TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YAŞLILARDA UZAMIŞ YAS İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Zeynep Rana YILDIZ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA

ANKARA
2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YAŞLILARDA UZAMIŞ YAS İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Zeynep Rana YILDIZ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA

ANKARA
2025

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Yaşlılarda Uzamış Yas İle ilişkili Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 12.09.2024 tarihinde, İ08-595-24 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Zeynep Rana Yıldız
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Zeynep Rana Yıldız

YAŞLILARDA UZAMIŞ YAS İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

YAŞLILARDA UZAMIŞ YAS İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ
Tıpta Uzmanlık Tezi
Ankara Üniversitesi

Belge Ayrıntıları

Gönderi Kimliği
trn:oid:::1:3343236088

Gönderi Tarihi
18 Eyl 2025 09:34 GMT+3

İndirme Tarihi
18 Eyl 2025 09:37 GMT+3

Dosya Adı
NT_HAL2.docx

Dosya Boyutu
273.1 KB

43 Sayfa

13.657 Sözcük

90.832 Karakter

10% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çakışan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Ön Sıradaki Kaynaklar

8% İnternet kaynakları
6% Yayınlar
4% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

KABUL ONAY SAYFASI

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Tez Adı	Yaşlılarda Uzamış Yas İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi
Uzmanlık Öğrencisi Adı Soyadı	Zeynep Rana YILDIZ
Eğitim Kurumu	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tez Savunması Tarihi	17.09.2025
1.Jüri üyesi değerlendirmesi	(✓) BAŞARILI Tez değerlendirme formu eklenecek (.....) BAŞARISIZ
2.Jüri üyesi değerlendirmesi	(✓) BAŞARILI Tez değerlendirme formu eklenecek (.....) BAŞARISIZ
3.Jüri üyesi değerlendirmesi	(✓) BAŞARILI Tez değerlendirme formu eklenecek (.....) BAŞARISIZ
Tez Savunmasının Sınav Sonucu	(✓) BAŞARILI (.....) BAŞARISIZ

*Karar oy çokluğuna göre alınır.

1.Prof.Dr.Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA 2.Prof.Dr.Makbule Çiğdem AYDEMİR 3.Dr.Öğr.Üyesi Kazım Cihan CAN

ÖNSÖZ

Öncelikle tez sürecim boyunca bilgi, deneyim ve yol göstericiliğiyle bana destek olan değerli danışmanım Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA'ya, bilimsel araştırmanın tüm basamaklarında bana özveriyle eşlik eden ikinci danışmanım Prof. Dr. Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL'a, psikiyatri uzmanı olma yolunda bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim başta Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Meram Can SAKA olmak üzere Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD'nin tüm değerli öğretim üyelerine minnettarlığımı ifade etmek isterim.

Araştırmamın yürütülmesinde verdikleri destek için başta Dr. Büşra HAKTANIYAN olmak üzere Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalına, veri toplama sürecine katkı sunan tüm intern arkadaşlarıma ve çalışmaya gönüllü olarak katılarak bu araştırmayı mümkün ve değerli kılan tüm katılımcılara teşekkürü borç bilirim.

Asistanlık sürecimi güzelleştiren, birlikte çalışmak ve çabalamaktan keyif duyduğum Dr. Elifsu KESER, Dr. Harun ARAS, Dr. Ceyda AKGÖZ ATALIK, Dr. Şeymanur GÜVEN, Dr. Nihan GÜRSES ER başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, tez yazım sürecinde tecrübelerini sabırla paylaşan, sevgisini ve ilgisini benden esirgemeyen Uzm. Dr. Ali Emre KÖSE'ye, liseden beri elini omzumda hissettiğim değerli dostum Dr. Rumeysa Havvanur HANELÇİ'ye ve sevgisiyle hep yanı başımda olan biricik destekçim ve can dostum Dr. Esra Nur TELLİ başta olmak üzere hayatın farklı aşamalarında yanımda olan tüm yol arkadaşlarıma en içten şekilde teşekkür ederim.

Hem asistanlık süreci hem de hayatımın bütününde sevgileriyle bana güç veren, ahlaklarıyla her zaman örnek aldığım saygıdeğer babam Ali YILDIZ ve değerli annem Arzu SERT'e, en az anne ve babam kadar üzerimde emekleri olan saygıdeğer dedem Yılmaz SERT ve çok sevgili anneannem Taliye SERT ve artık aramızda olmayan babaannem Kıymet YILDIZ'a, yardımlarını benden esirgemeyen ikinci annem Tülay YILDIZ'a, hayatıma neşe ve canlılık katan sevgili kardeşlerim Zülal Doğa AYDIN, Eren YILDIZ ve Ali Okan YILDIZ'a sevgilerimi sunarım...

Dr. Zeynep Rana YILDIZ

Ankara 2025

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar viii
Tablolar Dizini ix

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 2
3. GİRİŞ VE AMAÇ 3
4. GENEL BİLGİLER 5
4.1. Yas Kavramı 5
4.1.1. Yasın Tanımı 5
4.1.2. Yas Kuramları 5
4.1.3. Yasın Belirtileri 8
4.2. Uzamış Yas Bozukluğu 9
4.2.1. Tanım 9
4.2.2. Tanı Ölçütleri 10
4.2.3. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi 13
4.2.4. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk Etmenleri 14
4.2.5. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Nörobiyolojisi 16
4.2.6. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Klinik ve Ayırıcı Tanısı 17
4.2.7. Uzamış Yas Bozukluğu'nda Eş Tanılar 19
4.2.8. Uzamış Yas Bozukluğu'nda Tedavi 20
4.3. Yaşlılıkta Yas 22
4.3.1. Yaşlılık Tanımı 22
4.3.2. Yaşlılıkta Kayıplar 23
4.3.3. Yaşlılık Döneminde Uzamış Yas Bozukluğu Sıklığı ve İlişkili Faktörler 24
4.3.4. Yaşlılıkta Uzamış Yas Bozukluğu Tedavisi 26
5. GEREÇ VE YÖNTEM 28
5.1. Katılımcılar 28
5.2. Veri Toplama Uygulaması 28
5.2.1. Sosyodemografik Veri Formu 29
5.2.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT) 29
5.2.3. Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) 29
5.2.4. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13) 30
5.2.5. Holmes-Rahe Stres Ölçeği (HRSÖ) 30
5.2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği-30 (GDÖ) 31
5.2.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) 31
5.2.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) 31
5.3. İstatistiksel Analiz 32
6. BULGULAR 33
6.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi 33
6.2. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi 36

6.3. Sosyodemografik, Klinik Veriler ve Ölçek Puanları ile PG-13 Ölçeği Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 37
7. TARTIŞMA 39
7.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi 39
7.2. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi 41
7.3. Sosyodemografik, Klinik Veriler ve Ölçek Puanları ile PG-13 Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkisini İncelenmesi 42
7.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları 44
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 45
9. KAYNAKÇA 46
10. EKLER 59
Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 59
Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu 61
Ek-3. Standardize Mini Mental Test 64
Ek-4. Charlson Komorbidite İndeksi 65
Ek-5. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13) 66
Ek-6. Holmes-Rahe Stres Ölçeği 68
Ek-7. Geriatrik Depresyon Ölçeği-30 70
Ek-8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 71
Ek-9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 72

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAB : Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

CKİ : Charlson Komorbidite İndeksi

CLOC : Yaşlı Nüfusun Yaşamında Dönüşüm (Changing Lives in Older People)

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSM-5-TR : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

fMRG : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

GDÖ : Geriatrik Depresyon Ölçeği-30

HADÖ : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HRSÖ : Holmes-Rahe Stres Ölçeği

ICD-11 : Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 11. Revizyon

KKYB : Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu

MDB : Majör Depresif Bozukluk

MKB : Madde Kullanım Bozuklukları

PB : Panik Bozukluk

PG-13 : Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği

REM : Hızlı Göz Hareketi

SMMT : Standardize Mini-Mental Test

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UYB : Uzamış Yas Bozukluğu

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Uzamış yas bozukluğu tanı kriterlerinin karşılaştırılması 12
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin istatiksel olarak karşılaştırılması 34
Tablo 3. Katılımcıların klinik özelliklerinin istatiksel olarak karşılaştırılması 34
Tablo 4. Katılımcıların kayıpla ilgili değişkenlerinin istatiksel olarak karşılaştırılması 35
Tablo 5. Katılımcıların ölçek puanları ve özellikleri ile bu özelliklerin istatiksel olarak karşılaştırılması 36
Tablo 6. Sosyodemografik, klinik veriler ve ölçek puanları ile PG-13 Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=210) 37
Tablo 7. PG-13 Ölçeği toplam puanı ve bu puanla anlamlı düzeyde ilişkili değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi (n=210) 38

