Ziyaret Etme Durumuna Göre Mann-Whitney U test Dağılımı.....	46
Tablo 4.7: Örneklem Grubunun Kaybedilen Kişinin Ölümünden Önce Hastanede Ziyaret Edebildiniz Mi Sorusuna Göre Mann-Whitney U Test Dağılımı.....	46
Tablo 4.8: Örneklem Grubunun Kaybettiğiniz kişi ile aynı şehirde mi yaşıyordunuz sorusuna Göre Mann-Whitney U Test Dağılımı.....	47
Tablo 4.9: Örneklem Grubunun Eğitim Seviyesine Göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı	47
Tablo 4.10: Örneklem Grubunun Gelir Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı.....	48
Tablo 4.11: Örneklem Grubunun Kaybı Sizi En Fazla Etkileyen Kişi Sorusuna Göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı.....	48
Tablo 4.12: Örneklem Grubunun Kaybedilen kişinin ölüm nedeninine göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı.....	49
Tablo 4.13: UYÖ, PHQ15, GAD7 ve PHQ9 skorlarının Spearman Korelasyonu... 50	

ÖNSÖZ

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgime bilgi katan, tecrübelerinden faydalandığım tüm hocalarıma,

Tez çalışmamın fikir aşamasının oluşmasında ve akademik anlamda kıymetli bilgi, deneyim ve tecrübelerini benimle paylaşarak bana yol gösteren saygı değer danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Hakan KARAŞ'a,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen ve bana cesaret veren sevgili meslektaşlarım Betül Savaş ve Selin Uçan'a,

Araştırmanın istatistiksel analizinde ne zaman ihtiyaç duysam desteğini eksik etmeyen kıymetli arkadaşım Berkan Basançelebi'ye,

Araştırmaya katılmayı kabul eden, verdikleri yanıtlar ile bu çalışmayı mümkün kılan, hassas sorulara rağmen içtenlikle katılım gösteren tüm katılımcılara,

Her daim yanımda olarak maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Batuhan ŞAHİNKAYA

GİRİŞ

Dünya tarihi boyunca çeşitli salgın hastalıklar ortaya çıkmıştır. COVID-19, Çin'in Wuhan kentinde 12 Aralık 2019 tarihinde tespit edilmiştir. Daha sonra Wuhan Belediye Sağlık komisyonu tarafından 31 Aralık'ta kentteki Huanan Deniz Ürünleri Pazarı ile teması bulunan kişilerde koronavirüs bağlantılı zatürre görüldüğü açıklanmıştır(Chan ve diğerleri, 2020). Aynı gün Çin Dünya Sağlık Örgütü'ne gizemli bir solunum rahatsızlığının ortaya çıktığını bildirmiştir. İlk başta sadece Çin'i ve çevresini etkileyen bölgesel bir epidemi olarak algılanmasına rağmen kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır. Çinli bilim insanları da 9 Ocak'ta söz konusu "gizemli hastalığı" yeni tip koronavirüs olarak tanımlanmıştır(Esakandari ve arkadaşları, 2020). 9 Şubat'ta 2019nCoV yeni ismi olan COVID-19 adını almıştır. Şubat sonunda DSÖ salgının küresel risk seviyesini çok yüksek riskliye çıkarmıştır. 11 Mart'ta pandemi ilan edilmiştir (Park, 2020).

Depresyon kişiyi duygusal, bilişsel, davranışsal ve bedensel alanlarda olumsuz etkilemektedir. Duygusal alanda çökkünlük, bilişsel alanda yetersizlik ve değersizlik düşüncelerinin hakim olduğu, davranışsal alanda hareketlerin yavaşlaması, kişinin kendini toplumdan soyutlamasının görüldüğü ve bedensel alanda birçok yakınmanın eşlik ettiği bir duygudurum bozukluğudur (Gülen,2020). Literatürde kayıp ve depresyon arasında ilişkinin saptandığı çalışmalar mevcuttur. Kişinin depresyona girmesi ve depresyonu yaşama şiddeti kişinin kendine duyduğu şefkati, sevdiği nesneyi kaybetmesi, iş hayatında yaşadığı olumsuzluk, aile hayatı içindeki tartışmalar, ekonomiyle ilgili problemler, bedensel hastalıklar olduğu bulgulanmıştır(Gülen,2020 akt. Kelleci,1998).

Anksiyete herhangi bir tehlike ya da tehdit hissedilen bir durum karşısında duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda istemsiz olarak olumsuz değişikliklerin oluşmasına neden olan ve oluşan bu durumların öznel yaşantısını nitelendiren terimdir (Akdeniz, 2014). Anksiyete her insanın hayatının belli bir döneminde yaşadığı kişinin huzursuz hissetme halidir. Korku ve anksiyete çoğu zaman birbiri ile karıştırılır. Korku ve anksiyeteyi birbirinden ayıran temel fark korkunun dışarıda bilinen, görülen bir nesnesi olmasıdır (Berksun,2003). Literatürde yapılan

çalışmalara baktığımızda kayıp sonrası kişide yas belirtilerinin yanında anksiyete ve depresyon belirtilerinin de görüldüğü saptanmıştır (Bağcaz,2017).

Somatizasyon kişide herhangi bir fizyolojik rahatsızlığın bulgulanamadığı ancak kişide bedensel bir hastalığı olduğu hissini oluşturan ve kişinin semptomları yaşadıkça tıbbi bir rahatsızlığı olduğu düşüncesi ile tıbbi destek bulma çabası olarak nitelendirilmektedir (Lipowski,1988). Somatizasyon, tarih boyunca üzerine çalışmalar yapılan ve görüşler bildirilen bir terim olmuştur. Psikanalizin gelişimi ile beden ve ruh arasındaki etkileşim daha fazla anlaşılmıştır (İnci,2020). Literatürde bir çalışmada somatizasyon bozukluğu olan kişilerde, erken çocukluk çağında bir kayıp tecrübesi yaşadığı ve kayıplarını çoğunlukla bir ebeveynin ya da bakım vereninin kaybedilmiş olduğunu bulmuşlardır (Mallouh, Abbey ve Gillies, 1995 akt. Çömlekçi, 2021).

Yas, yaşanan kayıptan sonra ortaya çıkan fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve manevi tepkilerin hepsi yas süreci kapsamında ele alınmaktadır. Bu belirtiler, kişilerin yaşadığı sarsıcı bir yaşam olayından sonra ortaya çıkan doğal tepkiler şeklinde görülmektedir(Bonanno ve Kaltman, 2001akt. Keser, 2019). Yas kayıpla birlikte gelen doğal bir süreçtir. Kişinin yası belli süre yaşadktan sonra normal hayatına geri dönmesi beklenmektedir.Yasın, beklenen süreden fazla ve beklenenden şiddetli yaşanması uzamış yas olarak nitelendirilen bir durumdur. Yas konusunda ilk ayrımı Freud yapmıştır ve uzamış yası kayıp nesnesine dair duyulan ikircikli duygularla ilişkilendirmiştir (Keser,2019).

BİRİNCİ BÖLÜM

PROBLEME GENEL BİR BAKIŞ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı; COVID-19 Salgını Sırasında Yakınını Kaybetmiş Kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörleri incelemektir. Bu amaç doğrultusunda bağımlı değişkenlerin birbirini ne derece etkilediğine bakılacak ve ele alınan sosyo-demografik değişkenlerle, bağımlı değişkenler arasında ne oranda ilişki bulunduğunu ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Bu çalışmada COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş bireylerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas değişkenleri bir arada incelenecek, değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılacaktır. Bu bağlamda yapılan ilgili literatür araştırmasında depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas kavramlarının bir arada ele alındığı çalışmaların olmadığı görülmüştür. Çalışma ilgili çalışmalara etki edebilmesi adına önem oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Problemi

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde, Huanan'daki deniz ürünleri pazarı kaynaklı olduğu varsayılan yeni ve daha önce bilinmeyen bir corona virüsün neden olduğu pnömoniyle giden ve ölümlerle sonlanabilen Akut Respiratuvar Distres Sendromu (ARDS) ve akciğer yetmezliğine yol açan ateşli bir sendrom ortaya çıkmıştır. COVID-19 salgını Ocak 2020'nin sonlarında hızla yayılmaya başlamış ve tüm dünyayı küresel düzeyde hızla alarm durumuna getirmiştir. Süreç ilerledikçe hem viral hem de ruhsal bir pandemi ortaya çıkmıştır. Bu pandemi sürecinde DSÖ'ye göre 6.285.171 kişi hayatını kaybetmiştir. Vefat edenlerin yakınlarında depresyon, anksiyete, yas ve somatizasyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir.

Depresyon bireylerde genel bir mutsuzluk, ilgisizlik, bitkinlik, aşırı hüznün ve kederli olma, zevk alamama, içe dönüklük, sosyal yaşamdan uzaklaşma, değersizlik, işe yaramama duygusu gibi belirtileri içeren bir durumdur. Klinik olarak depresyon, çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurum ile

birlikte düşünce, konuşma, hareketler ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunluk, bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, yetersizlik duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur.

Anksiyete dilimizde sıkıntı, bunaltı, kaygı olarak kullanılmaktadır ancak bu terimler tam olarak aynı anlamları karşılamamaktadır. Anksiyete olağan dışı, fiziksel semptomların görüldüğü sebebi saptanamayan tedirginlik halinde olma, korku durumu olarak tanımlanabilir.

Tanı ölçütleri el kitabı olan DSM-5'e göre somatizasyon bozukluğu "Bedensel Belirti Bozukluklar" olarak ele alınmıştır. DSM-5'e göre somatizasyon bozukluğu gündelik hayatta bozulmalar yaşatan bir ya da daha fazla belirti ile görülmektedir. Belirtilerin ötesinde bir derecede düşünce, sağlığa dair çok yüksek endişe duyma ve bu sayılanlara çok fazla zaman ve güç ayırma ile tanımlanır. Bu belirtilerin başka bir hastalığa bağlı olmadan altı aydan fazla süreyle görülmesi gerekmektedir.

Yas sevilen bir yakının veya ülke, özgürlük ya da bir ideal gibi değerlerin kaybına karşı ortaya çıkan bir reaksiyondur. Bu kaybın ardından yaşanan süreci üç kavram açıklamaktadır. Bunlar kayıp yaşama, matem ve yastır. Yas sürecinin beş evresi vardır. Bu evreler; İnkâr ve izolasyon, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Yas sürecini yastaki bireyin kişilik özellikleri, ölen kişi ile ilişki, yas ile baş etme tarzı, kültürel ve dini inançlar, geçmiş ruhsal hastalık öyküsü, destek sistemi, ekonomik durumu ve ölümü algılama biçimi gibi çeşitli faktörler belirler.

Bu çalışmada COVID-19 salgını sırasında yakınıni kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas ile ilişkili faktörler'in açıklanması hedeflenmektedir.

1.3. Araştırmanın Sayıtları

- Araştırmanın örnekleme Türkiye'nin çeşitli illerinde yaşamakta olan COVID-19 sırasında yakınıni kaybetmiş 161 kişiden oluşmaktadır. Bu örneklem evreni temsil etmektedir.

- Araştırmada kullanılan veri toplama araçları llmek istenen özellikleri geçerli ve güvenilir bir Şekilde lmektedir.
- Katılımcılara sunulan veri toplama araçları doğru ve güvenilir olarak yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma Türkiye'nin çeşitli illerinde yaşamakta olan, COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş bireyler ile sınırlıdır.
- Araştırma Sosyodemografik Bilgi Formu, Uzamış Yas lği, Hasta Sağlık Anketi-7 (Yaygın Anksiyete), Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon) ve Hasta Sağlık Anketi-15 (Somatizasyon)' in ltği veriler ile sınırlıdır.
- Araştırma verileri pandemi koşullarından ötürü yüz yüze toplanamamıştır. Katılımcılar sunulan ölçekleri evrimii cevaplamış ve beklenenden az örnekleme ulaşılmıştır.
- Veriler, incelenecek değişkenleri ltği varsayılan belli ölçekler kullanılarak elde edilmiş; görüşme, gözlem gibi diğer veri toplama yöntemlerine başvurulmamıştır.

1.5. Hipotezler

H1 : COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde görülen depresyon ve anksiyete belirtileri ile somatizasyon belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H2 : COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3 : COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde görülen uzamış yas ile ilgili faktörleri ile kişilerdeki depresyon belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

1.6. Alt Hipotezler

- 1- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır.
- 2- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri medeni duruma göre farklılaşmaktadır.
- 3- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri eğitim durumun
- 4- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri gelir durumuna göre farklılaşmaktadır.
- 5- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri psikiyatrik hastalık tanısına göre farklılaşmaktadır.
- 6- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri Covid-19 sürecinde kaybettiği kişiye göre farklılaşmaktadır.
- 7- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleriü kaybettiği kişinin ölüm nedenine göre farklılaşmaktadır.
- 8- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri kaybettiği kişinin cenazesine katılımına göre farklılaşmaktadır.
- 9- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri kaybettiği kişinin mezarını ziyaret edebilmesine göre farklılaşmaktadır.
- 10- COVID-19 salgını sırasında yakınını kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri kaybettiği kişiyi ölümden önce hastanede ziyaret edebilmesine göre farklılaşmaktadır.

11- COVID-19 salgını sırasında yakınına kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri kaybettiği kişi ile aynı şehirde yaşamasına göre farklılaşmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 COVID-19

2.1.1 Pandemi Tanımı

Pandemi kelimesi Eski Yunanca'da tüm anlamında kullanılan 'pan' ve insanlar anlamında kullanılan 'demos' kelimelerinden ortaya çıkmıştır (Aslan,2020). Dünya genelinde birçok ülkede, bir kıtada hatta dünyanın büyük bir alanında yayılan enfeksiyon ve sağlık sorunu olarak yayılan ve etkisini gösterensalgın hastalıklar pandemi adını almaktadır(Şeker, Özer, Tosun, Korkut, Doğrul, 2020). Dünya tarihinde birçok salgın hastalık meydana gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) salgınları pandemi olarak nitelendirmek için üç ana ölçüt aramaktadır. Bu ölçütler; etkenin yeni bir virüs veya mutasyonlu patojen olması, insanlara hızlıca bulaşabilmesi, insandan insana kolay ve süreklilik içinde bulaşarak yayılmasıdır. DSÖ'nün pandemi ilan etme nedeni tüm dünyayı tehdidi altına alan hastalığın, insanlar arasında çok hızlı ve çok kolay bir biçimde yayılabilesidir (Aysan ve ark., 2020; Şeker, Özer, Tosun, Korkut ve Doğrul, 2020).

İnsanların pandemiden etkilenme düzeyi virüsün enfektivitesine ve virülansına, bireylerin yaşam tarzlarına, ekonomik düzeylerine, toplumsal bağışıklığa, küreselleşmeyle gelen ulaşım kolaylıklarına, kişilerin özel ve iş hayatlarındaki riskle karşılaşma ihtimaline, ülkelerindeki sağlık hizmetinin niteliğine ve salgının iklime bağlı olarak olumlu ya da olumsuz tutum değiştirme yeteneğine göre farklılık göstermektedir(Şeker, Özer, Tosun, Korkut, Doğrul, 2020).

2.1.2 COVID-19 Epidemiyolojisi

COVID-19 koronavirüsler ailesine ait olup insandan insana bulaşarak yayılan bir solunum yolu hastalığıdır (WHO, 2020a; 2020b). Dünya COVID-19' dan önce de koronavirüs ailesinin farklı türleriyle mücadele etmiştir. SARS-CoV,2002-2003 yıllarında Çin'in Guangdong Eyaleti'nde ortaya çıkıp şiddetli akut solunum belirtilerinin görülmesine neden olmuştur(Zong,2003). MERS-CoV, 2012 yılında

Suudi Arabistan'ın Cide kentinde ortaya çıkıp Arap yarımadasında şiddetli solunum sıkıntısı sendromu ve grip hastalıklarına bağlı salgınlara neden olmuştur(Zaki, Boheemen, Bestebroer, Osterhausand Fouchier,2012).

COVID-19 virüsü 12 Aralık 2019 da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır. Wuhan'da bulunan Huanan Deniz Ürünler Pazarı temaslı kişilerde de görüldüğü tespit edilmiştir(Henwood, 2020). Nedeni bilinmeyen pnömoni 31 Aralık'ta DSÖ'ye bildirilmiştir(Alacahan Yiğit,2020). DSÖ 7 Ocak 2020 yılında koronavirüs ailesine ait yeni bir virüs olduğu ve insandan insana bulaş yoluyla hastalığa yol açtığı ilan edilmiştir(Hasani,Mardi,Shakerian,Taherzadeh-Ghahfarokhiand Mardi,2020). 23 Ocak'ta Wuhan kenti karantinaya alındı. Çin'de şehir karantinaları ve seyahat yasakları başlamıştır. 30 Ocak'ta DSÖ uluslararası kamu sağlığı acil durumu ilan etmiştir ve ülkelerde sınır kontrolü uygulamasına geçilmiştir. Ülkeler Çin'deki vatandaşlarını ülkelerine getirmiş ve Çin'e giriş çıkışı yasaklamaya başlamıştır. Salgın hem Asya'da hem de diğer kıtalarda hızla yayılmaya başlamıştır(WHO,2020). DSÖ 2003 yılında koronavirüs ailesinden olan SARS salgınına neden olan koronavirüsle genetik yapıları benzedikleri için SARS-CoV-2 adını vermiştir.11 Şubat'ta DSÖ Dünya hayvan sağlığı örgütü (IOE) ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü'nün(FAO) geliştirdikleri politikayı izleyerek yeni koronavirüsün adını COVID-19 olarak ilan etmiştir (WHO,2020a). Şubat sonunda DSÖ salgının küresel risk seviyesini yüksekte çok yükseğe çıkarmıştır.11 Mart'ta salgın pandemi ilan edilmiştir (Aktepe,2022). Aralık ayında Çin ve çevresinde yayılım gösteren bir epidemiy olarak düşünülen COVID-19 kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır.