1. ÖZET

Yaşlılarda Uzamış Yas ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerde uzamış yas bozukluğu (UYB) sıklığını belirlemek ve UYB belirti şiddeti ile sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, komorbid psikiyatrik hastalıklar, depresif belirtiler, kaygı belirtileri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatrik Psikiyatri ve Geriatri polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri, en az ilkokul mezunu, Standardize Mini Mental Test puanı ≥21 olan 210 katılımcı üzerinde kesitsel olarak yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Standardize Mini Mental Test, Charlson Komorbidite İndeksi, Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13), Holmes-Rahe Stres Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği-30, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %11,4'ünde UYB tanısı saptanmıştır. Geriatrik Psikiyatri grubunun PG-13 ölçeği puanı Geriatri grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p <0,001). Geriatrik Psikiyatri grubunda sosyal destek düzeyinin daha düşük, yalnız yaşama ve eş kaybı oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Korelasyon analizlerinde, PG-13 ölçeği puanı ile toplam kayıp sayısı, depresyon puanı, anksiyete puanı, öznel dindarlık değeri ve stres düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Sonuç: Yaşlı bireylerde UYB sık görülmektedir ve çeşitli psikososyal değişkenlerle ilişkilidir. Depresif ve anksiyöz belirtiler, kayıp sayısı ve yüksek stres düzeyi UYB şiddetini artırırken, sosyal destek eksikliği ve yalnız yaşama gibi etkenler de UYB gelişimi açısından risk oluşturmaktadır. UYB'nin daha iyi tanımlanması, farkındalığın artırılması ve müdahale programlarının geliştirilmesi için ileriye dönük, geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Uzamış Yas Bozukluğu, Yaşlılık, Yas, Sosyal Destek, Geriatri

2. ABSTRACT

Determining Factors Associated with Prolonged Grief in Older Adults

Aim: The aim of this study is to determine the prevalence of prolonged grief disorder (PGD) in older adults and to investigate the relationship between PGD symptom severity and sociodemographic characteristics, variables related to loss, comorbid psychiatric disorders, depressive and anxiety symptoms, and perceived social support.

Materials and Methods: The study was conducted cross-sectionally on 210 participants aged 65 and older, with at least primary school education, and the Standardized Mini Mental State Test score ≥21, who were admitted to the Geriatric Psychiatry and Geriatrics outpatient clinics at Ankara University Faculty of Medicine. Participants were administered a sociodemographic data form, the Standardized Mini Mental State Test, the Charlson Comorbidity Index, the Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13), the Holmes-Rahe Stress Scale, the Geriatric Depression Scale-30, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Multidimensional Perceived Social Support Scale.

Results: PGD was diagnosed in 11.4% of participants. The PG-13 scale score of the Geriatric Psychiatry group was found to be significantly higher than that of the Geriatric group (p <0.001). The Geriatric Psychiatry group was found to have lower levels of social support and higher rates of living alone and spousal loss. In correlation analyses, significant positive relationships were found between PG-13 scale scores and total number of losses, depression scores, anxiety scores, subjective religiosity values, and stress levels.

Conclusion: PGD is common in older adults and is associated with various psychosocial variables. Depressive and anxious symptoms, increased number of losses, and high stress levels increase the severity of PGD, while factors such as lack of social support and living alone also pose risks for the development of PGD. Further prospective studies with large samples are required to better understand PGD, increase awareness, and improve intervention protocols.

Keywords: Prolonged Grief Disorder, Elderly, Bereavement, Social Support, Geriatrics

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yas, insan türünün maddi veya manevi herhangi bir kayba karşı verdiği biyopsikososyal nitelikte doğal bir tepki olmakla birlikte bu tepkinin daha şiddetli hissedildiği, daha uzun sürdüğü ve bu nedenle kişinin işlevsellik alanlarının herhangi birinde bozulmaya neden olduğu durumlar komplike yas, patolojik yas veya uzamış yas bozukluğu olarak isimlendirilir (1-3).

Yasla ilişkili sıkıntının zamanla hafiflemesi yerine giderek artması ve işlevselliği bozacak düzeyde kalıcı hale gelmesi karakterize "Uzamış Yas Bozukluğu" (UYB) tanısı ilk olarak 2009 yılında Prigerson ve arkadaşları tarafından önerilmiş; International Classification of Diseases (ICD)-11'de aynı isimle, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5'te ise "Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu" (KKYB) ismiyle yer almıştır (4).

Kayıplar ve yas tepkileri her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, yaşam süresinin uzamasıyla kayıp yaşantılarının arttığı yaşlılık döneminde ayrı bir önem kazanmaktadır. Yaşlanma beraberinde hem psikososyal hem de fizyolojik kayıplar ortaya çıkarmaktadır. Emeklilik süreci, anne, baba, eş ve yakın arkadaşların ölümleri, çocukların aile evinden ayrılmaları gibi kayıplar olmak üzere; bireyin fiziksel sağlığının bozulması, işitme başta olmak üzere duyu kusurları, cinsel işlev kayıpları gibi süreçte ortaya çıkabilen çok sayıda ve farklı türde kayıpla karşılaşılmaktadır (2).

UYB, yakın zamanda tanımlanmış psikiyatrik bir hastalıktır ve yas sürecindeki yetişkinler arasında tahmini yaygınlığı %10'dur (5). Yaşlı yetişkinler arasında UYB yaygınlığını inceleyen ilk derleme çalışması, metodolojik sınırlılıkları olmasına rağmen, bu yaş grubundaki bireylerin yaklaşık olarak genel yetişkin nüfusla benzer bir oranda UYB yaşadığını ortaya koymaktadır (6).

Yaşlı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda UYB için potansiyel risk etmenleri; ileri yaş, kadın cinsiyeti, düşük sosyoekonomik durum, ırkçılık ve eşitsizlik, psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuk veya eş kaybı, genç bir kişinin kaybı, kaybın şiddet içeren bir şekilde olması (kaza, cinayet, doğal afet veya intihar), birden fazla kayıp yaşanması olarak belirlenmiştir (7-10).

UYB genellikle komorbid psikopatolojiler ile birlikte görüldüğünden ve nispeten yeni bir tanı olduğundan, bireyler başlangıçta komorbid bozukluğun tedavisi için başvurabilirler (11, 12). Alanyazındaki araştırmalar, UYB tanısına eşlik eden diğer psikiyatrik tanıların oldukça

yaygın olduğunu ortaya koymaktadır; bu bağlamda, Major Depresif Bozukluk (MDB) olgularının yaklaşık %50'sinde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olgularının %30 ila %50'sinde, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olgularının %20'sinde ve Panik Bozukluk (PB) olgularının ise %10 ila %20'sinde UYB eşlik etmektedir (11, 13, 14). Bazı durumlarda Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) ve Madde Kullanım Bozuklukları (MKB) da UYB ile birlikte görülebilmektedir (15).

Ülkemizde UYB yaygınlığını ele alan epidemiyolojik araştırmalar oldukça sınırlı sayıdadır; bununla birlikte, geriatrik psikiyatri polikliniğine başvuran ve yakın kaybı yaşamış kişilerde UYB sıklığını inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca, UYB'nin yordayıcıları arasında yer alan sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, komorbid durumlar, depresif belirtiler ve kaygı belirtileriyle birlikte sosyal desteği birlikte ele alan herhangi bir çalışma da ulusal alanyazın taramalarında saptanmamıştır.

Halihazırdaki verilerden ve alanyazındaki eksikliklerden yola çıkarak tasarlanan bu çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatrik Psikiyatri polikliniğine ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri polikliniğine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri olgularda UYB sıklığının belirlenmesi ve UYB belirti şiddetinin sosyodemografik özellikler, kayba ilişkin değişkenler, komorbid durumlar, depresif belirtiler, kaygı belirtileri ve algılanan sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın, yaşlı nüfusta UYB'nin erken dönemde tanımlanmasına olanak sağlayarak terapötik müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunması ve bu yönüyle de alanyazına özgün katkı sunması beklenmektedir.

Çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Yaşlı erişkinlerde UYB sık görülmektedir.
2. UYB tanılı hastaların depresif belirtiler ve kaygı belirtilerinin şiddeti, stresli yaşam olayları ve hem psikiyatrik hem de diğer tıbbi komorbidite yükü daha fazladır.
3. UYB tanılı hastaların algılanan sosyal desteği düşüktür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yas Kavramı

4.1.1. Yasın Tanımı

Yas kavramı, kişinin önemli bir kayıp sonrasında yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler bütünü olarak tanımlanmaktadır (16). Yas yalnızca sevilen bir kişinin ölümüyle sınırlı değildir; evcil hayvanın kaybı, boşanma, ekonomik kayıplar, organ kaybı, göç, özgürlüğün veya sosyal statünün yitirilmesi, gerçekleşmemiş hayallerin kaybı gibi birçok farklı yaşam olayı da bireyde benzer yas tepkilerine yol açabilmektedir (17). Bütün bu kayıpların yanı sıra değer verilen bir yakının ölümü, bireyin yaşayabileceği en derin ve sarsıcı kayıplardan biri olarak kabul edilmektedir (18). Bu kayıplar yas, matem ya da keder gibi çeşitli terimlerle tanımlanan bir üzüntü haliyle sonuçlanmaktadır. Bu terimler alanyazında zaman zaman birbirinin yerine kullanılsa da farklı şekillerde tanımlanmaktadır. *"Bereavement"* kavramı, nesnel olarak bir kayıp yaşamış olma durumunu ifade ederken; "*grief*" bu kayba verilen psikolojik, fizyolojik ve sosyal tepkileri tanımlar. "*Mourning*" ise kişinin kayıp sonrası geçirdiği süreyle beraber bu süreci çevreleyen kültürel ve sosyal etmenleri birlikte ele alan bir kavramdır (19). Bu kavramların çeşitliliği, bireyler için oldukça zorlayıcı bir deneyimi tanımlama çabasını göstermektedir. Kavram çeşitliliğine benzer şekilde, kayıp ve bu kayıpla birlikte yaşanan psikobiyolojik tepkiler bütününü açıklamak için çok sayıda kuramsal yaklaşım geliştirilmiştir.

4.1.2. Yas Kuramları

Freud'dan başlayarak günümüze kadar birçok kuramcı yas ve yasla beraber yaşanan psikobiyolojik tepkiler üzerine teoriler geliştirmiştir. Bu alandaki ilk sistematik yaklaşım olan Sigmund Freud'un psikanalitik kuramı, özellikle normal ve patolojik yas ayrımına ilişkin güncel anlayışın temellerini oluşturmuştur. Freud, 1917 tarihli "Yas ve Melankoli" adlı eserinde, yası sevilen bir kişinin ya da soyut değerlerin kaybına karşı gelişen doğal bir tepki olarak tanımlarken, melankoliyi benlik saygısında azalma ve narsisistik özdeşleşme ile karakterize patolojik bir süreç olarak tanımlamıştır. Freud'a göre, normal yas sürecinde birey kaybedilen nesnenin zihinsel temsiline olan libidinal yatırımı zamanla geri çekerken yeni nesnelere yönelme kapasitesini yeniden kazanır. Bu durumun tersine, melankolide bu ayrışma gerçekleşmez; libidonun kaybedilen nesneyle çözümlenmemiş çatışmalara bağlı biçimde

sabitlenmesi patolojik süreci başlatır. Freud, melankoliyi intihar riski taşıyan, tıbbi müdahale gerektiren bir bozukluk olarak değerlendirirken, yas tutmayı sıklıkla tıbbi tedavi gerektirmeyen bir süreç olarak görmüştür (20).

Yas teorilerinin gelişimine önemli katkılarda bulunan kuramcılardan Melanie Klein ise yas sürecini bireyin erken nesne ilişkilerine dayandırarak açıklamıştır. Klein'e göre, yası anlamak için bebeğin anne başta olmak üzere bakım verenle kurduğu erken dönem ilişkileri değerlendirmek gerekmektedir. Klein, bebeklik döneminde paranoid-şizoid konum ve depresif konum olmak üzere iki temel gelişimsel pozisyon tanımlar. Paranoid-şizoid konumda bebek, bakım verenin tutarsızlığı karşısında onu "iyi" ya da "kötü" meme olarak algılar. Depresif konumda ise, daha önce "kötü" olarak algılanan nesnenin aslında sevgi ve doyum sağlayan aynı nesne olduğunu fark eder. Bu durum suçluluk duygusunu beraberinde getirir. Klein'a göre bu gelişimsel farkındalık, nesne kaybına verilen ilk yas tepkisidir. Klein, yetişkinlikte yaşanan kayıplara karşı sağlıklı bir yas tepkisi geliştirebilmenin bebeklikteki depresif konumun sağlıklı bir biçimde aşılmasıyla mümkün olduğunu ileri sürmüştür (21).

Alman psikiyatrist Erich Lindemann, yas tepkilerini sistematik biçimde sınıflandıran ilk araştırmacılardan biridir. Lindemann, klinik deneyimlerine dayanarak hem normal hem de patolojik yas süreçlerine ilişkin önemli gözlemlerde bulunmuştur. Yakın kaybı yaşamış kişilerde sık gözlenen belirtileri; boğazda sıkışma, nefes darlığı, karında boşluk hissi, kas zayıflığı, yoğun zihinsel sıkıntı ve dalgalar hâlinde yaşanan somatik huzursuzluk olarak tanımlamış ve bu belirtilerin yas sürecinde birçok kişide ortak olarak görüldüğünü vurgulamıştır. Ayrıca Lindemann yasın ifadesinden kaçınma eğiliminin, yas sürecini olumsuz etkileyerek patolojik yas sürecinin gelişimini kolaylaştırabileceğini belirtmiştir. Lindemann, gerçek dışılık hissi, duygusal kopma, yönelim bozukluğu ve duyusal değişimler gibi belirtilerin de yas tepkileri arasında olduğunu ifade etmiştir. Bedensel yakınmalar, kayba dair aşırı zihinsel meşguliyet, suçluluk, öfke ve işlevsellik kaybını yas sürecine özgü beş temel belirti olarak tanımlamış; ayrıca, ölen kişinin özelliklerinin hayatta kalan bireyde davranışsal olarak yeniden ortaya çıkmasını ayırt edici bir belirti olduğunu öne sürmüştür. Lindemann patolojik yasın, belirtilerin şiddeti ve çözülmeye direnç göstermesiyle normal yas sürecinden ayrıldığını ileri sürmüştür (22).

John Bowlby, 1969 ile 1980 yılları arasında kaleme aldığı teorisini "Bağlanma ve Kayıp" ismiyle yayınlamıştır. Bağlanma teorisi yasla ilgili en önemli psikiyatrik teorilerden biridir. Bowlby, bağlanmanın yaşamın erken dönemlerinde geliştiğini ve bireye güvenlik ve hayatta

kalma fırsatı sunduğunu öne sürmüştür. Bu teoriye göre, kurulan duygusal bağların koptuğu veya kaybolduğu durumlarda bireylerde sıkıntı, kaygı, ağlama, öfke gibi duygusal belirtiler yaşanır ve bu tepkiler yas olarak ifade edilir. Kayba karşın verilen normal psikolojik cevabın birbirinden farklı aşamalarla ilerlemesi ilk olarak Bowly ve Parkes tarafından öne sürülmüştür, bu araştırmacılar yası dört aşama olarak incelemeyi önermişlerdir (23, 24). Yas sürecinin ilk aşaması olan *şok ve hissizlikte*, birey ölümün gerçekleştiğini tam olarak idrak edemez; bu durum geçici bir duygusal uyuşmaya neden olarak kaybın acısını hafifletir. Bu ilk evre kısa sürelidir ve genellikle duygusal tepkilerin yoğunlaştığı bir dönemi takip eder. İkinci aşama olan *özlem ve arayışta*, birey kaybın farkına varmaya başlar; bu evrede öfke, suçluluk ve hayal kırıklığı sık görülür. Üçüncü olan *dağılma* (*dezorganizasyon)* aşamasında kaybın gerçekliği kabullenilirken, ölen kişi olmadan yaşamın yeniden değerlendirilmesi başlar. Son aşamada olan *yeniden düzenleme* (*reorganizasyon)* sürecindeyse birey kaybın ardından yeni bir yaşam düzeni kurmaya odaklanarak işlevselliğini kazanmaya başlar (25).

Elisabeth Kübler-Ross, Bowlby ve Parkes'in yapısal modelinden esinlenerek, ölümcül hastalığı olan bireylerin yaklaşan ölüme verdikleri psikolojik tepkileri sırasıyla beş evrede tanımlamıştır: *inkâr, çözülme (dissosiyasyon) ve içe çekilme; öfke, pazarlık; depresyon ve kabullenme*. Bu model, kısa sürede yas sürecine de uyarlanarak "beş aşamalı yas kuramı" olarak alanyazında yerini almıştır (26). Beş aşamalı yas kuramı yaygın olarak kabul görmüş olsa da bazı araştırmacılar yas sürecinin bu kadar çizgisel olmadığını ve bireylerin aşamalar arasında geçişler yaşayabileceğini öne sürmüşlerdir (27).

Vamık Volkan'a göre yas süreci, bireyin herhangi bir kayıp ya da değişiklik karşısında içsel dünyası ile dış gerçeklik arasında denge kurmaya yönelik psikolojik bir uyum çabasıdır (28). Sevilen ya da nefret edilen bir kişinin ölümüne verilen patolojik tepkiler üzerine yaptığı çalışmalarla Volkan, bireyin kayıpla başa çıkmak için kontrol edilebilir sembolik nesneler aracılığıyla ölen kişiyle "bağlantı nesneleri" adını verdiğini nesnelerle bağını sürdürdüğünü belirtmiştir. Bu bağlantı nesneleri, kaybedilen kişiyi temsil eden, aşırı derecede korunup anlam yüklenen nesneler olup bazı yönleriyle fetiş, geçiş nesnesi ya da sembollerle benzerlik taşısalar da yas sürecindeki ruhsal dengenin korunması açısından özgül işlevlere sahiptirler. Volkan, yas tutan bireyin ölen kişiye duyduğu bağlılığın ve yaptığı duygusal yatırımın yaşam boyunca sürdüğünü ileri sürmektedir. Ona göre, normal yas ile uzamış yas süreklilik gösteren bir yelpazede konumlanmaktadır. Normal yas sürecinde birey, kaybedilen kişiyle yıkıcı olmayan, geliştirici özdeşimler kurabilirken; uzamış yas durumunda sağlıklı bir içe alma süreci gerçekleşmez. Uzamış yas yaşayan birey, kaybedilen kişinin imgesini iç dünyasında somut ve

yabancı bir unsur olarak taşır; bu durum da hem bağlılık hem de kaygı içeren ikircikli bir ilişki yaratır. Bu içsel çatışmanın sonucu olarak kişi, dış dünyada bir 'bağlantı nesnesi' seçerek ayrılıktan kaynaklanan kaygıyı azaltmaya çalışır (29-31).