COVID-19 hastalığında en sık görülen belirtiler; öksürük, nefes darlığı, ateş olarak sıralanmıştır. Bunun yanında belirtisiz olarak da hastalığın geçirilebileceği ifade edilmiştir. Ağır olguların solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği,zatürre ve ölüm meydana geldiği görülmüştür.

Dünya genelinde ülkeler tek tek karantina uygulamalarına geçmiştir. Maske kullanımı devlet kontrollü zorunlu hale getirilmiştir eğitim öğretime ara verilmiş, resmi kurumlar ve özel işletmeler evden online çalışmaya geçip, marketler belli saat aralıklarında çalışıp belirlenen sayıda müşteri almaya başlamıştır. Cafe, restoran ve benzeri işletmeler paket servisle çalışmaya devam etmiştir(Regmi ve Lwin, 2020).

Türkiye’de ilk vaka 11 Mart’ta görülmüştür(Demirbilek ve diğ., 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020b). İlk vakadan sonra ülke genelinde eve kapanma süreci başlamış ve COVID-19 salgınına karşı Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Bilim kurulu COVID-19 salgınıyla mücadelede bilimsel bir danışma görevi görmüştür. Salgının Türkiye’de yayılmasını önlemek amaçlı tüm dünyada alınan önlemleri takip etmiştir.Vaka sayılarındaki artış ve ölüm oranına paralel bir şekilde yasaklar ve önlemlere ilişkin kararlar kademeli olarak alınmaya başlanmış ve halkı destekleyici, bilgilendirici ve sağlığı önceleyen politikaların uygulanmıştır(Erdem,2020).

2.1.3 COVID-19’UN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

COVID-19 pandemisi insanları sadece fizyolojik olarak etkilememiştir. Salgından etkilenen kişilerin toplum tarafından dışlanması, ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kalmaları psikolojik olarak da etkilenmelerine neden olmuştur. İnsanlarda hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, söylentiler ve virüse dair belirsizlikler sonucunda korku ve kaygı seviyelerinde de artış gözlemlenmiştir(Shigemura ve diğ., 2020). COVID-19 salgının çok hızlı bir şekilde ve büyük bir bilinmezlikle tüm dünyayı sarmış olması kaygı seviyesini çok üstlere taşımıştır. Kaygının artması kişileri psikolojik bir çöküşe itmiş ve duygusal öz yeterliliklerini de olumsuz etkilemiştir (Çiçek, Almalı, 2020).

Sağlık kaygısı, kişinin bedeninde farklılıklar algıladığında ortaya çıkar.Erken dönemde kişinin belirtileri fark ederek önlem almasını sağlar. Ancak sağlık kaygısı davranışı aşırıya kaçtığında zarar verici ve işlevselliği bozucu bir hal alabilir(Asmundson,2020). COVID-19’la alakalı mevcut bilgilerden yola çıkarak sağlık kaygısı yüksek olan kişilerde bedenindeki kas ağrılarını ya da öksürük gibi semptomları yanlış yorumlama çok fazla görülmüştür(Taylor &Asmundson, 2004; Wheaton, Abramowitz,Berman, Fabricant ve Olatunji, 2012;Asmundson,2020). Yüksek sağlık kaygısı olan kişilerde aşırı el yıkamanın, sosyal geri çekilmenin, paniğin fazla olması ve stoklama davranışının aşırı olması gözlemlenmiştir. Düşük sağlık kaygısına sahip kişilerde ise sosyal mesafeye uymama, elleri dezenfekte etmeme, alınan önlemlere uymama gibi davranışlar hastalığa yakalanma ve hastalığı yayma ihtimalini arttırır(Asmundson, Taylor, Carleton, Weeks ve Hadjistavropoulos, 2012).

COVID-19'la birlikte mesleki, sosyal ve sağlık alanında yapılan kısıtlamalar, fiziksel mesafeyi koruma zorunluluğu, hasta sayısı ve ölüm oranlarındaki artış toplumun ruh sağlığını olumsuz etkilemiştir (Smith,Os...2020; Kasapoğlu,2020).Yang ve diğerleri (2020) alışmasında COVID-19 salgını sırasında genel popölasyonda anksiyete, uykusuzluk ve somatik semptomların yaygınlığını ortaya koymuştur. Ayrıca somatik belirtiler, kaygı ve uykusuzlukla yakından ilişkilidir. Karantinadaki kişiler yalnızlık,can sıkıntısı ve öfke yaşayabilmektedir (Park ve Park,2020). Çin'de yapılan bir ankette katılımcıların %53,8 i salgından orta veya yüksek derece psikolojik olarak etkilenmiştir.Katılımcıların %16,5 orta ile şiddetli depresif belirtiler,%28.8'i orta ile şiddetli anksiyete belirtileri ve %8.1'i orta ile şiddetli stres seviyelerine sahip olduğu görölmüştür (Ho,Chee ve Ho,2020). Bilge ve Bilge (2020) nin yaptığı bir çalışmada %57,5'i evde kalmaktan olumsuz etkilendiği, %25,6'nın birlikte kaldığı kişilerle olan ilişkisinin olumsuz etkilendiği ve %24,8'i ise fazla ya da çok fazla can sıkıntısı yaşadıkları tespit edilmiştir. COVID-19 salgınında karantinaya girmenin kişilerde panik bozukluğu, anksiyete, depresyon, fiziksel semptomlar ve benzeri psikolojik rahatsızlıkları tetiklediği gibi öfke düzeyinde de artışa neden olduğunu bulgulanmıştır (Bilge ve Bilge,2020; Wang ve diğerleri,2020).

COVID-19 pandemisinde yapılan araştırmalara göre kaygı, depresyon ve öfke gibi olumsuz duygularda görölen artış ve uyku bozuklukları intihar riski ile ilişkili bulunurken, olumlu duygularda ve kişilerin yaşam doyumlarında azalma görölmüştür (Sher,2020;Ornell, Schuch, Sordi, Kessler, 2020). COVID-19 salgınının neden olduğu korku ile ortaya çıkabilecek tepkisellik,ergenlerde depresyon, anksiyete ve OKB riski oluşturduğu görölmüştür (Seçer,Ulaş,2020).Yetişkinlerin COVID-19 salgınına verdiği tepkiler genelde salgın sürecinde salgından dolayı yakınlarından uzak kalma, yakınlarının sağlığına dair kaygı duyma, karantinaya girme korkusu ve benzer şeklinde ölüm ya da yakınlarından ayrılma korkusu şeklinde sıralanmıştır. Salgının neden olduğu psikolojik problemlerin başında depresyon, anksiyete bozuklukları, stresle beraber travma sonrası stres bozuklukları olduğu bulgulanmıştır (Sargin,Kutluca,2020).

2.2. Depresyon Tanımı

Latince ‘depressus’ kelimesinden kökenini alan depresyon kelimesinin tanımlanması eski Antik çağlara kadar dayanmaktadır. M.Ö. 460 ve 377 yılları arasında yaşamış olan Yunan Doktor Hipokrat depresyonun hem biyolojik hem de psikolojik bir rahatsızlık olduğunu ileri sürmüştür (Gülen,2020). Pinel’ e göre depresyon, “düşünceli dalgın tavır, kuruntulu şüpheler, yalnızlık isteği” olarak ifade edilmektedir (Pinel’den akt. Beck, 1967).

Depresyon duygusal, davranışsal, bilişsel ve somatik belirtilerle başlayan; bu belirtiler sonucunda kişide çökkün bir ruh haline neden olan, bireylerin davranışlarındaki etkinlikte yavaşlama görülen, bilişsel durumlarda bazı değişikliklere ve ara ara bedensel bazı yakınmalara sebep olan; şiddeti kişiden kişiye farklılaşan bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanabilmektedir (Doğan, 2001). Literatüre baktığımızda depresif duygudurumunun tam olarak bir karşılığı görülmesi de ortak olarak umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk duygusunun hakim olduğu bir ruh hali şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Gülen,2020 akt. Aslan ve ark., 2012).

Depresyon, bireylerin kendini mutsuz, isteksiz ve yorgun hissettiği, yaşamdan zevk alamama durumudur. Depresyondaki bireyler duygusal anlamda yoğun bir çökkünlük içindedir. İçinde buldukları durumdan dolayı hayatı karamsar bir şekilde ele alır. Geleceğe dair umutsuz bir tablo çizerken günlük rutinlerini yerine getirmek konusunda zorlanırlar (Korkmaz,2017). Depresyondaki bireylerde fonksiyonel olmayan tutumlar görülmektedir. Bireyler içinde buldukları duygudurumdan kaynaklı olarak dünyayı ve olayları fonksiyonel olmayan duygu ve düşüncelerle algılamaktadır (Beck ve ark.1979).

Depresyon toplumda sıklıkla görülen önemli bir sağlık problemidir (Alçalar,1999). Dünya geneline bakıldığında psikolojik sorunlar arasında en yaygın olarak görülen bozukluktur. Kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemesinin yanında kişide değersizlik, ümitsizlik duygularının görülmesine neden olmaktadır. Bu durum kişinin öz-saygının düşmesine ve çökkünlük halini sürekli hale getirmektedir (Yıldız,2017). Kişilerde depresif belirtilerin ortaya çıkması ve ağırlaşması aile sorunları, iş hayatındaki tartışmalar, ekonomik sıkıntılar, fiziksel

rahatsızlıklar, kişinin sevdiği nesneyi kaybetmesi ve benliğini yaralayıcı olaylara maruz kalması ile ilişkili olduğu görülmüştür (Kelleci, 1998).

2.2.1. Depresyonun Sınıflandırılması

DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), depresyonu ayrıntılı bir şekilde sekiz gruba ayırmıştır:

1. Yıkıcı Duygudurum Bozukluğu,
2. (Majör) Yeğin Depresyon Bozukluğu,
3. Süregiden (Distimi) Depresyon Bozukluğu,
4. Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
5. Maddenin ya da İlacın Neden Olduğu Depresyon Bozukluğu,
6. Başka Bir Sağlık Sorunundan Kaynaklanan Depresyon Bozukluğu,
7. Tanımlanmış Farklı Bir Depresyon Bozukluğu,
8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu şeklinde sıralanmaktadır (APA, 2013)

Depresyon tanısı alabilmesi için kişinin aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da

kilo alma

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk

duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini

kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem

tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da

kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem

tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili

alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye

neden olur (APA,2013).

2.2.2. Depresyon Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar

2.2.2.1. Psikanalitik Teori

Psikanalitik yaklaşımda klasik depresyon görüşü olarak bilinen kavram, Sigmund Freud tarafından tanımlanmış, Karl Abraham tarafından genişletilmiştir. Klasik depresyon dört ana noktayı kapsar: 1. Oral evrede anne ile çocuk arasındaki ilişkilerin bozulması sonucu bireylerin depresyona yatkınlığının artması, 2. Gerçek veya imgesel nesne kaybı ile depresyon arasında bağlantı kurulabilmesi, 3. Depresyonun kayıp nesnelerin içe atımı nesne kaybıyla ilişkili sıkıntıyla baş edebilmek için bir savunma mekanizması olması, 4. Kaybedilen nesne sevgi ve nefretin bir karışımı olarak görüldüğü için öfke duygularının kişinin kendisine yönelmesi şeklindedir (Kaplan ve Sadock, 2016).

Melanie Klein'a göre, depresif bireyler sadece sevgiyi kaybetme korkusu değil, aynı zamanda kendi açgözlülükleri ve yıkıcı davranışları nedeniyle içsel nesnelere zarar verme kaygısı da yaşarlar. Kişi, fantezilerindeki zararlı davranışların yanı sıra nefret ettiği nesnelerin kendisine zarar vereceğine inanarak kötü içsel nesnelere tarafından suçlanmaktadır (Gülen, 2020; akt: Akiskal, 2007).

2.2.2.2. Bilişsel Teori

Bilişsel teori; belirli olumsuz düşünme biçimlerinin, bireylerin stresli yaşam olayları yaşadıklarında depresyon geliştirme ve sürdürme olasılığını artırdığını varsaymaktadır. Bu teorilere göre, belirli uyumsuz bilişsel örüntülere sahip bireyler, kendileri ve deneyimleri hakkında olumsuz bilgi işleme eğiliminde oldukları için depresyona karşı savunmasızdırlar (Anderson ve Skidmore, 1995). Beck, depresyona yatkın bireylerin olumsuz kendilik şemalarına (inançlara) sahip olduğunu ve bunu "bilişsel üçlü" olarak adlandırdığını varsaymıştır (Anderson ve Skidmore, 1995). Beck'in teorisi, depresif insanların deneyimlerini olumsuz bir şekilde filtrelediği fikrine dayanmaktadır. Bu düşünce çarpıklıkları, depresif kişilerin kendilerini, dünyalarını ve geleceği olumsuz bir şekilde gördükleri bir "bilişsel üçlü" olarak adlandırılır (Beck, 1972; Beck ve diğerleri, 1979; akt: McGinn, 2000). Beck, negatif bilişsel üçlünün depresyonun yeterli bir nedeni olduğunu ve bu nedenle duygusal, motivasyonel, davranışsal ve fizyolojik işlevlerdeki eksiklikler gibi depresif

semptomların başlamasından sorumlu olduğunu varsaymaktadır (Abela ve D'Alessandro, 2002).

2.2.2.3. Bağlanma Teorisi

Bowlby (1969), ebeveynler ve çocuklar arasındaki bağlanmanın kalitesinin daha sonraki kişilik gelişimi için zemin hazırladığını öne sürmüştür. Bağlanma (çocuklarda) tipik olarak, bir çocuğun bir bağlanma figürü ile oluşturduğu uzun süreli duygusal bir bağ olarak tanımlanır (Ainsworth, 1989; akt: Brumariu ve Kerns, 2010). Bowlby'nin modeli, bağlanma sisteminin işlediği temel süreçleri tanımlarken, araştırmacıların temel bağlanma türlerini oluşturmaları daha sonra gerçekleşti (Harms, 2011). Bağlanma türleri birçok farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Ancak çoğunlukla Hazan ve Shaver tarafından geliştirilen sınıflandırma kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmada ilk ayırım, güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma ilişkisi arasında olmuştur. Güvensiz bağlanma ise kaygılı) ve kaçınan bağlanma olarak ikiye ayrılmıştır (akt: Yıldızhan, 2016).

Güvensiz bağlanma, ebeveyn figürünün geçici veya kalıcı olarak gerçek veya korkulan kaybının ifadesidir; depresyona karşı savunmasızlık, bu erken dönemdeki güvensiz bağlanmalardan türemiştir (Blatt ve Maroudas, 1992). Egeland ve Carlson (2004) güvensiz bağlanma ve depresyon arasındaki teorik bağlantıyı daha da geliştirmiş ve Bowlby'nin (1969) gözlemlerine dayanarak, her güvensiz bağlanma modelinin farklı nedenlerle depresyonla ilişkili olduğunu varsayımlardır. Tekrarlayan girişimlere rağmen bakım verenin isteklerini yerine getiremeyen ikircikli bağlanan çocuklar, daha sonraki zorlukları veya kayıpları başka bir başarısızlık olarak algılayabilir ve çoğunlukla çaresizlik olarak yaşanan depresyon geliştirebilirler. Bağlanma figürleriyle etkileşimleri yoluyla sevilmeyen veya yetersiz olduklarını öğrenen kaçınan bağlanan çocuklar, diğerlerini destekleyici olmaktan çok düşmanca algılayabilir ve yabancılaşma ve umutsuzluk olarak yaşanan depresyonu geliştirebilirler. Düzensiz bağlanmaları olan ve bazıları yoğun travmalar yaşayan çocuklar, sonraki zorlukları bunaltıcı ve kendiliklerini zorluklar karşısında yetersiz olarak yorumlayabilirler, bu şemalar nihayetinde depresyona yol açacaktır (Brumariu ve Kerns, 2010).

2.2.3. Depresyon ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Depresyonu sınıflandırma çalışmaları M.Ö. 4. yüzyıla kadar uzanmaktadır ve Hipokrat melankoli terimini ortaya koymuştur. 1854 yılında Fransız psikiyatristler bu kavramın döngülü olabileceğini “folie circulaire” terimi ile tanımlamıştır. Sonraki yıllarda tetikleyicinin varlığı ya da yokluğuna göre şekillenen sınıflandırma DSM-3’le (1980) birlikte belirti kümelerinin varlığına dayanarak tanı koyma noktasına kadar gelmiştir. Tetikleyicinin varlığının, tedavinin seyri ya da tedavi yanıtını değiştirdiği gösterilemediğinden, belirli tanı ölçütlerinin doldurulması ile tetikleyiciden bağımsız olarak depresyon tanısı koyulabilmektedir (Kaplan ve Sadock’s).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre depresyon; melankolik ve dengesiz bir şekilde yönetilen zihin yapısı olarak tanımlanmaktadır. Her hangi bir olay ya da duruma karşı isteksizlik, enerjide azalma veya fazla artış, yemek yemeden güne devam etme ve kendini suçlama, suçlu görme durumları yoğunluktadır. Bu bireyler hayat enerjilerini zayıf olarak nitelendirerek, kendilerini genellikle umutsuz olarak tanımlamaktadırlar. Ruhsal bozukluk anlamında en sık görülen hastalık depresyondur. Yaşamın tüm evrelerinde (çocukluk çağı, ergenlik veya yetişkinlik dönemlerinde) ortaya çıkabilmektedir (Köroğlu, 2013).