Worden'a göre, kayıp sonrası yaşanan keder, ıstırap ve diğer duygusal tepkiler benzerlik gösterebilse de bireysel farklılıklar içerebilir; bu nedenle yas süreci erken evrelerde "anormal" olarak etiketlenmemelidir. Worden, bireyin yas sürecinde aktif rol üstlendiğini savunarak bu süreci dört temel görev çerçevesinde açıklamaktadır. İlk görev, kaybın gerçekliğini zihinsel ve duygusal düzeyde kabul etmeyi içerir; bu aşama sürecinde inkâr sık görülür ve bireyin kaybı yaşanmamış gibi algılaması olağandır. İkinci görev, kayba bağlı acı ve kederin bastırılmaksızın yaşanması ve üzüntünün anlamlandırılmasıdır. Üçüncü görev, kaybedilen kişinin yokluğunda bireyin günlük yaşama, sosyal rollere ve kimlik yapısına yeniden uyum sağlamasını içerir. Son görev ise kaybedilen kişiyle duygusal bağın sağlıklı biçimde içselleştirilmesi ve yaşamın sürdürülebilmesi için bu bağın dönüştürülmesidir. Worden ayrıca, normal akışından sapan yas sürecinin kronik, gecikmiş, abartılı ve maskelenmiş olmak üzere dört biçimde ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (3).

Yas sürecinin iki temel başa çıkma yönelimi arasında dinamik bir geçiş içerdiğini öne süren "İkili Süreçler Kuramı" ise 1999 yılında Stroebe ve Schut tarafından geliştirilmiştir. Bu modele göre bireyler, kayıpla başa çıkarken hem kayba odaklı hem de onarım (*restorasyon*) odaklı stratejiler kullanırlar. Kayıp odaklı başa çıkma, kaybedilen kişiyle ilişkili duyguların deneyimlenmesi, anıların hatırlanması ve ölen kişiyle sembolik bir bağın sürdürülmesi gibi geleneksel yas davranışlarını içerir. Buna karşılık onarım odaklı başa çıkma, kaybın ardından ortaya çıkan yeni rollerin ve kimliklerin benimsenmesini; örneğin eşini kaybetmiş bir bireyin günlük sorumlulukları tek başına üstlenmesini ve yeni yaşam düzenine uyum sağlamasını kapsar. İkili süreçler kuramı, bireylerin bu iki başa çıkma biçimi arasında salınım yaşadığını ve bu geçişin yas sürecinin doğal bir parçası olduğunu ifade eder. Araştırmacılar, sağlıklı yasın doğrusal değil, kaybın acısıyla yüzleşme ile ondan kaçınma arasında gidip gelen dalgalı bir süreç olduğunu ileri sürmektedirler. Bu yaklaşım, yasın duygusal olarak işlenirken aynı zamanda yaşamda ilerlemeyi mümkün kıldığını öne sürmektedir (32).

4.1.3. Yasın Belirtileri

Yas süreci, bireyin bir kayıp karşısında gösterdiği çok boyutlu tepkiler bütününü içermektedir. Yas tepkileri birçok farklı boyutta ortaya çıkmakla birlikte temelde duygusal, fizyolojik, davranışsal, algısal ve bilişsel düzeyler olmak üzere 5 kategoriye ayrılır. Duygusal

belirtiler, yoğun üzüntü, suçluluk, öfke, özlem ve yalnızlık duyguları şeklinde kendini gösterir (3, 25). Fizyolojik belirtiler ise, iştahsızlık, uyku bozuklukları, yorgunluk, mide bulantısı ve göğüste sıkışma gibi bedensel belirtilerden oluşmaktadır (18, 23). Davranışsal tepkiler; ağlama, sosyal içe çekilme, kaybedilen kişiye ait nesnelerle vakit geçirme veya kaybedilen kişi oradaymışçasına konuşma gibi gözlenebilir davranışları kapsar (4, 19). Algısal olarak, birey ölen kişinin varlığını hâlâ hissedebilir; onu duyduğunu ya da gördüğünü sanabilir ya da çevresindeki kişileri kaybettiği kişiye benzetebilir (3, 33). Bilişsel alanda ise dikkat sorunları, karar vermede zorluk, düşünce hızının yavaşlaması ve inkâr gibi zorluklar görülebilir (34-36). Bonanno ve Kaltman yas tepkilerinin evrensel örüntüler taşıdığını öne sürse de bireyler arasında şekil, şiddet ve süre bakımından ciddi farklılıklar görülebileceğini vurgulamıştır (35). Bildik, yasın bu boyutlarda sürdüğünde kalıcılık kazanarak bireyin işlevselliğini bozucu biçimlerde ortaya çıkabileceğini belirtmiştir (18). Bu çok boyutlu yaklaşım, yas sürecinin tek tip bir deneyim olarak ele alınamayacağını ve sürecin her bireyde farklılaşan dinamiklerle seyrettiğini ortaya koymaktadır.

4.2. Uzamış Yas Bozukluğu

4.2.1. Tanım

Kayıp deneyimi her ne kadar zorlayıcı ve hayatın akışını derinden etkileyen bir süreç olsa da pek çok birey yas yaşantısıyla başa çıkabilecek yeterli içsel güce ve dışsal destek ile zaman içinde kaybettikleri olmadan yaşamlarını devam ettirme yetisine sahiptir (4, 37). Bununla birlikte, araştırmalar belirli bir grup için bu sürecin daha karmaşık ve zorlu biçimde seyrettiğini ortaya koymaktadır (4, 14, 38). Bu bireylerde, yasla bağlantılı duygusal sıkıntı zamanla hafiflemek yerine giderek daha yoğun ve sürekli bir hâl almakta; bu durum, bireyin gündelik yaşamdaki işlevselliğinin önemli ölçüde sekteye uğramasına sebep olmaktadır (4, 39, 40).

UYB, sevilen bir kişinin kaybından sonra en az altı ay boyunca süren, ölen kişiye yönelik yoğun özlemle birlikte zihinsel meşguliyetin eşlik ettiği yaygın ve kalıcı bir yas tepkisi olarak tanımlanır. Bu bozukluk, yoğun üzüntü, suçluluk, öfke, inkâr, duygusal donukluk, sosyal geri çekilme, ölümle yüzleşmede zorluk ve olumlu duyguları yaşayamama gibi belirtilerle kendini gösterir (41, 42). Yas belirtileri, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve dini bağlamda öngörülen süreyi ve yoğunluğu aşacak şekilde seyrettiğinde, bu durum klinik müdahale gerektiren bir sürece işaret edebilir. Toplumsal normlarla uyumlu sürede ve biçimde ortaya çıkan yas tepkileri psikiyatrik bir bozukluk kapsamında değerlendirilmemelidir (43). UYB tanısı konulan bireylerde sosyal ilişkiler, mesleki performans, akademik yeterlilik ve bireysel ilişkiler gibi

işlevsellik alanlarının en az bir tanesinde anlamlı düzeyde bozulma gözlenmektedir. UYB tanılı bireylerde günlük yaşam sürdürülebilir olsa da bu genellikle kişinin yoğun psikolojik ve fiziksel çabasıyla mümkün olabilmektedir.

Çalışmalar, sevilen bir kişinin kaybını izleyen yas sürecinin çoğunlukla altı ay içinde kendini sınırladığını ortaya koymaktadır (4, 7). Bu zaman süresince, kaybın kabul görme düzeyinin artması beklenmektedir. Klinik gözlemler, özlem duygusunun genellikle dördüncü ayda, öfkenin beşinci ayda ve depresif belirtilerin altıncı ayda en yoğun düzeye ulaştığını; altıncı aydan itibaren ise yas tepkilerinin kademeli olarak hafiflemeye başladığını göstermektedir. Bu nedenle, uzamış yas bozukluğuna yönelik tanı koyma sürecinde, belirtilerin başlangıcından itibaren en az altı ay geçmiş olması tanı açısından önerilen eşik süredir (44).

Alanyazında, anormal yas süreçlerini tanımlamak amacıyla kullanılan terimlerin oldukça çeşitli olduğu görülmektedir. Bu kavramlar arasında uzamış yas, kronik yas, anormal yas tepkileri, komplike yas, patolojik yas, distorte yas, maladaptif yas, nevrotik yas, fonksiyonel olmayan yas, çözümlenmemiş yas, gecikmiş yas, abartılmış yas tepkileri, maskelenmiş yas, inhibe edilmiş yas, travmatik yas ve hipertrofik yas gibi ifadeler yer almaktadır (45). Daha önce çeşitli terimlerle ifade edilen ve bireyin işlevselliğini önemli ölçüde bozan bu durum DSM-5'te "Uzamış Yas Bozukluğu" başlığı altında sınıflandırılmaktadır (46).

4.2.2. Tanı Ölçütleri

Yas, ilk kez DSM-III psikiyatrik tanı sisteminde yer bulmuştur. Klinik bir bozukluk olarak değilse de "V" koduyla "psikiyatrik hastalık olmamakla birlikte klinik açıdan önem taşıyabilecek durumlar" başlığı altında "yas istisnası" ifadesiyle tanımlanmıştır. Bu bağlamda, kayba bağlı gelişen depresif belirtilerin MDB'den ayrı değerlendirilmesi gerektiği ilk kez vurgulanmıştır (47). DSM-IV-TR'de yas, bir psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilmemekle beraber "V62.82" koduyla "klinik ilgi gerektiren diğer durumlar" kategorisine dahil edilmiştir. Bu sürümde, kayıp sonrası gelişen depresif belirtilerin MDB tanısı alabilmesi için kayıptan sonra en az iki ay geçmiş olması şartı getirilmiştir (48). Benzer biçimde, ICD-10 tanı sisteminde yas bir bozukluk olarak değil, "Z kodları" başlığı altında, tıbbi ya da psikiyatrik bir hastalık olmaksızın sağlık hizmeti sunulmasını gerektiren durumlar içinde yer almıştır (49).

Uzun süreli olan ve işlevselliği bozan yas tepkileri, DSM-5'te "Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu (KKYB)" başlığı altında tanımlanmıştır. KKYB'nin henüz yeterli kanıtla desteklenmediği gerekçesiyle Bölüm III'te, yani "daha fazla araştırılması gereken koşullar"

kategorisinde yer almasına karar verilmiştir (50). Buna karşılık, aynı durum Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2018'de yayımlanan ICD-11'de "Uzamış Yas Bozukluğu" adı altında tanımlanmış ve 6B42 koduyla resmi bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmıştır (51). DSM-5'in metin gözden geçirmesi olan DSM-5-TR ile birlikte, KKYB kavramının yerini UYB'nin alacağı ve bu bozukluğun Bölüm II'de, yani resmi tanı ölçütleri arasında yer alacağı belirtilmiştir (52).

Ana belirti her iki sınıflandırma sisteminde aynıdır: partner, ebeveyn, çocuk veya yas tutan kişiye yakın bir başka kişinin ölümünün ardından yaşanan yas süreci geçmişi, DSM-5-TR bu kaybın üzerinden en az 12 ay, ICD-11 ise en az 6 ay geçmesi gerektiğini belirtmektedir. İkinci ölçüt olan ayrılık sıkıntısı her iki sistemde de aynı şekilde tarif edilmiştir: ayrılık sıkıntısı ölümden bu yana, klinik olarak önemli derecede ve günlerin çoğunda mevcut olan aşağıdaki belirtilerden bir veya her ikisinin de bulunduğu kalıcı bir yas tepkisidir (DSM-5-TR'de ek olarak, belirtilerin en azından son bir aydır neredeyse her gün meydana gelmiş olması gerekir):

1. Ölen kişiye karşı yoğun özlem/hasret.
2. Ölen kişiye dair düşünceler veya anılarla meşgul olma.

Üçüncü ölçüt ise ek bilişsel duygusal ve davranışsal belirtilerdir. DSM-5-TR'ye göre ölümden bu yana, aşağıdaki belirtilerden en az üçü klinik olarak önemli derecede çoğu gün mevcut olmalıdır:

1. Kimlik parçalanması (örn., kişinin bir parçasının öldüğünü hissetmesi)
2. Ölüm hakkında belirgin bir inanmama hissi
3. Kişinin öldüğünü hatırlatan şeylerden kaçınma
4. Ölümle ilgili yoğun duygusal acı (örn., öfke, acı, üzüntü)
5. Ölümden sonra kalan kişinin ilişkilerine ve faaliyetlerine yeniden katılma zorluğu (örn., arkadaşlarla etkileşimde bulunma, ilgi alanlarını takip etme veya gelecek için plan yapma)
6. Ölüm sonucu duygusal hissizlik (duygusal deneyimin yokluğu veya belirgin azalması)
7. Ölüm sonucu hayatın anlamsız olduğu hissi
8. Ölüm sonucu yoğun yalnızlık hissi

Dördüncü ölçüte göre, bu rahatsızlık, kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında önemli bozulmaya neden olmalıdır. Beşinci ölçüte göre, yaygın yas

tepkisi, kaybın ardından alışılmadık derecede uzun bir süre devam etmiş ve bireyin sosyal, kültürel veya dini normları belirgin şekilde aşmış olmalıdır.

DSM-5-TR'deki son ölçüt: bu belirtiler, MDB, TSSB ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz veya bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz olmalıdır. Her üç tanı sistemi açısından Uzamış Yas Bozukluğu tanı kriterlerini karşılaştırılması Tablo 1.'de sunulmuştur.

Tablo 1. Uzamış yas bozukluğu tanı kriterlerinin karşılaştırılması

	DSM-5 **Kalıcı Karmaşık Yas Bozukluğu**	**ICD-11** **Uzamış Yas Bozukluğu**	**DSM-5-TR** **Uzamış Yas Bozukluğu**
A	Kayıp yaşantısının üzerinden en az 12 ay süre geçmesi	Eşin, ebeveynin, çocuğun veya sevilen birinin ölümünün üzerinden en az 6 ay süre geçmesi	Kayıp yaşayan bir kişinin yakınının en az 12 ay önce ölümü
B	Klinik olarak anlam ifade eden aşağıdaki belirtilerden en az birine sahip olmak: 1. Vefat edeni arzulamak veya özlem duymak 2. Yoğun acı ve duygusal keder 3. Vefat eden kişiye yönelik devamlı zihinsel meşguliyet 4. Ölüm anıyla devamlı zihinsel meşguliyet	Aşağıdaki belirtilerden en az birini sık sık yaşamak: 1. Yoğun duygusal acı eşliğinde ölen kişinin sürekli ve yaygın bir biçimde özlemi 2. Ölen kişiye yönelik sürekli ve ısrarlı zihinsel meşguliyet	Ölümden bu yana, klinik olarak anlamlı derecede çoğu günde mevcut olan aşağıdaki semptomlardan biri veya her ikisi ile karakterize kalıcı bir yas tepkisinin gelişmesi. Ayrıca, semptom(lar) en az son bir aydır neredeyse her gün ortaya çıkar: 1. Ölen kişiye yönelik yoğun özlem/hasret çekme 2. Ölen kişinin düşünceleri veya anılarıyla meşgul olma
C	Sık sık ve klinik olarak anlam ifade eden aşağıdaki belirtilerden en az altısını yaşıyor olmak: 1. Kaybı kabul etmede zorluk 2. İnanamama ve his yokluğu 3. Vefat eden kişiyi olumlu anamama 4. Öfke 5. Suçluluk ya da kendine yönelik olumsuz düşünme 6. Ölümü hatırlatan şeylerden kaçınma 7. Vefat eden kişiyle beraber vefat etme isteği 8. İnsanlara güven duymada zorlanma 9. İnsanlardan kopmuş gibi ya da yalnız hissetme 10. Yaşamın boş ve anlamdan yoksun olduğunu hissetme 11. Yaşamdaki rolüyle ilgili karışıklık veya kimlik duygusunun azalması 12. İstek azlığı veya ileriye yönelik plansızlık	Şiddetli bir duygusal kederle birlikte aşağıdaki belirtilerden en az birini yaşıyor olmak: 1. Acı 2. Suçluluk 3. Öfke 4. İnkar 5. Kendine yönelik suçlama 6. Ölümü kabul etmekte güçlük yaşama 7. Olumlu ruh halini deneyimleyememe 8. His yokluğu ya da donukluk (Duygusal uyuşukluk) 9. Sosyal yaşama katılmakta zorluk çekme	Ölümden bu yana, aşağıdaki semptomlardan en az 3'ü çoğu gün klinik olarak anlamlı derecede mevcuttur. Ek olarak, semptomlar en az son bir aydır neredeyse her gün ortaya çıkar: 1. Ölümden bu yana kimlik bozulması (örneğin, kendinin bir parçası ölmüş gibi hissetmek) 2. Ölüme karşı belirgin bir inançsızlık duygusu 3. Kişinin öldüğünü hatırlatmaktan kaçınma 4. Ölümle ilgili yoğun duygusal acı (örn. öfke, acılık, üzüntü) 5. Ölümden sonra kişinin ilişkilerine ve faaliyetlerine yeniden entegre olma zorluğu 6. Ölüm sonucu duygusal uyuşukluk 7. Ölüm sonucu hayatın anlamsız olduğunu hissetmek 8. Ölüm sonucu yoğun yalnızlık hissi

D	Sosyal, mesleki ve diğer alanlarda işlevselliğin bozulması	Bu bozukluk kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya neden olur.	Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili veya önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
E	Yas tepkisi, bireyin kültürü, dini ve yaşına uygun normlar bağlamında tutarsız ve orantısızdır.		Yas tepkisinin süresi ve şiddeti, bireyin kültürü ve bağlamı için beklenen sosyal, kültürel veya dini normları açıkça aşmaktadır.
F			Semptomlar MDB, TSSB veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamıyor veya bir maddenin (örneğin ilaç, alkol) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamıyor olmalıdır.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği 2013 (50); 2022 (52) ve Dünya Sağlık Örgütü (43)

4.2.3. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi

UYB yaygınlığına ilişkin yürütülen çalışmaların sayıca sınırlı olması, bu alandaki metodolojik çeşitlilikler ve kullanılan tanı ölçütlerinin farklılık göstermesi nedeniyle hem yetişkinler hem ergenler hem de yaşlı gruplarda UYB'nin görülme sıklığına dair net ve genellenebilir bir sonuç henüz ortaya konulamamıştır. UYB'nin yaygınlığına yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde, epidemiyolojik çalışmaların verdiği sonuçlar ile psikiyatri hasta gruplarından elde edilen sonuçlar arasında farklılıklarının bulunduğu dikkat çekmektedir. Toplum temelli bir çalışmada kayıp yaşamış 120 kişi 13 ay boyunca izlenmiş ve katılımcıların %9.2'sinde kronik yas belirtileri gözlenmiştir (53).