Yalvaç (2012) yapmış olduğu çalışma ile ülkemizde yapılan depresyon epidemiyolojisi araştırmalarında 2012 yılı için yaşam boyu yaygınlık oranının %8 ile %20 arasında değiştiği bildirmektedir. Ülkemizde daha yakın bir zamanda İzmir örneğinde yapılan yaygınlık araştırmasında majör depresyon yaygınlık oranı %8,9 olarak bildirilmiştir (Topuzoğlu vd., 2015).

Türkiye’de depresyon tanısı almış kadın oranı %65-70 iken depresyon tanısı almış erkek oranı %30-35 olarak bulgulanmıştır (Çisem,2009). Ancak yapılan bazı çalışmalarda erkek katılımcılar ile kadın katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Keklik,2011;Gençdoğan,1995). Literatür geneline bakıldığında ise kadınlar erkeklere oranla daha yüksek depresyon puanlarına sahiptir (Küey ve Küey,1988). Ayrıca literatürde kadın olmanın dışında ekonomik problemler (Evans,2004) medeni durum (Arslantafi,2011;Ünal ve ark.2002) bedensel rahatsızlık (Sertöz ve Mete,2004) gibi durumlarda depresyon oranının daha yüksek olduğu

yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalarda gelir düzeyi düşük olan kadınların depresyon oranı gelir düzeyi yüksek olanlardan daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Kuşçu,2020; Şahin,2015; Kesller,1995).

Kişinin sevdiği bir nesneyi kaybetmesi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Balcı, Çelik, 2011). COVID-19 döneminde gelen kayıpla ile çoğu kişi kendini yetersiz, kaybolmuş ve kaybetmiş olarak hissetmektedir. Kişiler bu süreçte sadece sevdiği insanları değil birçok özgürlüğünü de kaybetmiştir. Kişilerin kayıp nesnelere yasınin depresyona dönüştüğü ve bireylerin kayıp nesnelere yerine yeni nesnelere bulmakta ve bu duruma uyum sağlamakta zorlandıkları bulgulanmıştır (Çubuk,2020).

2.3. Anksiyete

Anksiyete nedeni bilinmeyen veya somut bir nesnesi olmayan kişinin tehdit ya da tehlike olarak algıladığı durumlar karşısında davranışlarında, duygularında ve fizyolojisinde meydana gelen değişimler sonucu sürekli bir korku ve kaygı halinde olmasıdır (Akdeniz,2014). Anksiyete, kökenini Latince anx kelimesinden alır ve Fransızca bir sözcük olan anksiyete sıkılmak, nedensiz korku anlamına gelmektedir (Belge,2019 akt., Karamustafaoglu, 2011). Anksiyete kişinin işlevselliğine zarar vermediğinde, korku ve stresle birlikte ele alındığında kişinin hayatta kalmasını ve türünün devamını sağlayan önemli bir hayati tepkidir (Akdeniz,2014 akt. Berksun,2003).

Anksiyete ve korku kavramları çoğu zaman birbiriyle karıştırılır. Korku nesnesi belirgin olan, şu anda var olan olaylara ya da durumlara verilen beklenen tepkilere denir. Anksiyete ise şu anda ya da gelecekte gerçekleşip gerçekleşmeme ihtimali dahi bilinmeyen tehditlere odaklanır. Her ikisinde de sempatik sinir sistemi devreye girer ve iki tepki de 'savaş ya da kaç' ile kişinin varlığını korumayı amaçlar. Anksiyete ve korku fiziksel ve zihinsel gerilimler sayesinde organizmanın hayatta kalmasını ve varlığını devam ettirmesini sağlar (Şahin,2019).

Anksiyete kavramı günümüz insanının hayatının bir parçası haline gelmiştir. Modern dünyada insanlar her gün birçok belirsizlikle karşılaşmakta ve bu

belirsizlikler karşısında duygusal, bilişsel ve fizyolojik olarak tepkiler göstermektedir. Belirsizlik hali arttıkça kişinin yaşadığı endişe duygusu da süreklilik göstermekte ve endişeli durumlar içinde kalma hali de artmaktadır (Belge, 2019). Karşılaştığı olaylarda anksiyete yaşama durumu kişiden kişiye değişse de belli başlı ortak belirtiler ; nefes almakta zorluk, ölecekmiş hissine kapılmak, kalpte çarpıntı hissi, nabızın hızlanmasına bağlı vücut ısısında artışın gözlenmesi, kaslarda gerginlik hissi, hızlı nefes alıp verme, göğüs bölgesinde ağrı, ağızda kuruluk, baş dönmesi, baş bölgesinde ağrılar anksiyete durumunda herkes tarafından görülmektedir (Özakkaş,2014). Kişi hayatının birçok evresinde anksiyete yaşayabileceği durumlarla karşı karşıya kalabilir. Özellikle de yeni başlangıçlar yaptığı dönemlerde; ilkokula başlayan bir çocukta, ergenlik döneminde kimlik arayışında bulunan bir ergende, yeni eve taşınan ya da yeni işe başlayan yetişkinlerde anksiyete beklenen bir durumdur. Bu yüzden anksiyetenin kişinin hayatında işlevsel olduğu zamanlar ile işlevselliği olumsuz etkilediği zamanlar birbirinden ayrıştırılması gerekir. Kişinin içinde yaşadığı durumdan bağımsız sürekli ve nedeni bilinemeyen bir şekilde yoğun bir kaygı halinde olması ve bu durumun kişinin işlevselliğini bozması normal olarak kabul edilen bir hal değildir. Bu durum, daha çok klinikte gözlenen ve anksiyete bozukluğu tanısı olarak ele alınan bir tablodur (Karamustafahoğlu ve Yumrukçal, 2011).

2.3.1. Anksiyetenin Sınıflandırılması

Tanı Ölçütleri kitabı DSM-5 kriterlerine göre anksiyete bozuklukları aşağıdaki dokuz ana grupta ele alınmaktadır;

- Ayrılma kaygısı bozukluğu,
- Seçici konuşmazlık(mutizm),
- Toplumsal kaygı bozukluğu(sosyal fobi),
- Panik bozukluğu,
- Yaygın kaygı bozukluğu,
- Agorafobi,
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu,

- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu
(DSM-5,2013).

2.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi aralıksız bir şekilde içinde bulunduğu şartlara uygun olmayan, günlük hayatında mesleki ve sosyal işlevselliğinde kayıplar yaşayan aşırı düzeyde kaygı halindedir (Belge, 2019). Kişi bu durumun uygunsuz olduğunu farkındadır ancak bunun işlevselliğini bozmasına engel olamaz (Başer,2020).Kaygı hali en az 6 ay süreyle hemen hemen her gün görülmektedir. Kişi bu süreçte kaygısını yönetmekte ve günlük hayatına devam etmekte sorunlar yaşamaktadır. Kaygı haline kolayca yorulma, kaslarda gerginlik, huzursuzluk ve gerginlik hali, odaklanma problemleri, uyku sorunları ve ani öfkelenme belirtilerinden en az 3' ünün eşlik etmektedir (Hoffman ve ark. 2008) Yaygın anksiyete bozukluğunun toplumda görülme sıklığı yüksektir. Genel olarak çocukluk yıllarında ve ergenlik döneminde başlasa da ender olarak 20'li yaşların sonlarında da ortaya çıkabilir. Ömür boyu görülme sıklığı %3.7 iken genel araştırmalara göre toplumda görülme oranı %2.9 ile 4.6 arasında farklılık göstermektedir (Başer,2020).Yaygın anksiyete bozukluğu depresyonla birlikte görüldüğünde intihar riskinin arttığı saptanmaktadır (Belge,2019).

DSM-5' e göre yaygın anksiyete bozukluğu kişinin birtakım olaylar ya da etkinliklere en az altı aylık bir süre zarfında yoğun bir şekilde kaygı ve kuruntu duyma halidir. Bu kaygı ve kuruntuya aşağıdaki altı belirtiden en az üçünün eşlik etmesi gerekmektedir;

- Huzursuzluk ve gergin olma,
- Kas gerginliği,
- Kolay kızma,
- Kolay yorulma
- Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması
- Uykuya dalmada güçlük ya da uykuyu sürdürmede güçlük çekme, dinlenememe
(DSM-5,2013)

2.4.Anksiyete Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar

2.4.1. Psikanalitik Bakış Açısı

Freud'a göre "anksiyete; içgüdüsel dürtülerimizle duyduğumuz korku sonucu oluşur. Anksiyete de en önemli öge, dışa vurulduğunda toplum tarafından onaylanmayacağı varsayılan cinsel dürtüler ve Oidipus kompleksinin çözümlenmemiş olmasının yarattığı duygulardır. Yetişkin anksiyetesi çocukluk anksiyetelerinin bir tekrarı ve yeniden yaşanmasıdır"(Gençtan,2020). Horney anksiyete ve korkunun aynı anlamda olduğunu ileri sürmüştür. Anksiyete ve korkuyu canlının zarar görülebilecek durumlarda ortaya koyduğu duygusal bir tepki olarak görmüştür. Doğuşta temel anksiyete olarak ileri sürdüğü kaygının, ölüm ya da doğa güçleri karşısında meydana geldiğini ileri sürmüştür (Kavut,2018 akt. Köknel,2014:17). Aynı zamanda Horney'e göre "anksiyete; baskı altına alınmış dürtülerimize karşı duyulan korkulardan kaynaklanır. Cinsellik özgün bir anksiyete kaynağı değildir. Anksiyetenin dışarıya boşaldığında kişi için tehlike yaratabilecek dürtülerden kaynaklandığı doğru olmakla birlikte, cinsel dürtülerin tehlikeli varsayılması kişinin içinde yaşadığı kültürün değer yargılarına göre değişir ve bu dürtüler ancak toplumun yasakladığı yerlerde tehlike olarak algılanır. Çocukluk yıllarının anksiyeteleri sonraki anksiyeteler zincirine bir temel oluşturur. Ancak anksiyete tümüyle çocukluk yıllarına ait bir tepki değildir"(Gençtan,2020).

Sullivan'a göre anksiyete erken çocukluk dönemine kadar uzanır. Çocuğa anksiyete bakım vereninden empati yoluyla geçer ve etrafındaki anksiyeteli bireyler yoluyla da anksiyete duygusu gelişir(Özakkaş,2014). Anksiyete duygusunun gelişmesinde bireyin çevresinde ilişki kurduğu kişiler etkilidir. Birey toplumda ilişki kurduğu kişiler tarafından reddedici ve küçük düşürücü tavırlarla karşılaşarsa anksiyete ve güvensizlik duyguları geliştirir(Akdeniz, 2014). Sullivan bireyin anksiyete yaratan olaylardan korunmasını seçici ilgisizlik ve yedek süreçler olarak ikiye ayırır. Seçici ilgisizlik bireyin anksiyete oluşturan olayı seçici bir şekilde bilinçdışından uzaklaştırmasıdır. Yedek süreçler ise anksiyeteye neden olabilecek duygusal tepki yerine başka bir tepki verilmesidir (Gençtan,2020).

Adler'e göre aşağılık duygusu anksiyeteye neden olur ve birey, toplumla ilişkisinde çatışmalar yaşayıp kopmalar olduğunda anksiyete ortaya çıkar

(Erözkan,2012). Anksiyete doğumdan ölüme kadar bireyin hayatında varlığını sürdürür (Çınkır,2019 Kitap).

2.4.2. Bilişsel Davranışçı Bakış Açısı

Mowrer anksiyeteyi koşullanmış korku tepkisi olarak ele almaktadır. Klasik koşullanma ortaya çıkan anksiyete daha sonra canlı organizmanın davranışı pekiştirilmesi ile varlığını sürdürür. Anksiyeteden kaçınmak organizmadaki gerginliği üzerinde engelleyici rol oynadığı için kaçınma davranışının güçlenmesini sağlar (Mowrer,1939). Anksiyete, bundan dolayı özünde ileriye yöneliktir ve canlı organizmaları travmatik olaylar meydana gelmeden önce onunla başa çıkmak için uyarlayabilir ve bu şekilde zararlı etkilerini azaltması nedeniyle büyük bir biyolojik fayda sağlar (Mowrer,1939).

Anksiyeteye nötr olan uyarının acı veren ya da travmatik bir uyarı ile ilişki kurması sonucunda kişilerin benzer uyarılara benzer tepkiler vermesi ile genellenmiştir (Schunk; 2014; Olson ve Hergenhahn, 2016) travmatik yaşantıları, doğrudan bilgi aktarımı ve dolaylı öğrenmeleridir (Rachman,1977). Bilişsel teoriye göre de anksiyetenin temelinde kişinin düşüncelerindeki çarpıtmalar yatmaktadır (Özakkaş,2014).

Bilişsel davranışçı bakış açısına göre, günlük hayatta kişiler başlarından geçen bazı durumları felaketleştirebilir ya da mantık dışı olarak anlamlandırabilirler. Bu anlamlandırma ile yaşadıkları olayın felakete yol açacağına dair gerçek dışı bir inanişe kapılırlar ve bu inanış kaygıya neden olur (Boyacıoğlu ve Küçük,2011).

2.4.3. Varoluşsal Bakış Açısı

Yalom'a göre kişide ölüm, yalnızlık, anlam ve özgürlük olmak üzere dört temel kaygı mevcuttur. Bu dörtlüden ölüm, yaşamla bir arada bulunur (Yalom,2001). Ölüm kaygısı kişinin en temel kaygısıdır. Kişi için ölüm en belirgin varoluşsal kaygıdır (Yalom,2013). Kişi hala varlığını sürdürse de ölümle birlikte sahip olduğu her şey yok olacaktır. Yaşamın içinde ölüm gerçeğinin er ya da geç vuku bulacak olması ve bir yandan da kişinin yaşamının sürüyor olması kişi de bilinç düzeyinde ve bilinç dışında kaygıya neden olur (Tasman,2018).

Rogers'a göre kişinin kendiyle alakalı mevcut bilgileri ile bir olmayan farklı bir bilgiyle karşı karşıya geldiğinde kişide anksiyete ortaya çıkar. Farklı olan bilgi olumlu ya da olumsuz olsun mevcut olan bilgiyle çelişiyorsa kişinin kendilik algısı tehdit edilir. Bu durumda anksiyete kişiyi zorlayıcı bir noktaya ulaşabilir. Roger bunun kişinin bilinçaltı algısı ile alakalı olduğunu ileri sürer (Burger,2006).

2.5. ANKSİYETEYLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Literatürde anksiyete ile depresyon ilişkisi sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Murhp ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada 40 yıl boyunca izlenen anksiyete bozukluğu tanılı hastaların yarısının depresyon belirtileri de gösterdiği gözlemlenmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada herhangi bir anksiyetesi tanısı olan hastaların %68 'inin depresyonda olduğu ortaya konulmuştur (Kessler, Nelson, Gonagle,1996). Ülkemizde hastanede yatarak tedavi gören farklı kliniklerdeki hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların neredeyse yarısında depresyon gözlenirken dörtte birinde anksiyete belirtileri gözlenmiştir. Ayrıca çalışmada yüksek eğitim düzeyinin anksiyete seviyesini düşürdüğü de bulgulanmıştır (Ofraz,Varol,2010). Ancak birçok çalışmada eğitim düzeyi ile anksiyete arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Wittchen ve ark.1994).

Yaygın anksiyete bozukluğunun başlangıç yaşı kadınlarda daha erkendir. Kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu görülen psikiyatrik hastalıkla eş tanıli olma ihtimali erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür(Bal, Çakmak, Uğuz, 2013 akt. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson,1995). Pandemi sürecinde birçok kişi COVID-19 virüsünden kaynaklı korku ve kaygı yaşamıştır(Aktepe,2022). Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı ortaya konulmuştur(Aktepe,2022;Keller,2002). Ülkemizde bir hastaneye ruhsal rahatsızlıklar için başvuran 950 yetişkin hasta ile yapılan bir çalışmada da kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla anksiyete bozukluğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada evli bireylerde bekar bireylere oranla anksiyete düzeyleri daha yüksek bulgulanmıştır (Özcan,Uğuz,Çilli,2006).

Anksiyete ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiye bakılan çalışmalarda gelir düzeyini düşük olan kişilerde hemen hemen anksiyete oranı daha yüksek

bulgulanmıştır (Koçak Uyaroğlu, Bodur; Aydın ve Tiryaki,2017). Yaygın anksiyete bozukluğunun sıklıkla depresyon ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklarla birlikte görüldüğü vurgulanmıştır (Saatçioğlu,2001).

2.6. SOMATİZASYON

2.6.1. Somatizasyon Tanımı

Somatizasyon kelimesini ilk defa 1943 yılında Stekel kullanmıştır (Baylan,2019). Somatizasyon bireylerin üstesinden gelemediği duygusal çatışmalarının bedene yansıtılarak somatik ya da fizyolojik bedensel belirtiler oluşturulmasına denir (Babacan,2003).Somatizasyonu tarihte ilk Mısırlılar fiziksel belirtilerin olmasına karşı tıbbi kökeni olmayan bir rahatsızlık olarak ele almıştır(Ford ve Folks,1985). Somatizasyon Yunanlılar tarafından histeri olarak adlandırılırken, İtalya’da bir okulda tıbbi bir rahatsızlık olarak nitelendirilmiştir (Concard, 1980). Ortaçağ’da ise şeytanlarla ilgili olduğu düşünülmüştür (Stefansson, Messina ve Meyerowitz, 1976). Somatizasyon fiziksel muayeneler sonucunda herhangi bir tıbbi hastalığın varlığına dair kanıtlara ulaşılamamasına rağmen bedensel bir hastalık olma ihtimaline karşı kaygı oluşturmakla birlikte, temelde ruhsal ve sosyal alanda yaşanan sorunlardan kaynaklı tıbbi yardım aramaya devam eden kişilerin içinde bulunduğu durumu nitelemektedir(Sırlılar,2012). Somatizasyonla ilgili literatürde birçok farklı tanımlama bulunmaktadır. Somatizasyon tanımıyla ilgili bir ortaklaşma sağlanamamasına karşın literatürde sıklıkla organik bir nedeni olmayan bedensel semptomlar olarak karşımıza çıkmaktadır(Baylan,2019).

Somatizasyonun görülme sıklığı toplumlara göre değişkenlik göstermektedir. Duyguların dışı vurumu her toplumda aynı düzeyde değildir. İlkel toplumlarda duygusal ve ruhsal yaşantıların beden üzerinden aktarıldığı görülmektedir. İlkel toplumlarda somatik belirtiler gelişmiş toplumlara nazaran daha yüksektir. Kültürel olarak ele alındığında, Doğu kültüründe duygusal dışı vuruş daha az olduğu için bedensel semptomlar daha fazla görülmektedir (Özenli, Yoldaşcan, Topal, Özçürümez,2009).

2.6.2. Tanı Kriterleri

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre somatizasyon şu şekilde tanımlanmıştır:

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir belirti bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

1-Dört ağrı semptomu: En az 4 ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması (Örneğin; baş ağrısı, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstrasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında).

2-İki gastrointestinal (mide-bağırsak) semptom: Ağrı dışında en az iki gastrointestinal belirti öyküsünün bulunması (örneğin; bulantı, şişkinlik, gebelik dışında kusma, diyare ya da birçok yiyeceğin dokunması).

3- Bir cinsel semptom: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili belirti öyküsünün olması, (örneğin; cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakulatuvar işlev bozukluğu, menstrasyonların düzensiz olması, aşırı menstrüel kanama, gebelik boyunca kusma).

4- Bir psödonörolojik semptom: Ağrıyla sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması (örneğin, koordinasyon ya da denge gibi konversiyon belirtileri, felç ya da belirli bir bölgede güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, ürinerretansiyon, varsanılar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırlık, katılmalar, amnezi gibi disosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi).

C. Aşağıdakilerden ya (1) ya da (2) vardır:

1. Yeterli bir incelemeden sonra B ölçütündeki semptomların hiçbiri bilinen genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.

2. İlişkili genel bir tıbbi durum olsa bile fiziksel yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bir bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.

D. Bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür belirtileri varmış gibi davranılmamaktadır (American Psychiatric Association, 2000)

DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)'e göre bedensel belirti bozukluğunun (somatizasyon) tanı ölçütlerine yer verilmiştir. Kişinin bedensel belirti bozukluğu tanısı alması için aşağıdaki belirtilere sahip olması gerekmektedir:

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir veya birden çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.

2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilişkili sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.

3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C. Herhangi bir bedensel belirti sürekli olarak bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (6 aydan daha uzun süreli olarak) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013, s.163).

2.7. Somatizasyona Kavramına Kuramsal Yaklaşım

2.7.1. Analitik Teori

Psikanalizin başından beri beden kavramı sözel olarak ifade edilemeyen duygular ve fantezilerin çıkış noktası olarak ele alınmıştır. Freud'un somatizasyonla ilgili ilk görüşü, somatizasyonun çocukluktaki travma ve istismardan kaynaklandığını şeklindedir. Bu görüşe göre, çocuğun fallik döneminde yaşanmış cinsel bir istismar ya da travmatik bir olay somatizasyonun kaynağını oluşturur. Bedensel şikayetler istismarın ve travmanın bilinçsiz görünümünü temsil eder. Ancak Freud daha sonra bu istismar ve travma öykülerinin çocukluk fantezisi olduğu şeklinde görüşünün değiştirmiştir (Freud 1981, Pribor et al. 1993 akt., Karnoven, 1966).

Somatizasyon, duygusal ve psikolojik sıkıntıların bedensel semptomlarlaşantılanması ve ifade edilmesidir (Busch, 2014). Breuer ve Freud (1893) histerik semptomları genel olarak kabul edilemez bilinçdışı fantezilerin, dürtülerin ve deneyimlenen travmatik olayların beden üzerinden sembolik ifadesi olarak tanımlamışlardır. Somatizasyon, intrapsişik çatışmalara, saldırgan fantezilerin ve dürtülerin bilince çıkmasını önlemek için kullanılan ilkel bir savunma mekanizmasıdır. Birey, boşaltım sağlayamadığı psişik enerjiyi ve duygusal rahatsızlığını bedeni üzerinde yaşantılayıp, beden aracılığıyla boşalım sağlama imkânı bulur (Busch, 2014). Somatizasyona geleneksel psikanalitik bakış açısında anne veya baba ile çatışmalar veya yaşamdaki zorluklar, saldırganlık ve hayal kırıklığının kontrolü ve düzenlenmesi, aynı zamanda bireysel durumlarda etki etmektedir (Mai, 2014).

2.7.2. Bilişsel Teori

Martin ve Pihl somatizasyonu, kişinin stresle ilgili duygularını bilişsel düzeyde düzenlemesi konusundaki başarısızlığı ve stresli durumlara karşı abartılı fizyolojik ve davranışsal tepkilerde bulunma hali olduğunu ileri sürmüştür (Martin & Pihl 1985). Somatizasyonu olan kişilerde normal bedensel tepkilere karşı reaksiyon eşiği düşük ve bedendeki küçük değişimleri yanlış yorumlama ihtimali yüksektir (Fink ve ark. 2005). Barsky, bilişsel yetiyi "somatosensoryel amplifikasyon" terimi ile ifade

etti. Bu ifadeye göre somatizasyon kişinin bedensel duyularını olduğundan çok daha patolojik şekilde deneyimleme eğilimidir (Barsky, 1992 akt., Karnoven,1996).

Sembolik iletişim sözlü iletişimden önce kullanılan ilkel bir iletişim yoludur. Kişiler sözlü iletişimin yetersiz kaldığı anlarda bedensel anlatımdan destek almaktadır. Kişiler duygusal ve ruhsal rahatsızlıklarda da bedenselleştirme ile bedenini iletişim aracı haline getirmektedir (Koptagel-İlal,199 akt.). Kişinin bedenini iletişim aracı haline getirmesi, aleksitimiye yani kişinin duygularını tanımlayamamasına ve ifade edememesine neden olmaktadır (Yeşilkanat,2018).

2.7.3.Öğrenme Teorisi

Öğrenme teorisine göre, davranış deneyim yoluyla öğrenilir. Bu şekilde ödüllendirilen davranış, pekiştirilir ve ödüllendirilmeyen davranış engellenmiş olur. Bu nedenle somatizasyon kişinin sosyal ihtiyaçlarını elde etmek için yaptığı uyumsuz davranışlarından meydana geldiği ileri sürülür(Mai,2004). Kişi çevresinden gözlemlediği şekliyle hastalık davranışını öğrenebilir. Öğrenmiş olduğu hastalık deneyimi somatizasyonunpatogeneğinde önemli bir faktördür.

2.8. Somatizasyonla ilgili Araştırmalar

Literatürde somatizasyonla ilgili çalışmalara batı ülkelerinde sıklıkla rastlanırken ülkemizde somatizasyonla ilgili çalışmalara daha az sayıda rastlanmaktadır.Yazındaki çalışmaların bulgularına göre somatizasyon %90 oranında 25 yaş öncesinde başlarken belirtiler ergenlik döneminde görülmeye başlar (Öztürk,2020). Birçok farklı araştırmanın ortaya koyduğu verilere göre sağlık sistemi içinde nedeni tam olarak bulunamayan somatik şikayetlerle başvuruların oranı %10 ile %30 arasında değişiklik gösterdiğini söylenebilir.

Türkiye’de 804 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada sosyodemografik değişkenlerle somatizasyonun ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya katılım sağlayan üniversite öğrencilerinin %7.7’sinde somatizasyon bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.Somatizasyon bozukluğu ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında katılımcıların cinsiyetinin kadın olması,annenin eğitim seviyesi, aile içinde sözel olarak istismara maruz kalma ve kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın somatizasyon bozukluğu ile ilişkili olduğu

görülmüştür(Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez, 2009). Ergen öğrenciler ile yapılan başka bir çalışmada ise duygu dışavurumunun somatizasyonla kuvvetli bir ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca sosyodemografik değişkenlerle somatizasyon ilişkisine bakıldığında cinsiyetin kız olması,aile içinde kronik fiziksel ya da ruhsal rahatsızlıkların bulunması ve aile içi şiddetin olması somatizasyonla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Eray,Vural ve Çetinkaya,2009).

Cloninger ve ark.(1986) yaptığı bir araştırmada somatizasyon ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınlarda görülen somatizasyon oranı erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağduyu(1994)'nun yaptığı bir çalışmada kadınlarda erkeklerden daha fazla bedensel belirti olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada somatizasyon ve somatoform ağrı bozukluklarının depresyon ile yüksek oranda eş tanı aldığı da bulgulanmıştır. Eğitim seviyesi ile somatizasyon ilişkisi incelendiğinde eğitim seviyesi düşük olan bireylerde somatik semptomların daha fazla görüldüğü bulgulanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde somatizasyon belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Öztürk,2004).

Yaşlılarla yapılan bir çalışmada depresyon ve somatizasyonun bu yaş grubunda birlikte görülme ihtimali göze alınarak anksiyete ve somatizasyon belirtilerin bu yaş grubunda fark edilebilmesinin önemi vurgulanmıştır.Ayrıca bu çalışmada yaş artışının somatizasyonla bağlantılı olmayabileceğini ya da aralarında düşük düzeyde bir ilişkinin olabileceği vurgulanmıştır (Özer,2010). Yapılan çalışmalara göre somatizasyon en sık anksiyete bozukluklarına ve depresyona eşlik etmekte ya da bu durumlarla birlikte ikincil olarak görülmektedir (Özen, Serhadlı, Türkcan,Ülker,2014).

Kültürden kültüre somatizasyonun farklılık gösterip göstermediğine dair literatürde birbirinden farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı araştırmalar etnokültürel toplum ve gruplarda somatizasyonun yaygınlığı yönünde veriler sunmuştur (Kirmayer ve Young, 1998). Ancak yapılan bazı araştırmalarda kültürlerarası gözle görülür bir fark bulunamamıştır.

2.9.UZAMIŞ YAS

2.9.1. Yas Tanımı

Literatürde değer verilen birinin kaybının ardından yaşanan süreci bireysel, toplumsal ve duruma özgü düzeyde olarak anlatan üç kavram vardır. Kavramsal olarak farklı anlamlar içerseler de, sıklıkla birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir (Malkinson, 2009;akt. Bildik, 2013). Kayıp (bereavement), sevilen birini ölüm yoluyla kaybetmenin nesnel durumunu belirtmek için kullanılan bir terimdir (Corr ve Coolican, 2010). Matem(mourning), yaşanan kayıptan dolayı üzülmek ya da üzüntü yaşanan döneme verilen isimdir. Matem, kaybın kültürel tarafını yansıtır ve kültürel tepkileri içerir. Bu süreç, kaybedilen kişiye duyulan üzüntü, yeniden ulaşmaya çalışma ve yeniden yapılanma aşamalarını içermektedir(Bildik, 2013).Yas (grief) ise kişinin kayba karşı verdiği uyum tepkilerini ifade eder ve genellikle kayba verilen duygusal tepkilerle açıklanır. Ancak yas tepkileri fiziksel, psikolojik, davranışsal, sosyal ve ruhsal nitelikte de olabilir (Bildik, 2013; Corr ve Coolican, 2010).

Yaşanılan kayıp sonrasında ortaya çıkan yas tepkileri bir dizi bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal ortak tepkiler içerse de kişiden kişiye farklılıklar da gösterir (Bonanno ve Kaltman, 2001; Benkel vd., 2009). Bu farklılıklar baş etme yöntemleri, kişilik yapısı, hayat tecrübeleri, kişilerarası ilişkileri, kaybedilen kişinin bireyin yaşamındaki yeri ve anlamı yas sürecinin ilerleyişini etkileyen faktörlerdendir (Çelik ve Sayıl, 2003). Kişilerin vermiş olduğu yas tepkileri bir dereceye kadar beklenen olağan bir durumdur (Işıklı vd., 2020).

Kayıp ve yas sürecini anlamak için birçok çalışma yapılmıştır. Bu alanda yapılan öncü çalışmalardan birine sahip olan Lindemann(1944), kayıp yaşayan bireylerin yas sürecini, kaybedilen kişiye dair düşüncelerle meşgul olma, bedensel acı, suçluluk, düşmanca tepkiler ve işlevsellik kaybı olarak ortaya ifade etmiştir (Maraş, 2014). Bowlby ve Parkes'e göre ise yas süreci dört aşamadan oluşmaktadır. Bu dört aşama: aniden oluşan öfke patlamasıyla kesintiye uğrayan tepkisizlik hali, ölen kişiye dair özlem ve arayış, umutsuzluk ve yeniden yapılanmadır (Maciejewski ve vd., 2007; Çelik ve Sayıl, 2003). Kübler-Ross(1975) gelişimin son aşaması olarak tanımladığı ölümün, yas süreci ile kayıp yaşayan kişinin gelişmesini sağlayacak bir

durum olabileceğini belirtmektedir (Kırcalı, 2020). Kübler-Ross yaş süreci için inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul aşamalarını içeren aşama kuramını geliştirmiştir (Maraş, 2014).

Worden ise, yaş sürecini belirli evrelerden oluşan bir süreç yerine, kişinin yaş sürecine uyum sağlayabilmesi için yapması gereken temel görevler olarak tanımlamaktadır (Küçükkaya, 2009). Worden'a göre yasın dört görevi vardır, bu görevler: kaybın gerçekliğini kabul etmek, yasın acısını yaşamak, kaybedilen kişinin olmadığı ortama uyum sağlamak ve kaybedilen kişiyi iç dünyada tekrar konumlandırarak yaşama devam etmektir (Maraş, 2014; Corr ve Doka, 1994).

2.9.2. Uzamış Yas Tanımı

Kayıp sonrasında, kişilerin verdiği tepkiler yaklaşık 6 ay içerisinde azalır ve kişi günlük işlevselliğini tekrar kazanır. Ancak bazı durumlarda yaş süreci normal örüntüsünden belirgin bir sapma gösterebilir (Stroebe ve Schut, 2005; Prigerson ve ark., 2009; Cesur, 2017). Kişinin ölüm gerçeğini kabullenememesi olarak da ifade edilen bu durum; şok, acı, ölümü kabullenmeme, kaybedilen kişiye dair yoğun bir özlem, zihnin sürekli o kişiyle meşgul olması, günlük hayattaki işlevselliğin kaybı gibi semptom ve tepkilerin normal yaş sürecinden daha uzun süreli ve şiddetli olarak tecrübe edilmesidir (Maciejewski vd., 2007; Prigerson vd., 1995). DSM-5 için "komplike yas" (Complicated Grief) adı altında yeni bir tanı kategorisi olarak tartışılan bu durum için "uzamış yas" "travmatik yas" isimleri de kullanılmaktadır (Maraş, 2014).

2.9.3. Tanı Kriterleri

Uzamış yas, DSM-5'te Süreğen Kompleks Yas Bozukluğu adı ve tanı kriterleri ile "araştırma gerektiren alanlar" ile değerlendirilmiştir (APA, 2013). ICD-11'e ise uzamış yas bozukluğu adı ile dâhil edilmiştir (WHO, 2018).

DSM-5'e göre Süreğen Kompleks Yas Bozukluğu tanı kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır:

A. Kişi yakın ilişkisi olan birini kaybetmiştir.

B. Ölümünden bu yana aşağıdaki semptomlardan en az birinin olduğu günler, olmayanlardan fazladır. Bu belirtiler, yetişkinlerde, kayıptan sonraki 1 yıl; çocuklar için ise 6 ay boyunca belirgindir.

1. Süreğen hasret duygusu. Küçük çocuklarda, hasret oyunlarda ve davranışlarda görülebilir. Çocuk ayrılma ve tekrar birleşme ile ilişkili davranışlar sergileyebilir.