Toplum temelli başka bir çalışmada (n:2520), ciddi bir kaybın ardından katılımcıların %6.7'sinde UYB gelişirken, genel nüfusta bu oran %3,7 olarak saptanmıştır (54). Öte yandan, yüksek risk gruplarında UYB görülme sıklığı çok daha yüksektir; bu oran demans hastalarının bakımını üstlenenlerde %20'ye, HIV pozitif bireylerin bakımverenlerinde %50'nin üzerine, travmatik çocuk kaybı yaşamış ebeveynlerde ise %78'e kadar çıkabilmektedir (55-57).

2021 yılında gerçekleştirilen bir sistematik derleme çalışmasında incelenen altı araştırmanın bulgularına dayanılarak, UYB'nin ağırlıklı ortalama yaygınlığı %21,53 olarak hesaplanmıştır. Kullanılan değerlendirme yöntemlerine göre UYB yaygınlığı değişiklik göstermekle birlikte; tanıya dayalı ölçme araçlarının kullanıldığı çalışmalarda UYB yaygınlığı %7,67 ile %10,68 arasında, belirti temelli ölçümlerde ise %28,77'ye kadar ulaşmaktadır (58). Öte yandan, Kanada'da 1208 kişiyle yürütülen güncel toplum temelli bir araştırma, yetişkinlerin %96'sının yaşamlarında en az bir kez sevdikleri birinin kaybı nedeniyle yas

yaşadığını ve %78'inin görüşme sırasında hâlâ bir dereceye kadar yas duygusu taşımaya devam ettiğini ortaya koymuştur (59). On dört çalışmanın dahil edildiği, 1994-2016 yıllarına ait ilk meta-analiz çalışmasında, yetişkin nüfusta UYB için bildirilen ortalama yaygınlık oranı %9,8 olarak bildirilmiştir (5). 16 ülkede yürütülen 24 çalışmayı bir arada değerlendirdiği başka bir analizde ise, yetişkin bireylerde UYB yaygınlığının ortalama %13 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (60).

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, UYB yaygınlığının kullanılan ölçüm araçlarına, örneklemin niteliğine, risk grubu ve sosyokültürel özelliklere bağlı olarak anlamlı düzeyde değişkenlik gösterdiği; genel toplumda bu yaygınlığın %3 ila %13 arasında seyrederken travmatik kayıplar ve bakımverenler gibi yüksek riskli alt gruplarda yaygınlık oranının %20'lerin üzerine çıktığı görülmektedir.

4.2.4. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk Etmenleri

UYB gelişiminde etkili olan pek çok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler temel olarak kayba ait, kaybedilen kişi ile ilişkiye ait ve yas tutan kişiye ait olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Bunlar arasında en sık vurgulanan etmenler, ani ve travmatik ölümler ile yas tutan bireyle kaybedilen kişi arasındaki bağımlı veya ikircikli ilişkilerdir. Bu çerçevede, bağlanma sorunlarının uzamış yas bozukluğuyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (61, 62). Ayrıca, erken çocukluk döneminde yaşanan travmalar ve ayrılık kaygısı gibi bağlanma bozukluklarıyla ilişkili deneyimlerin de UYB'ye katkıda bulunabileceği gösterilmiştir (63, 64). Field ve Sundin'in eş kaybı yaşanan kişilerle yaptığı çalışması ise olgun nesne ilişkilerine sahip bireylerde, depresif belirtilerin daha kısa sürede hafiflediğini ortaya koymuştur (65).

Bağlanma sorunlarına benzer şekilde; cinayet, intihar, terör eylemleri ve kazalar gibi doğal olmayan nedenlere bağlı ölümler, UYB gelişme riskini artıran başlıca etmenler arasında yer almaktadır (66-70). Bu tür kayıplarda birey, yaşanan olayı anlamlandırmakta zorlanmakta ve sürekli olarak kaybın nedenini sorgulama eğilimi göstermektedir. Bu zihinsel süreçler, sağlıklı yas tepkilerinin doğal akışını bozarak yasın karmaşıklaşmasına neden olabilir (71). Ayrıca, kaybın doğası kadar, yas tutan bireyin ölen kişinin bedenini ilk bulan kişi olup olmaması da UYB açısından önemli bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (66).

Belirsiz kayıplar da uzamış yas sürecini tetikleyebilmektedir. Bu tür kayıplar iki biçimde kendini gösterebilir: İlk durumda, kaybedilen kişi fiziksel olarak hayattadır ancak psikolojik bağ kurulamaz (örneğin demans, koma, otizm gibi durumlar); ikinci durumda ise birey fiziksel

olarak yaşamını yitirmiştir, fakat psikolojik olarak hâlâ var gibi algılanır (örneğin savaş veya doğal afet sonrası cenazeye ulaşılamaması). Her iki durumda da kaybın belirsizliği, kişinin yasını deneyimlemesini zorlaştırarak doğal yas sürecinin ilerlemesini sekteye uğratır (72).

Alanyazında özellikle çocuk kaybı, UYB açısından en güçlü risk etmenlerinden biri olarak tanımlanmıştır (54, 66, 73, 74). Bununla birlikte, eş, kardeş, ya da büyükanne-büyükbaba gibi diğer aile üyelerinin kaybı da UYB riskini artıran etmenler arasında yer almaktadır (68, 75-77). Bu bulgular, ölen kişinin akrabalık bağı taşımasının UYB gelişimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Beklenen şekilde çalışmalarda, çocuklarını kaybeden ebeveynlerde diğer kayıp yaşayan bireylere göre yaşanan yas tepkisinin biraz daha yoğun olduğu ve suçluluk düşünceleri ya da intihar eğiliminin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (78). Ancak yalnızca kan bağı değil, ölen kişiyle kurulan duygusal yakınlık ve ilişkinin yoğunluğu da UYB gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Kayıp yaşanan bireyle olan bağ ne kadar güçlü ve yakınsa, UYB belirtilerinin ortaya çıkma olasılığı da o denli artmaktadır (79-83). Ayrıca, ölen kişiyle olan temas sıklığı arttıkça yasın uzama riski de artmaktadır (68, 80).

UYB gelişiminde yas tutan bireyin sosyodemografik özellikleri de önemli rol oynamaktadır. Araştırmalar, kaybı deneyimleyen bireylerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması durumunda UYB belirtilerinin daha sık gözlendiğini ortaya koymaktadır (54, 66). Benzer şekilde, eğitim düzeyinin düşüklüğü de uzamış yas açısından bir risk etkeni olarak tanımlanmıştır (66, 74, 84, 85). Ayrıca birçok çalışmada, kadın cinsiyetinin de UYB tepkileri için daha yüksek risk taşıdığı ve kadınların bu bozukluğa erkeklere kıyasla daha yatkın olabileceği belirtilmiştir (54, 66, 74, 81, 86).

Yas tutan bireyin yaşının UYB gelişmesine etkisi, alanyazında kesin uzlaşıya varılamamış konular arasındadır. Bazı çalışmalar, ileri yaşın UYB gelişimiyle bağlantılı olabileceğini öne sürerken (5, 54) diğer araştırmalar daha genç bireylerde UYB'nin daha sık görüldüğünü bildirmiştir (5, 54, 66). Genç bireylerin hem yaşam hem de kayıp deneyimlerinin sınırlı olması nedeniyle, yas sürecinde bu tür kayıplarla başa çıkmakta zorlandıkları düşünülmektedir (87). Bu durum, yaş etmeninin UYB üzerindeki etkisinin bağlamsal ve bireysel değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, kaybedilen kişinin yaşı da UYB gelişiminde belirleyici bir etmen olarak öne çıkmaktadır. Özellikle genç yaşta hayatını kaybeden bireylerin geride bıraktığı yakınlarında UYB riskinin arttığı bildirilmektedir (83, 88).

UYB gelişimini yordayan birçok risk etmeni olmasına karşılık; aynı zamanda UYB gelişimine karşı çeşitli koruyucu etkenler de söz konusudur. Örneğin, algılanan sosyal desteğin yüksek olması, bu bağlamda kayıp deneyimleyen kişiler arasında önemli bir koruyucu işlev göstermektedir (66, 84, 89, 90). Bir araştırmada, sosyal desteğin güçlü olmasının UYB belirtileriyle ters orantılı olduğu ortaya konulmuştur (91). Norveç'te madde ile ilişkili ölümler üzerine yapılan bir çalışmadan elde edilen sonuçlar, sosyal desteğin yasın komplike olmasını azaltabileceğine dair önemine işaret etmektedir (92). Yine Norveç merkezli başka bir çalışma, kanser nedeniyle kardeşlerini kaybeden 18–26 yaş grubundaki yetişkinlerde sosyal desteğin artmasıyla UYB belirtilerinin azaldığını, dayanıklılığın (*resilience*) ise arttığını göstermiştir (93). Ani ya da şiddetli kayıplarda sosyal desteğin ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkisine dair yakın tarihli bir sistematik derleme de mevcuttur (94) .

Öte yandan, inanç sistemleri ve maneviyatın da yas sürecinde anlam arayışı sağlayarak UYB riskini azalttığı bilinmektedir (95-97). 588 yas yaşayan birey üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, günlük yaşamda yer alan manevi inançların %3'lük varyansla UYB belirtilerine düşük ila orta düzeyde anlamlı katkı sağlarken, günlük yaşamdaki dini inançların böyle bir etkisinin olmadığını saptamıştır (98). Yakın zamanlı yapılan başka bir çalışma ise din ve maneviyatın, özellikle yas terapisi sırasında uygulanan iletişim odaklı yaklaşımlarda, duygusal düzenleme üzerinde güçlendirici bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (99).

4.2.5. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Nörobiyolojisi

Yakın bir kişinin kaybı sonrasında deneyimlenen stresin biyolojik temellerini inceleyen araştırmalarda, stres yanıtının genel stres yanıtı ve bağlanmaya özgü stres yanıtı olmak üzere iki farklı boyutta ele alındığı görülmektedir (100). Genel stres tepkisinde, katekolaminler ve kortizol kan düzeylerinde artış gözlenirken, bu yanıtın diğer yaşam olayları karşısında verilen fizyolojik tepkilerle benzer seyrettiği görülmektedir. Buna karşılık, bağlanma ilişkilerinden kaynaklanan güven ve ödül beklentisinin kesilmesine bağlı gelişen ikinci tür stres yanıtında, dopamin, opioid ve oksitosin sistemlerinde değişiklikler meydana gelir. Ayrıca, kaybın hemen ardından ortaya çıkan genel stres tepkisiyle eşzamanlı olarak, doğal öldürücü (natural killer) hücrelerin aktivitesinde ve patojenlere verilen lenfosit yanıtlarda azalma olması da fizyolojik bulgular arasındadır (101).

UYB tanısına çok yönlü olarak yaklaşan araştırmalar, bu bozukluğun yalnızca psikososyal süreçlerle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda beynin ödül sistemiyle ilişkili biyolojik mekanizmaları da içerdiğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede 2021 yılında Prigerson ve

arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, UYB "nörobiyolojik ödül sisteminin işlevselliğini etkileyen bir bağlanma bozukluğu" olarak tanımlanmıştır (102). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) ile yapılan bir çalışmada UYB tanısı olan ve olmayan bireylere kaybettikleri yakınlarının fotoğrafları gösterilmiş, UYB tanısı almış bireylerde nükleus akkumbenste belirgin düzeyde daha fazla aktivasyon meydana geldiğini gözlenmiştir (103).

UYB ile ilişkili diğer nörogörüntüleme araştırmaları bazal gangliyonlar, orbitofrontal korteks, singulat korteks ve amigdala gibi beyin bölgelerinde aktivite farklılıklarını ortaya koymuştur (104-107). Romantik ilişkilerinin sona ermesi sonrası kadınlarla yapılan bir fMRG çalışmasında, posterior beyin bölgelerinde artmış aktiviteye karşılık, özellikle sol frontal lob aktvitesinin azalmış olduğunu göstermiştir (108). Yas sürecindeki sekiz kadın üzerinde yürütülen başka bir araştırmada ise posterior singulat korteks, medial/superior frontal girus ve serebellumda belirgin aktivasyon artışı gözlemlenmiştir (109). Akut yasla ilişkili nöral aktivasyon örüntülerini araştırmak için yapılan bir fMRG çalışmasında, fetal anomaliler nedeniyle gebeliği sonlandırılan 12 kadınla, sağlıklı doğum yapan 12 kadının mutlu bebek yüzlerine verilen tepkileri karşılaştırılmış ve fetüs kaybı yaşayan kadınlarda fiziksel ağrı ve acı ile ilişkili beyin bölgeleri olan singulat girus, inferior frontal girus, talamus ve beyin sapında aktivasyonun arttığı tespit edilmiştir (110). Söz konusu beyin bölgelerindeki aktivasyonun, MKB'de de benzer şekilde gözlemlendiği bilinmekte ve bu durumun, nöronal ödül sistemi işlevselliğindeki bozulmalarla bağlantılı olduğu düşünülmektedir (111). Ayrıca, naltreksonun UYB belirtilerine yönelik hafifletici etkisine ilişkin elde edilen yakın tarihli bulgular UYB'nin ortaya çıkışında ödül sistemine ilişkin nörobiyolojik değişikliklerin belirleyici olabileceği görüşünü daha da güçlendirmektedir (112, 113). Bazı araştırmacılar yakın kaybı sırasında oksitosin yolağında gözlenen değişiklikler olduğunu da ileri sürmüşlerdir (114).

4.2.6. Uzamış Yas Bozukluğu'nun Klinik ve Ayırıcı Tanısı

UYB, doğal yas sürecinin olağan seyrini bozan ve patolojik düzeyde uzamasına neden olan klinik bir durum olarak tanımlanır. UYB normal yasın belirti örüntüsüne benzer bir belirti profili göstermesine rağmen, bu belirtilerin şiddetli olması ve belirtilerin olağandan uzun sürmesiyle karakterizedir. UYB ile normal yas süreci arasındaki temel farklardan biri, kaybın üzerinden altı ay ila bir yıl geçmesine rağmen yas belirtilerinin hâlen devam etmesi ve bu belirtilerin bireyin günlük işlevselliğini belirgin biçimde bozmasıdır. UYB'de baskın belirtiler arasında, ölen kişiye yönelik yoğun özlem, kayba dair sürekli zihinsel meşguliyet ve derin duygusal acı deneyimi yer almaktadır (4). Öte yandan, yıldönümleri, doğum günleri gibi özel

tarihlerde tetiklenen dönemsel duygusal tepkiler UYB'de görülen ve süreklilik gösteren yoğun belirtilerle karıştırılmamalıdır (41).

DSM-5 ile yas tepkisiyle MDB ayrımı netleşmiştir. Bu bağlamda, yas sürecine özgü bazı ayırt edici özellikler belirlenmiştir. Yas sürecini yaşayan bireyler daha çok boşluk ve kayıp hissi yaşamaktayken disforik duygudurum zamanla azalmaktadır. Bu kişilerde kaybedilen kişiyi hatırlatan durumlarla disfori geçici olarak artış gösterebilmektedir. Ayrıca, yas sürecinde MDB'den farklı olarak olumlu duyguların deneyimlenmesi mümkün olup özsaygı genellikle korunur. Ölüm düşüncesi ise intihar arzusundan ziyade, kaybedilen kişiye kavuşma temasıyla ilişkilidir (41). Her ne kadar sevilen bir kişinin kaybı sonrası MDB gelişebilecek olsa da UYB'nin MDB'ye eşlik etmesi zorunlu değildir. Özellikle çökkün duygudurum, ilgi ve istek kaybı, sosyal içe çekilme, suçluluk duyguları, intihar düşünceleri ve yalnızlık hissi iki klinik tabloda ortak olarak görülse de UYB belirtilerinin kayba özgü olması bakımından MDB'den farklılaşır. MDB'de depresif düşünceler bireyin yaşamının pek çok alanını kapsarken, UYB'de belirtiler çoğunlukla kaybedilen kişiyle ilişkilidir. Örneğin, kaybı kabul etmede yaşanan güçlük, kaybın nedenine yönelik yoğun öfke hissi ya da kişinin kendi benliğinin bir parçasını yitirmiş gibi hissetmesi UYB'ye özgü belirtiler arasında yer alırken, bunlar MDB'de sıklıkla görülmez (115, 116).

Travmatik nitelikteki kayıplar, özellikle şiddet içerikli ölümler, bireylerin aynı anda hem UYB hem de TSSB belirtileri göstermelerine neden olabilir. Bu iki bozukluk, kaçınma davranışları veya istemsiz girici düşünceler gibi ortak belirti kümeleri taşımaktadır. Ancak bu iki bozukluk arasında belirtilerin içeriği ve bağlamı açısından önemli farklar bulunmaktadır. TSSB'de kaçınma davranışları genellikle travmatik olayın ayrıntılarından, güvenlikle ilgili kaygılardan ya da olası tehditlerden uzak durma eğilimiyle ilişkiliyken, UYB'de kaçınma daha çok kaybı ve kaybın kalıcılığını hatırlatan uyaranlara yönelik olarak gelişir. Girici düşünceler de içerik bakımından bu iki bozuklukta ayrışır: TSSB'de bu düşünceler travmatik yaşantının kendisine odaklanırken, UYB'de ölen kişiyle olan ilişkisel bağa ve ayrılığa dair temalar ön plana çıkar. Ayrıca, TSSB'de temel duygu genellikle korku iken, UYB'de baskın duygular arasında özlem ve yoğun hüzün yer alır. Bu duygusal farklılık, iki bozukluğun klinik görünümleri arasındaki önemli bir ayrımı ortaya koyar (116).