2. Kayıp karşısında duyulan yoğun üzüntü ve ızdırıp

3. Zihnin kaybedilen kişi ile meşgul olması

4. Ölüm biçimi ve koşulları ile ilgili zihinsel meşguliyet. Bu zihinsel meşguliyet, çocukların oyun ve davranışlarında ortaya çıkabilir.

C. Ölümünden bu yana, aşağıdaki belirtilerden altı tanesi ya da daha fazlası mevcuttur. Ölümünden bu yana aşağıdaki belirtilerden en az birinin olduğu günler, olmayanlardan fazladır. Bu belirtiler, yetişkinlerde, kayıptan sonraki 1 yıl; çocuklar için ise 6 ay boyunca belirgindir.

Ölüme Tepki Olarak Oluşan İzdırıp

1. Yakınının ölümünü kabullenmekte güçlük. Bu durum, çocuklarda, ölümün anlamını ve geri dönüşsüz olmasını kavrama kapasitesine bağlıdır.

2. Kaybın gerçekliğine inanamama veya duygusal uyuşmuşluk hissi

3. Kaybedilen kişi ile ilişkili olumlu anıları düşünmekte güçlük

4. Kayıpla ilişkili öfke ya da hoşnutsuzluk

5. Kişinin kaybedilen yakın ile ilişkisinde veya ölümden önceki kendi yerine ilişkin olumsuz değerlendirmeler (örn., kendini suçlama)

6. Kaybı hatırlatan nesnelere yoğun kaçınma (örn., kişilerden, yerlerden veya kaybedilen kişi ile ilişkilendirilen durumlardan kaçınma; çocuklarda, kaybedilen kişi ile ilgili düşünce ve hislerden kaçınmayı da kapsar)

Sosyal Alanda Bozulma/ Kimlik Karmaşası

7. Ölen kişi ile kavuşma isteğine bağlı intihar düşünceleri

8. Ölümünden bu yana, insanlara güvenmekte güçlük

9. Yalnızlık ve izolasyon hissi

10. Kaybedilen kişi olmadan yaşamın anlamsız ve amaçsız gelmesi ya da onsuz yaşayamayacağı inancı

11. Yaşamdaki rolüne ilişkin karmaşa veya kimlik kaybı (örn., kişinin yakınının ölümü ile kendisinin bir parçası ölmüş gibi hissetmesi)

12. İlgi alanlarını, ilişkileri devam ettirmekte ve gelecek planları konusunda zorluk ya da isteksizlik (örn., arkadaşlıklar, aktiviteler)

D. Bu belirtiler kişinin yaşamında yoğun ızdırap veya iş, sosyal yaşam gibi önemli alanlarda işlevsellik kaybına yol açmaktadır.

E. Yas tepkileri, kültürel normlara, dini ve yaş normlarına göre olağandan fazladır.

Travmatik kayıp var ise belirtiniz.

Travmatik Kayıp: Cinayet ya da intihara bağlı kayıp ve ölüm biçimine ilişkin ızdırap verici zihinsel meşguliyet (özellikle kaybı hatırlatan durum ya da nesnelere karşılaşıldığında). Bu zihinsel meşguliyet, kaybedilen kişinin son dakikaları, yaraları, çektiği ızdırap ya da ölümün kötücül ve kasıtlı olmasına dair olabilir.

2.10. Uzamış Yas Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar

2.10.1. Psikanalitik Yaklaşım

Freud (1917), Yas ve Melankoli adlı makalesinde normal yas ile melankoliyi birbirinden ayırmıştır. Freud'a göre yas, yas tutan kişinin libidinal enerjisini kaybettiği nesneden ayırıp, hayatındaki diğer nesnelere yöneltme sürecidir (Granek, 2010). Eğer libidinal enerji kaybedilen nesneden çekilip başka bir nesneye yönlendirilemez ise kişi kaybettiği nesne ile ilişkisini sürdürmeye devam eder ve libidinal enerjisi egonun içine çekilir. Benlik değeri düşer ve ego değersizleşir. Freud bu durumu melankoli olarak adlandırmıştır (Cesur, 2012; Keser, 2019). Freud bu durumu patolojik olarak değerlendirmemiştir ancak bu görüşleri birçok kuramcının çalışmalarına etki etmiştir.

2.10.2. Bağlanma Kuramı

John Bowlby'nin 1960'larda oluşturduğu bağlanma teorisi, yas tutma sürecini anlamaya yönelik çalışmalarda kullanılmıştır (Keser, 2019). Bowlby'e (1980) göre, bireylerin kayba nasıl tepki verdikleri, belirli çocukluk deneyimlerine, özellikle ebeveyn bağlanma davranışı modeline bağlıdır. Güvenli bir bağlanma modelinin gelişmesini sağlamak için bağlanma figürü tarafından bebeğe güvenli bir temel

sağlanmalıdır. Çocuk, kendisi ve diğerleri arasında örtük zihinsel ilişki modelleri oluşturur ve bu ilişkilerin nasıl çalıştığına dair şemalar geliştirir. Bu çalışan modeller daha sonra deneyimleri yorumlamak için rehber olur ve dünyayı görme yolları olarak kullanılır (Stroebe vd., 2005). Shaver ve Tancredy (2001), güvenli bağlanan bireylerin bağlanmayla ilgili duygusal anılara zorlanmadan erişebildiğini ve bunları tutarlı bir şekilde tartışabildiğini açıklamıştır. Bu örüntüye uygun olarak, önemli bir ilişki partnerinin kaybına duygusal olarak tepki verirler, ancak kederden bunalmış hissetmezler. Bu nedenle, güvenli bağlanan bireylerin, alışılmadık şekilde uzamış bir yas geçirmedikleri sürece, yaşla ilişkili komplikasyonlara maruz kalmaları olası değildir (Stroebe vd., 2005). Wayment ve Vierthaler (2002), kaygılı bağlanan bireylerin, önemli bir kişinin ölümünden sonra daha yüksek düzeyde yas ve depresyon bildirdiklerini bulmuşlardır (Varol vd., 2021). Field vd.(2005)göre, kaçınan bağlanan kişiler dışlayıcı baş etmelerinden dolayı yas ve uzamış yas sürecinde yaşadığı kaybın acı duygu ve düşüncelerini dışlamakta ve yeni hayat koşulları için baş etme becerilerini geliştirememektedir. Bu durum kişinin bağlanma ile ilgili şemalarını onaramaması ve kaybın gerçekliğini kabul etmemesine yol açmaktadır (Arıcı, 2014).

2.10.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Janoff-Bulman'a(1989,1992) göre insanlar, yaşamın ilk yıllarından itibaren kendileri ve dünya hakkında bazı temel inanç ve varsayımlar geliştirmiştir. Bu temel varsayımlar duyguları düzenleyebilme, dünyayı anlamlandırabilme, sağlıklı ilişkiler kurabilme ve günlük hayattaki işlevselliği sürdürebilmek için oldukça gereklidir (Keser, 2019). İnsan bilişsel düzeyde, herkesin bir gün öleceğini bilmesine rağmen bir gün kendisinin veya sevdiklerinin başına geleceğine inanmaz (Janoff-Bulman, 1989). Bu nedenle ölüm insanların kendilerine ve dünyaya dair varsayımlarının yıkılmasına neden olabilir. Özellikle de birdenbire olan ve şiddet içeren bir kayıp yaşayan kişinin var olan dünya algıları temelinden sarsılabilir (Schwartzberg ve Janoff-Bulman, 1991; Fleming ve Robinson, 2001;akt. Cesur, 2012). Kayıp sonrası yıkılan varsayımların yeniden inşa edilmesi uzun ve zor bir süreçtir. Janoff-Bulman (1992) yeniden inşa edilemeyen bu varsayımların patolojik yas süreci için risk

oluşturduğunu ifade etmiştir (Cesur, 2017). Ayrıca kayıp yaşayan bireylerin olumsuz inanç ve yorumlamaları karmaşık yas belirtilerine neden olabilir, ruminasyon ve kaçınma gibi işlevsel olmayan baş etme yöntemleri oluşmasını sağlayabilir ve yaşanan kaybın otobiyografik belleğe entegre olmasını önleyebilir (Boelen ve ark., 2006; Neimeyer, 2006; akt. Maraş, 2014).

2.11. Uzamış Yas İle İlgili Araştırmalar

Literatür incelendiğinde uzamış yas kavramının çok eski bir kavram olmadığı ve bu nedenle de ülkemizde çok sayıda çalışma yapılmadığı görülmektedir.

Lundurff vd. (2020) tarafından yapılan araştırmada uzamış yas ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkekler uzun süreli yası akut, azalan bir tepki olarak gösterirken, kadınlar ertelenmiş, artan yas tepkisi gösterdiği tespit edilmiştir.

Uzamış yas ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Szanto vd. (2006) yaptığı çalışmada sevilen birinin ölümünden sonra ölmeyi isteme düşüncelerinin katılımcıların %65'i tarafından bildirilmiştir. Yapılan araştırmada uzamış yas semptomlarının şiddeti ve intihar girişimi öyküsünün, kayıp sonrası intihar davranışı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Baker vd. (2016) tarafından yapılan araştırma da uzamış yası olan bireyler arasında yüksek intihar oranları tespit edilmiştir ve %63'ü sevilen birinin ölümünün ardından ölmek istediğini bildirmiştir.

Türkiye'de birinci dereceden 212 yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada ayrılma-bireyleşme süreçlerindeki problemler ve duygu düzenleme güçlüklerinin uzamış yas belirtilerini ne ölçüde yordadığı incelenmiştir. Çalışmanın sonunda duygu düzenleme süreçlerindeki zorluklardan duygusal açlığın yas sürecini uzamış bir duruma getirebilecek bir faktör olduğu tespit edilmiştir (Cesur Soysal, 2021).

Kaygı duyarlılığı ile uzamış yas arasındaki ilişkiye bakan bir araştırmada uzamış yası olan yetişkinlerin, uzamış yası olmayanlara göre yüksek kaygı duyarlılığı sergilediği saptanmıştır (Robinaugh vd., 2014).

Çocuklarla ilgili olarak yapılan bir araştırmada, ebeveyninin kaybını yaşamış çocukların kayıptan 33 ay sonra yas tepkileri incelenmiştir. Yapılan araştırmanın

sonucunda bu çocukların %10'unun uzamış yas tepkisi gösterdiği tespit edilmiştir.
(Fiorelli, 2002; akt. Mukba, 2020)



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, “ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak hazırlanmıştır. İki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırma ilişkisel tarama modeli baz alınarak uygulanmıştır. Örneklem seçimi seçkisiz örneklem seçim türüne göre yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme evreni olarak kabul edilmiştir. Araştırma evrenini Türkiye'nin çeşitli illerinde yaşayan COVID-19 salgını sırasında yakınına kaybetmiş yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır. Araştırma veri toplama süreci 2021 yılında gerçekleşmiştir. Katılımcı olma kriterleri; COVID-19 salgını sırasında yakınına kaybetmiş yetişkin bireyler olmak olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Sosyodemografik Form, Uzamış Yas Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi(GAD)-7 (Yaygın Anksiyete), Hasta Sağlık Anketi(PHQ)- 9 (Depresyon) ve Hasta Sağlık Anketi(PHQ)-15 (Somatizasyon) uygulanmıştır. Veriler WhatsApp, Facebook, Instagram ve diğer sosyal medya hesapları üzerinden katılımcılardan online olarak alınmıştır. Çalışma gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülmektedir. Veri toplama süreci her bir katılımcı için 10 dakika olarak belirlenmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik Form

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar hakkında tanımlayıcı bilgiler edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formdur. Formdaki 12 soru aracılığıyla katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, kaybettiği kişi ya da kişiler ile yakınlığı, kaybettiği kişi ya da kişilerin hangisinin onu en fazla etkilediği, kaybettiği kişinin cenaze törenine katılıp katılmadığı, kaybettiği kişinin mezarını ziyaret edip

edemediği ve kaybettiği kişiyi hastanede ziyaret edip edemediği gibi bilgilere ulaşabilmek hedeflenmiştir.(EK-A)

3.3.2. Uzamış Yas Ölçeği

Prigerson ve Maciejewski tarafından 2009 yılında geliştirilen Uzamış Yas Ölçeği toplamda 13 maddeden oluşan, hem Uzamış Yas Bozukluğu tanısı koymak hem de uzamış yas belirtilerinin şiddetini ölçmek için kullanılabilen tek boyutlu bir ölçüm aracıdır. Ölçek Işıklı ve Keser (2019) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Uzamış Yas Ölçeği'nde yer alan 13 maddenin 11 tanesi 5'li Likert tipi (1 – Hiç, 5 - Günde birçok kez), 2 tanesi ise 'evet-hayır' şeklinde cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır. Uzamış Yas Ölçeği'nde yer alan 11 madde ölen kişiyi arzulama, hasret çekme, özleme, ızdırap çekme, üzüntü, keder, afallama, şaşırma, hayrete düşme, rol karmaşası, kaybı kabullenmekte güçlük, başkalarına güvenememe, hayata devam edemeyeceği hissi, hissizleşme ve boşluk-anlamsızlık gibi belirtileri değerlendirmektedir. Ölçeğin 11 maddesinden alınan toplam puanlardaki artış uzamış yas belirtilerinin şiddetindeki artışa işaret etmektedir. Ölçekte yer alan 'evet-hayır' soruları ise belirtilerin süresini ve sosyal-mesleki işlevsellikte bozulmanın olup olmadığını değerlendirmektedir. (EK-B)

3.3.3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ)-15 (Somatizasyon)

En yaygın 15 somatik semptomu içeren bu ölçek Kroenke ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda genel nüfustaki somatik belirtileri saptamak için PHQ-15 ölçeğinin kullanılması önerilmiştir. Türkçe geçerlik- güvenirlilik çalışması Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplamda Cronbach Alpha katsayısı somatizasyon alt boyutu için .82 olarak belirlenmiştir. Ölçek "karın ağrısı" "sırt ağrısı" şeklindeki soru maddelerine (0) "Hiç rahatsız olmadım", (1) "Biraz rahatsız oldum" ve (2) "Çok rahatsız oldum" şeklinde cevap seçenekleri sunmaktadır. (EK-C)

3.3.4. Hasta Sağlık Anketi (GAD)-7 (Yaygın Anksiyete)

Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiş, yaygın anksiyete bozukluğunu değerlendiren kısa, öz bildirim şeklinde doldurulan bir testtir. Son 2 hafta içindeki ölçek maddelerinde sorulan yaşantıları değerlendiren 7 maddeli dörtlü likert (0=hiç,

1=Birçok gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün), kağıt-kalem tipi bir ölçektir. Ölçekten edinilen toplam puanlar 5, 10, ve 15 sırasıyla hafif, orta ve ciddi anksiyete için kesme noktalarıdır. Toplam puanı 10 ve üzerinde alan hastaların, diğer yöntemlerle YAB tanısının araştırılması ve doğrulanması gereklidir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği Konkan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için maddelerin iç tutarlılığını tespit etmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. YAB-7 toplam puanı için Cronbach's alpha değeri 0,852 bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. (EK-C)

3.3.5. Hasta Sağlık Anketi (PHQ)- 9 (Depresyon)

Hasta Sağlık Anketi ölçeğinin depresyon taraması için hazırlanan alt ölçeğidir. Yalnızca depresyon taraması amacı ile değil, depresyonun şiddetini ve süreç içinde yapılan tedaviye alınan klinik yanıtı takip etmek amacı ile de kullanılabilir. Hasta Sağlık Anketi-9'un duyarlılığı %71,4 duyarlılığı, özgüllüğü %91,9, pozitif kestirim değeri %55,2 ve negatif kestirim değeri %93,7 olarak bulunmuştur. Hasta Sağlık Anketi-9 depresif bozukluk tanısı ile ilgili toplam dokuz sorudan oluşmaktadır. (EK-D)

3.4. Verilerin Analizi

3.4.1. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25 İstatistik Paket Programı ile %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk One Sample Kolmogrov Smirnov ve Spiro Wilk testleri ile değerlendirildi. Veriler normal dağılım göstermediğinden non-parametrik hipotez testleri uygulandı. Ölçek skorları ile iki gruplu olan karşılaştırmalarda Mann Whitney-U testi , üç veya daha fazla gruplu olan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Testin sonuçlarına göre farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Bonferroni düzeltmesi ile araştırıldı. Ölçek skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile değerlendirildi. Korelasyon

katsayısına (r) göre; $r=0-0,2$ çok zayıf; $r=0,2-0,4$ zayıf; $r=0,4-0,6$ orta; $r=0,6-0,8$ kuvvetli; $r \geq 0,8$ çok kuvvetli derecede değişkenler arasında ilişki olarak alındı.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Tüm katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	109	67,7
	Erkek	52	32,3
Medeni Durum	Evli	81	26,8
	Bekar	80	26,5
Eğitim	Okuryazar	1	0,6
	İlkokul	13	8,1
	Ortaokul	5	3,1
	Lise	32	19,9
	Üniversite	98	60,9
	Yüksek Lisans	12	7,5
Gelir Durumu	2800₺ ve altı	41	25,5
	2800₺-3500₺	26	16,1
	3501₺-5000₺	34	21,1
	5001₺ ve üzeri	60	37,3
Psikiyatrik Tanı	Evet	22	13,7
	Hayır	139	86,3
	Anne	12	7,5
	Eş	4	2,5
Kayı Sizi En Fazla Etkileyen Kişi	Aile dışında yakın akraba	77	47,8
	Baba	7	4,3
	Kardeş	6	3,7
	Dost-yakın arkadaş	55	34,2
Kaybettiğiniz Kişinin Ölüm Nedeni	COVID-19	57	35,4
	Diğer nedenler	51	31,7
	Covid19 ve Diğer Nedenler	53	32,9
Cenaze Töreni	Evet	65	40,4
	Hayır	96	59,6
Mezar Ziyareti	Evet	68	42,2
	Hayır	93	57,8
Hastane Ziyareti	Evet	27	16,8
	Hayır	134	83,2
Aynı Şehirde mi Yaşıyordunuz	Evet	93	57,8
	Hayır	68	42,2

Çalışmaya gönüllü olarak “COVID-19 pandemisi sırasında yakınına kaybetmiş” toplam 161 birey katıldı. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ayrıntılı olarak incelendiğinde cinsiyete göre 109(%67,7)kadın, 52(%32,3) erkek; medeni duruma göre 81(%49,3) evli 80(%50,7) bekar; eğitim durumuna göre 1(%0,6) okuryazar, 13 (%8,1) ilkokul, 5 (%3,1) ortaokul, 32 (%19,9) lise, 98 (%60,9) üniversite, 12 (%7,5) yüksek lisans; gelir durumuna göre 41 (%25,5) 2800₺ ve altı, 26 (%16,1) 2800₺-3500₺, 34 (%21,1) 3501₺-5000₺, 60 (%37,3) 5001₺ ve üzeri; psikiyatrik tanıya göre 22 (%13,7) evet, 139 (%86,3) hayır; kaybı sizi en fazla etkileyen kişiye göre 12 (%7,5) anne, 4 (%2,5) eş, 77 (%47,8) aile dışında yakın akraba, 7 (%4,3) baba, 6 (%3,7) kardeş, 55 (%34,2) dost-yakın arkadaş; kaybettiğiniz kişinin ölüm nedenine göre 57 (%35,4) COVID-19, 51 (%31,7) diğer nedenler, 53 (%32,9) COVID-19 ve diğer nedenler; cenaze törenine göre 65 (%40,4) evet, 96 (%59,6) hayır; mezar ziyaretine göre 68 (%42,2) evet, 93 (%57,8) hayır; hastane ziyaretine göre 27 (%16,8) evet, 134 (%83,2) hayır; aynı şehirde mi yaşıyordunuz’a göre 93 (%57,8) evet, 68 (%42,2) hayır şeklinde olmak üzere dağılımları Tablo 4.1.’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Mann-Whitney U test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Cinsiyet					
UYÖ	Kadın	30	22 – 38	2247,500	-2,122	0,034
	Erkek	26	20 – 32,75			
PHQ15	Kadın	11	5 – 16	1964,500	-3,147	0,002
	Erkek	7	3 – 11,75			
PHQ9	Kadın	7	3 – 15	2407,000	-1,547	0,122
	Erkek	7	1,25 – 12			
GAD7	Kadın	7	3 – 12	2199,500	-2,300	0,021
	Erkek	4,500	1,25 – 10			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Cinsiyete göre karşılaştırıldığında UYÖ skorları toplamında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,05$). PHQ15 ölçeğinin skorlar toplamına bakıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,01$).GAD7 ölçeğinin skorlar toplamına bakıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). PHQ9 ölçeğinin skorlar toplamına bakıldığında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır(Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Örneklem Grubunun Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Medeni Durum					
UYÖ	Evli	30	22 – 40	2839,500	-1,355	0,175
	Bekar	27	21 – 34			
PHQ15	Evli	9	4 – 15	3147,500	-0,313	0,754
	Bekar	8	4 – 14			
PHQ9	Evli	7	3 – 15	3178,500	-0,208	0,835
	Bekar	8	3 – 14			
GAD7	Evli	6	2 – 12	3100,00	-0,475	0,635
	Bekar	7	3 – 10,75			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Medeni duruma göre ölçek toplam skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır(Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Örneklem Grubunun Bir Hekim Tarafından Konmuş Psikiyatrik Hastalık Tanısı Aldınız Mı Sorusuna Göre Mann-Whitney U test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Psikiyatrik Tanı					
UYÖ	Evet	29	21,75 - 37	1449,500	-0,392	0,695
	Hayır	27	21 - 35			
PHQ15	Evet	12,500	8,25 – 19	1106,500	-2,082	0,037
	Hayır	8	4 – 15			
PHQ9	Evet	10,50	4,75 – 17,25	1050,500	-2,360	0,018
	Hayır	7	3 - 13			
GAD7	Evet	9	5 – 14	1178	-1,732	0,083
	Hayır	6	3 - 11			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Bir hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı sorusuna göre ölçek total skorları değerlendirildiğinde PHQ15 ve PHQ9 ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur($p < 0,05$)(Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. : Örneklem Grubunun Kaybedilen Kişinin Cenaze Törenine Katılabilme Durumuna Göre Mann-Whitney U test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Cenaze Töreni					
UYÖ	Evet	31	25 – 40	2247	-3,010	0,003
	Hayır	26	20 – 33,75			
PHQ15	Evet	10	5 – 14	2898	-0,766	0,444
	Hayır	9	4 - 15			
PHQ9	Evet	6	3,50 – 14,50	2692,50	-1,476	0,140
	Hayır	6,50	2 – 14			
GAD7	Evet	8	3 – 12	2688	-1,492	0,136
	Hayır	6	2 – 11			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Kaybettiğiniz kişinin cenaze törenine katılabildiniz misorusuna göre incelendiğinde UYÖ total skor dağılımında anlamlı farklılık bulunmuştur($p<0,01$)(Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Örneklem Grubunun Kaybedilen Kişinin Mezarını Ziyaret Etme Durumuna Göre Mann-Whitney U test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Mezar Ziyareti					
UYÖ	Evet	34	25 – 41,75	1954	-4,137	0,000
	Hayır	26	20 – 32			
PHQ15	Evet	11	5,25 – 15	2753,500	-1,400	0,162
	Hayır	7	4 – 15			
PHQ9	Evet	8,50	3 – 15	2638,500	-1,795	0,073
	Hayır	6	2 – 12,50			
GAD7	Evet	8	3 – 12	2600	-1,929	0,054
	Hayır	6	2 – 10,50			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Kaybettiğiniz kişinin mezarını ziyaret edebildiniz mi sorusuna göre değerlendirildiğinde UYÖ total skor dağılımında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$)(Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Örneklem Grubunun Kaybedilen Kişinin Ölümünden Önce Hastanede Ziyaret Edebildiniz mi Sorusuna Göre Mann-Whitney U Test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Hastane Ziyareti					
UYÖ	Evet	35	26 – 44	1081,500	-3,294	0,001
	Hayır	27	20,75 – 34			
PHQ15	Evet	11	5 – 17	1467	-1,549	0,121
	Hayır	9	4 – 15			
PHQ9	Evet	10	3 – 15	1427,500	-1,730	0,084
	Hayır	6,50	3 – 14			
GAD7	Evet	8	4 – 12	1451	-1,624	0,104
	Hayır	6	2 – 11			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Kaybettiğiniz kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret edebildiniz mi sorusuna göre değerlendirildiğinde UYÖ total skor dağılımında anlamlı farklılık bulunmuştur(p=0,001)(Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Örneklem Grubunun Kaybettiğiniz kişi ile aynı şehirde mi yaşıyordunuz sorusuna Göre Mann-Whitney U Test Dağılımı

		Medyan	Çeyrekler Açıklığı	U	Z	p
	Aynı Şehir					
UYÖ	Evet	29	21,50 – 35,50	2934	-0,781	0,435
	Hayır	27	21,25 – 35			
PHQ15	Evet	9	4 – 15	3158	-0,014	0,989
	Hayır	9	5 – 14,75			
PHQ9	Evet	8	3 – 14	3046	-0,398	0,691
	Hayır	6	2,25 – 13,75			
GAD7	Evet	7	2 – 12	3078,500	-0,287	0,774
	Hayır	6,50	3 – 11			

Mann-Whitney U test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Kaybettiğiniz kişi ile aynı şehirde mi yaşıyordunuz sorusuna göre ölçek total skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır(p<0,05)(Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Örneklem Grubunun Eğitim Seviyesine Göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı

	Gruplar	Medyan	Çeyrekler Açıklığı	χ^2	Serbestlik Derecesi	p	Gruplar Arası Fark
	Okur-yazar						
	İlk okul	33	28 – 41,50				
	UYÖ-Eğitim Seviyesi			4,310	5	0,506	
	Ortaokul	39	18 – 46,50				
	Lise	27,50	22,25 – 33,75				
	Üniversite	27	21 – 35,25				
	Yüksek Lisans	27	21,50 -34,50				
	Okur-yazar						
	İlk okul	12	8 – 17				
	PHQ15-Eğitim Seviyesi			5,908	5	0,315	
	Ortaokul	3	1 – 19,50				
	Lise	8,50	4 – 13,75				
	Üniversite	9	4 - 15				
	Yüksek Lisans	10	7 – 15,25				
	Okur-yazar						
	İlk okul	7	3 – 10,50				
	PHQ9-Eğitim Seviyesi			3,342	5	0,647	
	Ortaokul	4	3,50 – 12,50				
	Lise	7	2 – 14,75				
	Üniversite	7	3 – 14				
	Yüksek Lisans	9,50	3,75 – 14,75				
	Okur-yazar						
	İlk okul	10	5 – 11,50				
	GAD7-Eğitim Seviyesi			3,960	5	0,555	
	Ortaokul	3	1 – 12,50				
Lise	6	3 - 11					
Üniversite	7	2,75 - 12					
Yüksek Lisans	7,50	4 – 10					

Kruskal Wallis-H Test; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Eğitim seviyesini sorgulayan sorulara göre ölçek skorlarının total puanlarının karşılaştırılmasıyla gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p<0,05$)(Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Örneklem Grubunun Gelir Durumuna Göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı

	Gruplar	Medyan	Çeyrekler Açıklığı	χ^2	Serbestlik Derecesi	p	Gruplar Arası Fark*
UYÖ- Gelir Durumu	2800₺ ve altı	24	20,50 – 33,50	9,370	3	0,025	2800₺ ve altı – 3501₺-5000₺
	2801₺-3500₺	34	24,70 – 42,25				2800₺ ve altı – 2801₺-3500₺
	3501₺-5000₺	29	26 – 35,20				
	5001₺ ve üzeri	27	20 – 37,50				5001₺ ve üzeri – 2801₺-3500₺
PHQ15- Gelir Durumu	2800₺ ve altı	11	5 – 16	2,038	3	0,565	
	2801₺-3500₺	8,500	5 – 15,50				
	3501₺-5000₺	8,500	3 – 16,25				
	5001₺ ve üzeri	8	4 – 13,75				
PHQ9- Gelir Durumu	2800₺ ve altı	9	4,50 – 14	2,969	3	0,396	
	2801₺-3500₺	7	3 – 13,75				
	3501₺-5000₺	7	3,75 – 15				
	5001₺ ve üzeri	5,500	2 – 13,75				
GAD7- Gelir Durumu	2800₺ ve altı	8	5 – 11	5,134	3	0,162	
	2801₺-3500₺	6	3,75 – 12				
	3501₺-5000₺	6,500	2 – 12,50				
	5001₺ ve üzeri	4	1 – 10				

Kruskal Wallis-H Test; *Gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmesi ile belirlenmiştir. ; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Gelir durumuna göre UYÖ skorlarının karşılaştırılmasıyla gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur.Bu anlamlı farkın hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklı olduğunu tespit etmek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. 2800₺ ve altı ile 3501₺-5000₺, 2800₺ ve altı ile 2801₺-3500₺, 5001₺ ve üzeri ile 2801₺-3500₺ TL gelir durumu olanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur(p<0,05)(Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. Örneklem Grubunun Kaybı Sizi En Fazla Etkileyen Kişi Sorusuna Göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı

	Gruplar	Medyan	Çeyrekler Açıklığı	χ^2	Serbestlik Derecesi	p	Gruplar Arası Fark*	
UYÖ- Kaybı En Fazla Etkileyen	Anne	33	24,75 – 47,75	22,7707	5	0,000	Aile Dışında Yakın Akraba – Anne	
	Eş	41,500	30 – 50,75					
	Aile Dışında Yakın Akraba	26	20 – 32,50					
	Baba	40	31 - 44					
	Kardeş	42,50	28,50 – 46,50					
	Çocuk							
	Dost-Yakın Arkadaş	29	21 - 35					Aile Dışında Yakın Akraba – Kardeş
								Aile Dışında Yakın Akraba – Eş
								Dost-Yakın Arkadaş – Kardeş
								Dost-Yakın Arkadaş – Eş
PHQ15- Kaybı En Fazla Etkileyen	Anne	10	5,50 – 21,75	6,454	5	0,264		
	Eş	17,500	5,50 – 23,50					
	Aile Dışında Yakın Akraba	8	4 – 14,50					
	Baba	12	6 - 13					
	Kardeş	13	11,75 – 14,25					
	Çocuk							
	Dost-Yakın Arkadaş	9	2 - 15					
PHQ9- Kaybı En Fazla Etkileyen	Anne	13,500	6 – 18	10,422	5	0,064		
	Eş	14	5,50 – 16,50					
	Aile Dışında Yakın Akraba	7	3 – 13,50					
	Baba	7	2 - 10					
	Kardeş	11,500	6,75 – 17,50					
	Çocuk							
Dost-Yakın Arkadaş	5	2 - 14						
GAD7- Kaybı En Fazla Etkileyen	Anne	9	3,25 – 13,75	7,612	5	0,179		
	Eş	10	2,25 - 17					
	Aile Dışında Yakın Akraba	7	3 - 11					
	Baba	8	3 - 10					
	Kardeş	11	6,75 – 16,50					
	Çocuk							
Dost-Yakın Arkadaş	5	1 - 10						

Kruskal Wallis-H Test; *Gruplar arası farklılık Bonferroni düzeltmesi ile belirlenmiştir. ; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Kayı en fazla etkilen kişiyi sorgulayan sorulara göre UYÖ skorlarının karşılaştırılması sonucu gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur($p<0,001$). Bu anlamlı farkın hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Aile dışında yakın akraba ile anne, aile dışında yakın akraba ile baba, aile dışında yakın akraba ile kardeş, aile dışında yakın akraba ile eş, dost-yakın arkadaş ile kardeş ve dost- yakın arkadaş ile eş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur(Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. Örneklem Grubunun Kaybedilen kişinin ölüm nedenine göre Kruskal Wallis-H Test Dağılımı

	Gruplar	Medyan	Çeyrekler Açıklığı	χ^2	Serbestlik Derecesi	p	Gruplar Arası Fark
UYÖ- Ölüm Nedeni	COVID-19	28	21,50 – 36	2,553	2	0,279	
	Diğer Nedenler	30	10 – 40				
	COVID-19 ve Diğer Nedenler	26	20,50 – 33,50				
PHQ15- Ölüm Nedeni	COVID-19	8	3 – 15	2,754	2	0,252	
	Diğer Nedenler	10	7 – 15				
	COVID-19 ve Diğer Nedenler	9	3 – 15				
PHQ9- Ölüm Nedeni	COVID-19	5	2 – 10,50	4,600	2	0,100	
	Diğer Nedenler	7	3 – 15				
	COVID-19 ve Diğer Nedenler	8	3,50 – 14				
GAD7- Ölüm Nedeni	COVID-19	5	1,50 – 10,50	3,304	2	0,192	
	Diğer Nedenler	8	3 – 12				
	COVID-19 ve Diğer Nedenler	7	2 – 10,50				

Kruskal Wallis-H Test; UYÖ:Uzamiş Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Kaybedilen kişinin ölüm nedenini sorgulayan sorular ile skor dağılımlarına bakıldığında gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır($p<0,05$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. UYÖ, PHQ15, PHQ9ve GAD7 skorlarının korelasyonu

		UYÖ	PHQ15	GAD7	PHQ9
UYÖ	r		0,391*	0,384*	0,368*
	p		0,000	0,000	0,000
PHQ15	r	0,391*		0,728**	0,706**
	p	0,000		0,000	0,000
GAD7	r	0,384*	0,728**		0,823***
	p	0,000	0,000		0,000
PHQ9	r	0,368*	0,706**	0,823***	
	p	0,000	0,000	0,000	

Spearman korelasyonu; r: korelasyon katsayısı; * $r=0,2-0,4$ zayıf ilişki; ** $r=0,6-0,8$ kuvvetli ilişki; *** $r>0,8$ çok kuvvetli ilişki; UYÖ:Uzamış Yas Ölçeği; PHQ15:Hasta Sağlık Anketi-15(Somatizasyon); PHQ9: Hasta Sağlık Anketi-9 (Depresyon);GAD7:Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7(YAB-7)

Spearman korelasyon analizine (Tablo 13) göre UYÖ skorları ile PHQ15, GAD7 ve PHQ9 skorları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir (Sırası ile $r=0,391, 0,384, 0,368$; $p<0,001$). PHQ15 skorları ile GAD7 ve PHQ9 skorları arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki olduğu saptanmıştır (Sırası ile $r=0,728, 0,706$; $p<0,001$). PHQ9 ve GAD7 skorları arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,823$; $p<0,001$) (Tablo 4.13.).

TARTIŞMA

Yaptığımız araştırmada COVID-19 pandemisi sırasında yakınını kaybetmiş 161 birey üzerinde çalışılmıştır. Yapılan bu çalışmada birincil amaç yakınını kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas kavramları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve literatürde bu alanla ilgili eksikliğin giderilmesidir. Literatür incelendiğinde, COVID-19 pandemisi sırasında yakınını kaybetmiş kişiler üzerinde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas ölçeklerinin değerlendirilmesi ve ilişkisinin incelenmesi bu çalışmanın yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle COVID-19 pandemisi sırasında yakınını kaybetmiş kişiler üzerinde yapılan bu çalışma literatür açısından yenilik arz etmektedir.

Bu çalışmada araştırmaya dâhil olan 161 katılımcının %67,7' si kadın %32,3'si erkektir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %49,3' ü evli %50,7'si bekarıdır. Araştırmaya dahil olan katılımcıların eğitim durumları; %60,9'u üniversite, %19,9'u lise, %8,1'i ilkokul, %7,5'i yüksek lisans, %3,1'i ortaokul ve %0,6'sı okuryazardır. Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde %25,5'i 2800₺ ve altı %16,1'i 2800₺-3500₺ %21,1'i 3501₺-5000₺ %37,3'ü 5001₺ ve üzeridir. Katılımcıların bir hekim tarafından psikiatrik tanı almış olma durumlarına bakıldığında büyük çoğunluğunun %86,3'ünün hayır %13,7'sinin evet olduğu görülmektedir. Araştırmaya dahil olan katılımcıların kaybından en fazla etkilendikleri kişi %7,5'i anne %2,5'i eş %47,8'i aile dışında yakın akraba %4,3'ü baba %3,7'si kardeş %34,2'si dost-yakın arkadaştır. Katılımcıların kaybettiği kişilerin ölüm nedeni %35,4 Covid-19 %31,7, diğer nedenler %32,9 ve COVID-19ve diğer nedenlerdir. Katılımcıların %40,4'ü kaybettiği kişinin cenaze törenine katılmıştır. Katılımcıların %42,2'si kaybettiği kişinin mezarını ziyaret etmiş %57,8'i etmemiştir. Araştırmaya dahil olan katılımcıların %16,8'i kaybettiği kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret etmiştir. Katılımcıların %57,8'i kaybettiği kişiyle aynı şehirde %42,2'si farklı şehirde yaşamaktadır.

Çalışmamız bulgularında cinsiyete göre uzamış yas, somatizasyon ve yaygın anksiyete toplam skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bunun yanı sıra depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı fark görülmemiştir. Çalışmamız bulgularına göre kadın katılımcılarda erkek katılımcılara oranla daha fazla uzamış yas belirtileri, somatik semptomlar ve anksiyete belirtileri gözlenmektedir. Çalışmamız pandemi esnasında yapıldığı için depresyon ve cinsiyet arasında ilişki bulunamamasının sebebi olarak; tüm dünyada ve ülkemizde COVID-19 salgınının evrensel bir nitelik taşımasıyla, bireylerin cinsiyet fark etmeksizin sosyal izolasyona maruz kalmasıyla ve salgının getirdiği kısıtlamaların bireyleri çaresizlik ve umutsuzluk hissine sürüklemesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde kadın olmanın uzamış yas ile ilişkili olduğu görülmektedir (Burke ve Neimeyer, 2013). Çalışmamız bulgularına göre kadın katılımcılarda erkek katılımcılara oranla daha fazla uzamış yas belirtileri gözlenmektedir. Kadınların erkeklere kıyasla üzücü ve yıkıcı durumlar karşısında daha hassas oldukları, daha fazla duygusal ve davranışsal tepki verdikleri (Merikangas, 2007) bilinmektedir. Tüm bu faktörler dikkate alındığında kadınların uzamış yas belirtilerinin erkeklere göre daha yoğun olduğu düşünülebilir (Maciejewski ve ark., 2001).

Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde, kadınların erkeklere kıyasla daha çok somatik semptomlar sergilediğini göstermektedir. Bu çalışmada katılımcıların toplam skor puanları açısından literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamız bulguları incelendiğinde kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla daha fazla somatik semptomlar sergilediği görülmüştür. Kadınların erkeklere kıyasla daha fazla somatik semptom sergilemesinin nedeni kadınların olumsuz duygularını erkeklere oranla daha fazla bedenselleştirmeleri ile ilgili olabileceği şeklinde düşünülebilir (Çermik, Çevik, Soykan ve Aksakal, 1999).

Literatürde anksiyete ile cinsiyet arasındaki doğrudan ilişki gösterilmiştir (Keller MB, 2002). Yapılan çalışmada katılımcıların toplam skor puanları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamız bulguları incelendiğinde kadın katılımcılarda erkek katılımcılara kıyasla daha fazla anksiyete belirtileri görülmüştür. Uzamış yas belirtilerinin kadınlarda daha fazla olmasının bir nedeni kadınlarda daha fazla anksiyete belirtilerinin olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamız bulgularında bir hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısına göre somatizasyon ve depresyon arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamız bulgularına bakıldığında psikiyatrik tanı almış bireylerin psikiyatrik tanı almamış bireylere kıyasla daha fazla somatik semptomlar ve depresif belirtiler sergilediği görülmüştür. Literatürde somatizasyon ve depresyon arasında ilişki olduğu görülmüştür (Weich S, Araya R., 2004). Çalışmamız bulguları incelendiğinde daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilerde somatizasyon ve depresyon arasında anlamlı farklar görülmesi literatürle de paralellik göstermektedir. Sağduyu(1994)'nun yaptığı bir çalışmada somatizasyon ve somatoform ağrı bozukluklarının depresyon ile yüksek oranda eş tanı aldığı bulgulanmıştır.

Çalışmamız bulgularında uzamış yas ile kaybedilen kişinin cenaze törenine katılma arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Literatürde bazı çalışmalar yas ve kaybedilen kişinin cenaze törenine katılma arasında ilişki olmadığını vurgulamıştır (Cesur,2012 akt. Melhem ve ark., 2007; Pfefferbaum ve ark., 2001). Ancak Cesur(2012)'un çalışmasına göre kaybedilen kişinin cenaze törenine katılma ve katılmama arasında anlamlı derecede yüksek fark bulunmuştur. Yapılan çalışma bulguları incelendiği zaman kaybedilen kişinin cenaze törenine katılma ile uzamış yas belirtileri arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Çalışmamız bulgularına göre kaybedilen kişinin cenaze törenine katılan bireylerin cenaze törenine katılmayan bireylere kıyasla daha fazla uzamış yas belirtileri sergilediği görülmüştür. Kişilerin kaybettikleri yakınlarının cenaze törenlerine katılmaları yakınlarının ölümüyle cenaze törenine katılmayanlara göre daha hızlı yüzleşmelerine neden olduğu için kişilerin yakınlarının ölümünü inkar etme sürecine girebilmesini sağlarken cenaze törenine katılmayanların kaybı ölüm olarak nitelendirmekten ziyade bir yerlerden gelebilecekleri düşüncesi ile yas sürecine giremeyebilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamız bulgularında uzamış yas ile kaybedilen kişinin mezarını ziyaret etme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamız bulguları incelendiğinde kaybedilen kişinin mezarını ziyaret eden bireylerin ziyaret etmeyen bireylere kıyasla daha fazla uzamış yas belirtileri sergilediği görülmüştür. Mezar ziyareti ile kişiler kaybettikleri yakınlarının mezarını ziyaret ederek kendilerini onların varlığına sürekli maruz bırakması ölümlerini kabul etmelerini zorlaştırıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamız bulgularında uzamış yas ile kaybedilen kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret etme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamız bulguları incelendiğinde kaybedilen kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret eden bireylerin ziyaret etmeyen bireylere kıyasla daha fazla uzamış yas belirtileri sergilediği görülmüştür. Kişilerin yakınlarını hastanede ziyaret etmesi yakınları ile vedalaşmalarını sağladığı ve sağlığı bozulan yakınlarının kötüye giden durumlarına tanıklık etmeleri, medikal durumlarını kabul etmeyi kolaylaştırarak sürecin kayıp ile sonuçlanmasının daha beklenen bir durum olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamız bulgularında gelir durumu ve uzamış yas skorlarında gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur. 2800₺ ve altı ile 3501₺-5000₺, 2800₺ ve altı ile 2801₺-3500₺, 5001₺ ve üzeri ile 2801₺-3500₺ TL gelir durumu olan gruplar arası farklılıklar bulunmuştur. Literatürde gelir durumu ile ilgili yapılan çalışmalarda uzamış yas ile ilişkisiz olduğuna dair bulguların yanı sıra düşük gelir seviyesinin yas tepkileri için risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur(Cesur, 2012 akt.; Melhem ve ark., 2003; Kersting ve ark., 2011). Çalışmamız bulguları incelendiğinde gelir durumu 2801₺-3500₺ yani asgari ücret olan grubun diğer gruplara oranla daha fazla uzamış yas belirtileri sergilediği görülmüştür.

Çalışmamız bulgularında kaybı en fazla etkileyen kişi ve uzamış yas skorları değerlendirildiğinde gruplar arası anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışmamız bulgularında aile dışında yakın akraba ile anne, aile dışında yakın akraba ile baba, aile dışında yakın akraba ile kardeş, aile dışında yakın akraba ile eş, dost-yakın arkadaş ile kardeş ve dost- yakın arkadaş ile eş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışmamız bulguları incelendiğinde kardeş kaybı yaşayan katılımcıların diğer kayıpları yaşayan bireylere oranla daha fazla uzamış yas belirtileri sergilediği görülmüştür. Literatür incelendiğinde en çok etkilenen çocuk kaybıken araştırmaya katılan katılımcıların arasında çocuk kaybı yaşayan katılımcı bulunmamaktadır. Literatüre bakıldığında Cesur (2012)'un yapmış olduğu çalışma bulguları birinci derece yakın aile üyesi kaybı yaşayanların diğer yakınlarını ve/veya tanıdıklarını kaybeden kişilerden daha yüksek yas tepkileri gözlemlendiği görülmüştür.

Çalışmamız bulgularında spearman korelasyon analizine göre PHQ9 (Depresyon) ve GAD7 (Yaygın Anksiyete) skorları arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,823$; $p<0,001$).Literatürde depresyon ve anksiyete ilişkisi sıklıkla karşımıza çıkan bir durumdur. Murhp ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada 40 yıl boyunca izlenen anksiyete bozukluğu tanılı hastaların yarısının depresyon belirtileri de gösterdiği gözlemlenmiştir.

Çalışmamız hipotezlerinde COVID-19 salgını sırasında yakınıni kaybetmiş kişilerde Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon ve Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır şeklinde sonuç beklemekteydik yapılan çalışmanın bulgularında spearman korelasyon analizine göre Uzamış Yas Ölçeği skorları ile PHQ15(Somatizasyon), GAD7(Yaygın Anksiyete) ve PHQ9(Depresyon) skorları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir (Sırası ile $r=0,391$, $0,384$, $0,368$; $p<0,001$). İstatistiksel olarak çalışma bulguları hipotezi desteklemektedir.

Çalışmamız hipotezlerinden bir diğerinde COVID-19 salgını sırasında yakınıni kaybetmiş kişilerde görülen depresyon ve anksiyete belirtileri ile somatizasyon belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki beklenmektedir. Yapılan çalışmanın bulgularında spearman korelasyon analizine göre PHQ15(Somatizasyon) skorları ile GAD7(Yaygın Anksiyete) ve PHQ9(Depresyon) skorları arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki olduğu saptanmıştır (Sırası ile $r=0,728$, $0,706$; $p<0,001$).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

COVID-19 salgını sırasında yakınıını kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas kavramları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan çalışmanın sonuçları incelendiğinde, UYÖ puanları ile cinsiyet, kaybedilen kişinin cenaze törenine katılma, kaybedilen kişinin mezarını ziyaret etme ve kaybedilen kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret etme durumlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, gelir durumu ve kaybı en fazla etkilen kişi sorularında gruplar arası farklılıklar görülmüştür. Çalışmamız bulgularına göre bu farklılıklar kadın katılımcılarda erkek katılımcılara oranla daha fazla uzamış yas belirtileri, somatik semptomlar ve anksiyete belirtileri gözlenmektedir. PHQ15 puanları ile cinsiyet ve bir hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. PHQ9 ölçek puanları ile bir hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamız bulgularına bakıldığında psikiyatrik tanı almış bireylerin psikiyatrik tanı almamış bireylere kıyasla daha fazla somatik semptomlar ve depresif belirtiler sergilediği görülmüştür. Ayrıca kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla daha fazla somatik semptomlar sergilediği görülmüştür. GAD7 puanları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamız bulguları incelendiğinde kadın katılımcılarda erkek katılımcılara kıyasla daha fazla anksiyete belirtileri görülmüştür. Ölçekler arasındaki ilişki durumunun değerlendirilmesi sonucunda Uzamış Yas Ölçeği skorları ile PHQ15(Somatizasyon), GAD7(Yaygın Anksiyete) ve PHQ9(Depresyon) skorları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon, PHQ15(Somatizasyon) skorları ile GAD7(Yaygın Anksiyete) ve PHQ9(Depresyon) skorları arasında pozitif yönlü kuvvetli korelasyon olduğu ve PHQ9 (Depresyon) ve GAD7 (Yaygın Anksiyete) skorları arasında pozitif yönlü çok kuvvetli korelasyon olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. COVID -19 salgını sırasında yakınıını kaybetmiş kişilerde somatizasyon, depresyon ve yaygın anksiyete arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur. Yakınıını kaybetmiş kişilerin psikolojik destek alması önem teşkil etmektedir.

2. COVID -19 salgını sırasında yakınına kaybetmiş kişilerde depresyon düzeyleri patolojik boyuta ulaşan bireylere psikososyal destek verilmesi önem teşkil etmektedir.
3. Çalışmada uzamış yas ile kaybedilen kişinin mezarını ziyaret etme ve kaybedilen kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret etme arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Ancak literatürde bu çalışma dışında uzamış yas ile kaybedilen kişinin mezarını ziyaret etme ve kaybedilen kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret etme arasındaki ilişkiye bakan bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle bu değişkenler baz alınarak uzamış yasin değerlendirilmesine dair daha fazla çalışmanın yapılması önemle arz edilir.
4. COVID-19 pandemisinde Türkiye’de hastane ziyaretlerinin tamamen kısıtlı olması ve defin işlemlerine sınırlı sayıda yakının katılımına izin verilmesi bir çok hasta yakınının hastasını hastanede ziyaret edememesi ve defin işlemlerine katılamaması ile sonuçlanmıştır. Çalışmamız sonuçları dikkate alındığında daha çok uzamış yas belirtilerine neden olabilecek bu durumun erken dönemde psikolojik desteğin başlatılması gerekliliğini pekiştirmektedir.
5. Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, COVID-19 salgını sırasında yakınına kaybetmiş kişilerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve uzamış yas ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinin önemi görülmektedir. Literatürde COVID-19 döneminde kayıp yaşayan kişilerle ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı sayıdadır bu nedenle bu alanda çalışmaların artırılması önerilir.
6. Araştırma COVID-19 salgını döneminde yapıldığı için veriler Google Form aracılığıyla online ortamda toplanmıştır. Bu açıdan bakıldığında, çalışmanın uygun ortam sağlandığında yüz yüze ve katılımcıların uzamış yas, depresyon, anksiyete ve somatik belirtilerinin total skor puanlarının klinik görüşmelerde ne ölçüde doğrulanabildiğinin test edilmesi önerilebilir.
7. Araştırmanın COVID-19 salgınının sonlarına doğru yapılmış olması göz önüne alınarak salgın sonrası değişkenlerin tekrar sınanması bulguların güvenilirliğini artıracaktır.

KAYNAKÇA

- Akdeniz, S. (2014). Farklı merhamet düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete, stres ve duygusal zeka incelenmesi (Doktora Tezi) Erişim adresi: <https://acikerisim.karatay.edu.tr/bitstream/handle/20.500.12498/1416/373633.pdf?sequence=1>
- Akkuzu, H. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Zeka ve Sosyal Sorun Çözme Becerisinin Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5) [Diagnosticandstatisticalmanual of mentaldisorders, (5th ed.) (DSM-5)] (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- Arıcı, N. (2014). Travmatik yas sorununda aile dayanıklılığı programının kadınlardaki travma sonrası stres, yas ve aile dayanıklılığı düzeylerine etkisi [Doktora tezi, Sakarya Üniversitesi]. Sakarya Üniversitesi Açık Akademik Arşiv Sistemi. <https://hdl.handle.net/20.500.12619/69589>
- Babacan S. S (2003). Hastalıkta Ruh ve Baden Etkileşimi. Gazi Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi, 11(2), 519 - 524.
- Baker, A. W.,Goetter, E. M., Bui, E., Shah, R., Charney, M. E., Mauro, C., Shear, M. K. ve Simon, N. M. (2016). Theinfluence of anxietysensitvity on a wishtodie in complicatedgrief. TheJournal of NervousandMentalDisease, 204(4), 314-316.
- Başer, E. (2019). Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Ergenlerde Anne Baba Tutumlarının İncelenmesi (Yüksek Lisans tezi) Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/278305/yokAcikBilim_1_0163611.pdf?sequence=-1
- Baylan, N. (2019). Çocukluk Çağı Travmalarının Somatizasyon ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford
- Belge, J. (2019). Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi) Erişim adresi: <https://hdl.handle.net/11363/1568>
- Benkel, I.,Wijk, H., &Molander, U. (2009). Familyandfriendsprovidemostsocialsupportforthebereaved. Palliativemedicine, 23(2), 141-149.

- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223 - 229.
- Boelen, P.A., Van Den Hout, M.A. and Van Den Bout, J. (2006), A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13: 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Boyacıoğlu, N., E., Küçük, L. (2011). Ergenlikte mantık dışı inançlar sınav kaygısını nasıl etkiliyor? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 40-45.
- Budak, F. & Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNE YÖNELİK GENEL BİR DEĞERLENDİRME: TÜRKİYE ÖRNEĞİ . *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi* , (1) , 62-79 . DOI: 10.35375/sayod.738657
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik: Psikoloji biliminin insan doğasına dair söyledikleri*. (Çev. İnan D. Erguvan Saruoğlu). İstanbul: Kaknüs.
- Burke, Laurie & Neimeyer, Robert. (2012). *Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature*.
- Busch, F. N. (2014). *Clinical approaches to somatization*. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 419-427.
- Cesur, G. (2012). Yetişkinlerde travmatik yasin ve travma sonrası büyümenin psikososyal belirleyicileri [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Erişim adresi: <http://www.ulusaltezmerkezi.net/yetiskinlerde-travmatik-yasin-ve-travma-sonrasi-buyumenin-psikososyal-belirleyicileri/>
- Cesur, G. (2017). Kayıp yaşantılarının sonrası: Tartışmalı bir kavram “Karmaşık Yas”. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 5(10), 289-310.
- Corr, C. A. , & Doka, K. J. (1994). Current models of death, dying, and bereavement. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 6(3), 545–552.
- Corr, C. A., & Coolican, M. B. (2010). Understanding bereavement, grief, and mourning: implications for donation and transplant professionals. *Progress in Transplantation*, 20(2), 169-177.
- Çelik, S. & Sayıl, İ. (2003). Patolojik yas kavramı yeni bir yaklaşım: Travmatik yas. *Kriz Dergisi*, 11 (2), 0-0. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000193
- Çubuk, B. (2020). COVID-19 ile gelen kayıp nesne, yas ve depresyon, 10 (21), 90-99.
- Erdem, İ. (2020). Koronavirüs (COVID-19) Karşı Türkiye'nin Karantina ve Tedbir Politikaları. *Turkish Studies (Elektronik)* 15, no.4(2020): 377 – 388. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.43703>

- Erözkan, A.(2012). Ergenlerde kaygı duyarlılığı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Muğla Üniversitesi Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi, 43–57.
- Field, N. P.,Gao, P. ve Paderna, L. (2005). ContinuingBondsBereavement: An AttachmentTheoryBasedPerspectives. *DeathStudies*, 29, 1-23.
- Fiorelli, R. (2002). Griefandbereavement in children. In B. Kinzbrunner, N. Weinreb, & J. Policzer (Eds.), *End-of-life-care: a practicalguide* (2nd Ed.,pp. 635-665). New York, UnitedStates: McGraw-HillCompanies.
- Fleming, S.,&Robinson, P. (2001). Griefandcognitive–behavioraltherapy: Thereconstruction of meaning. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavementresearch: Consequences, coping, andcare*(pp. 647–669). AmericanPsychologicalAssociation. <https://doi.org/10.1037/10436-027>
- Freud, S. (1917). *Mourningandmelancholia*. (J. Strachey, Ed. ve Çev.), Thestandardedition of thecompletepsychologicalworks of Sigmund Freud içinde (Vol. 14; s 243-258). London, England: HogarthPress.
- Geçtan, E.(2020). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. Remzi Kitabevi, İstanbul. s:64-65.
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: Theevolution of grieftheory in psychologyfrom Freud tothepresent. *History of Psychology*, 13(1), 46–73. <https://doi.org/10.1037/a0016991>
- Güleç, Yazıcı, M., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M., ve Sünbül, Aydın, E. (2012). Hasta sağlığı anketinin türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri - somatik, anksiyete ve depresif belirtiler. *Kapsamlı Psikiyatri*, 53(5), 623-629.
- Hoffman, D., L., Dukes, E., M., Wittchen, H., U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder, *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptiveworldsandthe stres of traumaticevents: Applications of theschemaconstruct. *SocialCognitions*, 7(2), 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shatteredassumption: Towards a newpsychology of trauma*. New York: FreePress.
- Kafkaslı, R. (2019). *Evli Bireylerde, Problem Çözme Becerisi ve Evlilik Doyumu İleSomatizasyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Işık Üniversitesi.
- Karamustafalıoğlu, O. Yumrukçal, H.(2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2), 65-74.
- Karapıçak, E.Ö.K. (2010). *Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı*. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.

- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12, 90-98.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve Somatizasyon. *J Clin Psy*, 7(50), 14-19. <https://dx.doi.org/>
- Keser, E. (2019). *Kayıp yaşamış yetişkinlerde uzamış yas belirtilerinin süregiden bağlar,süregiden bağlara ilişkin bilişler ve yeniden anlamı yeniden yapılandırma çerçevesinde incelenmesi.*(Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara) Erişim Adresi:
http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/12034/EMRAH_KESER_DOKTORA_TEZ_PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kırcalı, E. (2020). Yas sürecinin yordayıcıları: Geçmiş deneyimler, duygu düzenleme becerisi, psikolojik dayanıklılık, sosyal destek ve başa çıkma becerileri [Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Açık Bilim. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/63975>
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E., & Sungur, M. Z.(2013). Yaygın anksiyete bozukluğu-7 (YAB-7) testi türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(1), 53-58. <http://doi.org/10.4274/npa.y6308>
- Korkmaz, H. (2018). Baş Dönmesi Şikayetiyle Başvuran Yetişkinlerde Depresyon, Anksiyete Ve Somatizasyon Test Sonuçlarının Vestibüler Test Bulgularıyla Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Ankara.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Deaththe final stage of growth*. New Jersey: PrenticeHall.
- Küçükkaya, P. G. K. (2009). Kayıp ve yas süreci. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(1); 8-13.
- Lindemann, E. (1994). *Symptomatologyandmanagement of acutegrief*. *Americanjournal of psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Lundorff, M.,Bonanno, G. A., Johannsen, M., &O'Connor, M. (2020). *Aretheregenderdifferences in prolongedgrieftrajectories? A registry-sampledcohortstudy*. *Journal of PsychiatricResearch*, 129, 168-175.
- Maciejewski, P. K.,Zhang, B., Block, S. D., &Prigerson, H. G. (2007). *An empiricalexamination of thestagetheory of grief*. *Jama*, 297(7), 716-723.
- Mai FM, Merskey H. Briquet'in Histeri Üzerine İncelemesi: Bir Sinopsis ve Yorum. *Arch Gen Psikiyatri*. 1980;37(12):1401–1405. Doi:10.1001/archpsyc.1980.01780250087010
- Malkinson, R. (2009). *Bilişsel Yas Terapisi*. Çev.S.K.Akbaş).Ankara (Uzun Süren Yas Döneminde Bütünlüğü Psikolojik Danışma Uygulaması: Bir Olgu Sunumu 501.
- Malkinson, R. (2009). *Bilişsel Yas Terapisi*. Bir yakını kaybettikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma. (S. N. Akbaş, Çev.) Hekimler Yayın Birliği.

- Maraş, A. (2014). Komplike yas: Derleme ve vaka çalışması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1 (1) , 41-59. <https://doi.org/10.31682/ayna.470560>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553–565. doi:10.1037/h0054288
- Mukba, G. (2020). Yas olgusu yaşayan çocukların yaşantılarının sistemik müdahale içeren hikaye anlatıcılığı tekniği ile incelenmesi: Vaka çalışması [Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi].
- Murphy, J., M.,Horton, N., J.,Laird,N.,M, Monson,R.,R., Sobol,A.,M., Leighton,A.,H.(2004). Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity, *Acta Psychiatr Scand* 109,355—375.
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicatedgriefandreconstruction of meaning: Conceptualandempiricalcontributionsto a cognitive-constructivist model. *ClinicalPsychology: ScienceandPractice*, 13, 141-145.
- Oflaz, F., Varol, H. (2010) Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi 17(1)/1-7 Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196829>
- Okur Güney ZE, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P (2019) Somatik semptom ve ilişkili bozuklukları olan hastalarda duygu regülasyonu: Sistemik bir derleme. *PLOS ONE* 14(6): e0217277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217277>
- Özcan, M., Uğuz, F., Çilli, A. (2006).Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar, *Türk Psikaytri Dergisi*, 17(4), 276-285.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavementandmentalillness: Part 1. A clinicalstudy of thegrief of bereavedpsychiatrcihpatients. *British Journal of MedicalPsychology*, 38(1), 1-12.
- Prigerson, H. G.,Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolongedgriefdisorder: Psychometricvalidation of criteriaproposedfor DSM-5 and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G.,Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicatedgrief: A scaletomeasuremaladaptivesymptoms of loss. *PsychiatryResearch*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Robinaugh, D. J. ,McNally, R. J. , LeBlanc, N. J. , Pentel, K. Z., Schwarz, N. R., Shah, R. M. , Simon, N. M. (2014). Anxiety sensitivity in bereavedadultswithandwithoutcomplicatedgrief. *TheJournal of Nervousand Mental Disease*, 202(8), 620.
- Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 60-77.

- Sadock B. J., Sadock V. A., Ruiz P.(2017). “Concise textbook of clinical psychiatry 10. edition”, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sağduyu, A.(1994). Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda somatizasyon ve somatoform ağrı bozukluğu tanıları üzerine bir çalışma. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi.Ankara. <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/25546.pdf>
- Schwartzberg, S.S. ve Janoff-Bulman, R. (1991). Griefandthesearchformeaning:Exploringtheassumptiveworlds of bereavedbollegestudents. *Journal ofSocialandClinicalPsychology*, 10 (3), 270-288.
- Seçer, İ., Ulaş, S. COVID-19'un Gençlerde OKB Üzerindeki Etkisinin Duygusal Reaktivite, Deneyimsel Kaçınma, Depresyon ve Anksiyete Bağlamında İncelenmesi. *Uluslararası Sağlık Bağımlılığı* **19**, 2306–2319 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00322-z>
- Shaver, P. R.,&Tancredy, C. M. (2001). Emotion, attachment, andbereavement: A conceptualcommentary. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavementresearch: Consequences, coping, andcare*(pp. 63–88). AmericanPsychologicalAssociation. <https://doi.org/10.1037/10436-003>
- Smith K, Ostinelli E, Cipriani A. Covid-19 and mental health: a transformational opportunity to apply an evidence-based approach to clinical practice and research. *Evidence-Based Mental Health* 2020;23:45-46. DOI: [10.1136/ebmental-2020-300155](https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300155)
- Soysal, G. C. S. (2021). Uzamış Yas: Ayrılma-Bireyleşme Süreçleri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Temelinde Bir İnceleme. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(2), 221-240.
- Stroebe, W.,Schut, H., &Stroebe, M. S. (2005). Griefwork, disclosureandcounseling: Do theyhelpthebereaved? *ClinicalPsychologyReview*, 25(4), 395-414. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.004>
- Szanto, K.,Shear, M. K., Houck, P. R., Reynolds 3rd, C. F., Frank, E., Caroff, K. ve Silowash, R. (2006). Indirect self-destructivebehaviorandovertsuicidality in patientswithcomplicatedgrief. *TheJournal of clinicalpsychiatry*, 67(2), 233-239.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 6(10), 117-135.
- Varol, A. , Albayrak-kaymak, D. , Akmehmet-şekerler, S. & A. Markell, M. (2021). Attachmentpatterns, mourningreactions, anddysfunctionalromanticrelationshipbeliefsamongyounGADultswithandwithoutearl yparentalloss. *Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 38 (1), 43-69. <https://doi.org/10.52597/buje.994857>
- Wayment, H. A.,&Vierthaler, J. (2002). Attachmentstyleandbereavementreactions. *Journal of LossandTrauma*, 7(2), 129–149. <https://doi.org/10.1080/153250202753472291>

William, E., Powles, MD. (1974). Beck, Aaron T. Depresyon: Nedenler ve Tedavi. Philadelphia: Pennsylvania Üniversitesi Yayınları, 1972. Pp. 370., American Journal of Clinical Hipnoz, 16:4, 281-282, DOI: 10.1080/00029157.1974.10403697

Wilma Bucci Doktora (1997) Belirtiler ve semboller: Somatizasyonun çoklu kod teorisi, Psikanalitik Sorgulama, 17:2, 151-172, Doi:10.1080/07351699709534117

Yalom, I. (2001). Varoluşçu Psikoterapi, (çev. Zeliha İyidoğan Babayigit), İstanbul: Kabalıcı.

Yavuz, M. Erdur, B. Işık, M. Boğday H. İnce, HE. Kök, Ö. Sönmez, AÖ (2019). Ergenlerde somatizasyonun aleksitimi ve ruhsal sorunlarla ilişkisinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20(3), 321 - 326. Doi:10.5455/apd.3992



EKLER

EK-A

Sosyodemografik Form

1.Cinsiyetiniz:

1. Erkek () 2. Kadın ()

2. Medeni durumuz:

1. Bekar () 2. Evli ()

3. Eğitim durumuz (Son aldığımız diplomaya göre):

1. Okur-yazar () 2. İlkokul ()
3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite ()

4. Gelir Durumunuz?

1. 2800 ve altı 2. 2800-3500 3. 3501-5000 4. 5001 ve üzeri

5. Bulduğunuz çevre ile kıyasladığınızda ekonomik düzeyinizi nasıl tarif edersiniz?

1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Orta () 4. Kötü () 5. Çok kötü ()

6. Bir hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

7. Her birimiz yaşamımızın herhangi bir döneminde sevdiğimiz bir yakınımızı ölüme bağlı olarak kaybedebiliriz. Sizin de COVID-19 sürecinde kaybettiğiniz kişi ya da kişiler olduysa, aşağıdaki listeden bu kişi ya da kişilerin hepsini işaretleyiniz.

Anne Eş Aile dışında yakın akraba
 Baba Kardeş Çocuk Dost-yakın arkadaş

7. sorudaki seçeneklerden hiçbirini işaretlemediyseniz, soruları yanıtlamaya devam etmeyiniz.

8.Eğer yukarıdaki soruda (7.soru) yalnızca bir kişiyi işaretlediyseniz aşağıdaki listede de aynı kişiyi işaretleyiniz. Eğer yukarıdaki soruda(7.soru) birden fazla kişiyi işaretlediyseniz, aşağıdaki listede KAYBI SİZİ EN FAZLA ETKİLEYEN kişiyi işaretleyiniz.

- Anne Eş Aile dışında yakın akraba
 Baba Kardeş Çocuk Dost-yakın arkadaş

9.Kaybettiğiniz kişinin ölüm nedeni:

- COVID-19 Diğer nedenler

10.Kaybettiğiniz kişinin cenaze törenine katılabildiniz mi?

- Evet Hayır

11.Kaybettiğiniz kişinin mezarını ziyaret edebildiniz mi?

- Evet Hayır

12.Kaybettiğiniz kişiyi ölümünden önce hastanede ziyaret edebildiniz mi?

- Evet Hayır

13.Kaybettiğiniz kişi ile aynı şehirde mi yaşıyordunuz?

- Evet Hayır

UZAMIŞ YAS ÖLÇEĞİ

BÖLÜMÜ

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

**1. Geçtiğimiz ay içerisinde, ölen yakınınızın özlemini ve hasretini
nesıklıkla 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 nesıklıkla
kaçınmaya çalıştınız mı?**

- 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 birkere
 En az haftada birkere
 En az günde birkere
 Günde birçokkere

BÖLÜM2

ACIKLAMA: AŞAĞIDAKİ SORULARI ŞU ANDA KENDİNİZİN ASIL 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

5. Kaybınızı kabullenmekte güçlük çektiniz mi?

- Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

6. Bu kaybı yaşadığınızdan beri, başkalarına güvenmek sizin için zor oldumu?

- Hiç Çok a Biraz Çok Oldukça çok

7. Kaybınız nedeniyle buruk hissediyormusunuz?

- Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

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

Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

9. Bu kaybı yaşadığınızdan beri duygusal olarak hissizleşmiş gibihissediyormusunuz?

Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

10. Bu kaybı yaşadığınızdan beri hayatın boş ya da anlamsız olduğunu, doyum vermediğini hissediyormusunuz?

Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

11. Bu kaybı yaşadığınızdan beri duygusal olarak hissizleşmiş gibihissediyormusunuz?

Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

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

Hiç Çok az Biraz Çok Oldukça çok

BÖLÜM3

ACIKLAMA: AŞAĞIDAKİ MADDEYİ SİZE UYGUN SEÇENEĞİŞARET KOYARAKCEVAPLAYINIZ.

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

Evet Hayır

EK-C

PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0)Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

EK-Ç

B- GAD.7

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün(2) Günün yarısından fazla(3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alınan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

EK-D

C- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0)Hiçbir zaman(1)Sadece birkaç gün(2)Günün yarısından fazla(3)Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

D- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

() Hiç zorluk çıkarmadı

() Biraz zorluk çıkardı

() Çok zorluk çıkardı

() Aşırı derecede zorlandım