AAB ile UYB arasındaki temel fark, duygusal sıkıntının kaynağına dayanmaktadır. AAB'de yaşanan duygusal zorluk, hâlihazırda var olan bir bağlanma figüründen ayrılma olasılığının yarattığı endişeyle ilişkilidir. Buna karşılık, UYB'de duygusal sıkıntı, kişinin

kaybettiği ve artık geri dönmeyecek olan yakınıyla yaşadığı ayrılığın kalıcılığından kaynaklanır (41).

UYB ve hatta normal yas süreci sırasında, özellikle kaybı izleyen ilk günler ve haftalarda, bireyler zaman zaman ölen kişiye ilişkin duyusal deneyimler yaşayabilirler; bu deneyimler arasında kaybedilen kişinin sesini duyma, varlığını hissetme ya da görüntüsünü görme gibi geçici ve kültürel bağlamda olağan kabul edilebilecek psikotik yaşantılar yer alabilir (117). Bu tür deneyimlerin psikotik bir bozukluk kapsamında değerlendirilmesi ancak diğer psikotik belirtilerin (örneğin; sanrılar, dezorganize düşünce biçimleri, davranış bozuklukları gibi) eşlik etmesi durumunda mümkündür.

4.2.7. Uzamış Yas Bozukluğu'nda Eş Tanılar

Klinik pratikte UYB genellikle tek başına konulan bir tanı olmayıp sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür (116). En yaygın eş tanılar arasında MDB, YAB, TSSB ve MKB yer almaktadır (41). Ayrıca bazı vakalarda AAB de UYB'ye eşlik edebilmektedir. Özellikle ölüm olayının şiddet içeren ya da kazaya bağlı ani bir şekilde gerçekleştiği durumlarda, UYB ile birlikte TSSB görülme olasılığı belirgin biçimde artmaktadır. Bu durumlarda belirli ortak belirtilerin varlığı ayırıcı ve/veya eş tanıda güçlük yaratabileceğinden dikkatli ve kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme gereklidir.

235 katılımcılı bir çalışmada kayıp yaşamış bireylerde UYB yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar DSM-IV tanı ölçütlerine göre araştırılmıştır. Çalışmada en sık karşılaşılan birincil psikiyatrik tanılar arasında, MDB, Distimik Bozukluk, MKB ve Bipolar Bozukluk yer almıştır (118).

UYB tanısı alan 206 kişiden oluşan bir örneklemle yapılan çalışmada katılımcıların %75'ine halihazırda eşlik eden bir psikiyatrik hastalık tanısı konulmuştur. Bu örneklemde en sık görülen komorbid durumlar MDB, TSSB ve anksiyete bozuklukları iken, YAB en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanısı olmuştur. Ayrıca psikiyatrik eş tanının varlığı yas belirtilerinin şiddetiyle ilişkilendirilmiştir (14). Daha yakın tarihli bir başka araştırmada, UYB tanısı konmuş bireylerin yaklaşık üçte birinin yasla ilişkili panik ataklar yaşadığı ve katılımcıların %17'sinin PB tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır (119). Yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında MDB, anksiyete bozuklukları ve travma ilişkili bozukluklar tanısıyla başvuran kayıp yaşamış bireylerde UYB belirtilerinin daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, UYB tanısı konulan bireylerin intihar

düşüncesi ve davranışları açısından önemli ölçüde risk altında olabileceği vurgulanmış ve bu nedenle intihar riskinin klinik değerlendirme sürecinde mutlaka dikkate alınması gerektiğinin altı çizilmiştir (81).

UYB'nin yalnızca psikiyatrik eş tanılarla sınırlı kalmayıp, fiziksel sağlık üzerinde de ciddi ve uzun vadeli etkiler yaratabileceği son yıllarda yapılan araştırmalarda ortaya konmaktadır. Prigerson ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada, eş kaybı yaşayan bireylerde, ölümden yaklaşık 6 ay sonra ortaya çıkan travmatik yas belirtilerinin, 13 ve 25 ay sonraki takiplerde kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon, intihar düşünceleri ve yeme alışkanlıklarında değişiklik gibi olumsuz sağlık sonuçlarını anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur (120). Yakın tarihli çalışmaların bulguları UYB'nin kanser ve diğer sağlık sorunlarıyla, artmış madde kullanımıyla ve genel sağlık durumundaki bozulmalarla anlamlı düzeyde bağlantılı olduğunu göstermektedir (121-123). Ayrıca UYB'nin, tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde artışla ilişkili olabileceği de ortaya konmuştur (124).

4.2.8. Uzamış Yas Bozukluğu'nda Tedavi

UYB'de psikiyatrik müdahale gerekliliğini ortaya koyan başlıca göstergeler arasında, yas belirtilerinin şiddetli ve kalıcı olması, zamanla belirgin bir iyileşmenin görülmemesi, işlevselliğin bozulması, tedavi arayışı, umutsuzluk ve özellikle intihar düşüncelerinin varlığı yer almaktadır. Bu bağlamda, UYB tedavisinin temel amacı, bireyin kaybı psikolojik olarak bütünleştirmesini, belirtilerin hafifletilerek işlevsel uyumunu yeniden kazanmasını sağlamaktır. Tedavinin amacı yasın tamamen ortadan kaldırılması değil, yas belirtilerin yoğunluk ve süresinin azaltılmasıdır. Zamanla azalan keder duyguları, yıl dönümleri veya anlam yüklü olaylarda yeniden yoğunlaşabilir; ancak bu dalgalanmalar, patolojik değil, normal yas sürecinin doğal bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Tedavi sürecinde, ölümün gerçekliğini kabullenme, yaşamda yeniden anlam ve amaç duygusu oluşturma, duygusal düzenleme becerilerini geliştirme ve uyumsuz bilişsel tepkileri azaltma hedeflenir. Bu müdahalelerde sıklıkla bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi, motivasyonel görüşme ve destek grupları gibi psikoterapötik yöntemler tercih edilmektedir (125).

UYB tedavisinde psikoeğitim önemli bir müdahale bileşeni olarak değerlendirilmektedir. Bu eğitim, UYB'nin farklı bir yas biçimi değil; bireyin sosyal ve kültürel bağlamına göre olağan sürede azalması beklenen kederin, beklenmedik biçimde yoğun ve kalıcı hale gelmesi olduğunu anlamalarına yardımcı olur. Psikoeğitim, tek başına belirtileri çözmekte yeterli olmasa da yas sürecine aile ve sosyal çevrenin dâhil edilmesiyle daha etkili hâle gelmektedir. Alanyazında yer

alan randomize kontrollü çalışmalar hem hastaların hem de yakınlarının eğitilmesinin, yalnızca hasta eğitimine kıyasla UYB belirtileri ve depresif belirtilerde daha büyük oranda iyileşme sağladığını göstermektedir. Dolayısıyla, bireysel psikoeğitimle birlikte, aile üyelerinin de sürece dâhil edilmesi, etkin psikoterapötik müdahalelerin temel unsurlarından biri olarak öne çıkmaktadır (126-128).

Randomize kontrollü çalışmalara dayanan bulgular, UYB için en etkili tedavi yaklaşımının, unipolar majör depresyona yönelik kişilerarası psikoterapi ya da antidepresan kullanımı gibi yaygın terapötik müdahalelerden ziyade, bu bozukluğa özel olarak geliştirilmiş psikoterapi türleri (UYB terapisi ve UYB için uyarlanmış BDT) olduğunu göstermektedir (129, 130). Örneğin 368 hastayı içeren beş randomize kontrollü çalışmanın meta-analizi, UYB'ye özgü psikoterapilerin, destekleyici terapilere kıyasla belirtilerde daha fazla iyileşme sağladığını ve orta düzeyde klinik etki gösterdiğini ortaya koymuştur; ayrıca, altı aylık izlemde bu terapilerin daha belirgin yarar sağladığı saptanmıştır (131). UYB için uyarlanmış davranışsal aktivasyon uygulamasının etkili olabileceğine dair küçük çaplı iki randomize kontrollü çalışma bu konuda umut verici bulgular sunmaktadır (132, 133).

Şu ana kadar yapılan hiçbir randomize kontrollü çalışma, farmakoterapinin tek başına UYB tedavisinde etkili olduğunu göstermemiştir. Bununla birlikte, ilaç tedavisi; özellikle MDB, anksiyete bozuklukları veya TSSB gibi eş tanıların varlığında, bu psikiyatrik durumların yönetiminde destekleyici bir rol oynayabilir (134). Farmakolojik tedaviye dair veriler sınırlı olmakla birlikte, seçici serotonin geri alım inhibitörleri bazı olgularda yarar sağlamıştır (135). Ayrıca ödül sistemini hedef alan farmakolojik ajanlardan biri olan naltrekson, psikoterapiden yeterli fayda sağlayamayan bireylerde ya da psikoterapiye yanıtı artırmak amacıyla kullanılabilecek potansiyel bir seçenek olarak umut vadetmektedir (102). Öte yandan, UYB tedavisinde kullanılan yöntemlerin etkinliği, yalnızca uygulanan müdahalenin içeriğine değil, aynı zamanda müdahaleyi sürdüren uzman ile hasta arasındaki terapötik ilişkinin niteliğine de bağlıdır. Etkili bir müdahalenin sağlanmasında, sağlık profesyonelleri ile birey arasındaki ilişkinin kalitesi, tedavi sürecinin başarısını belirleyen kritik bir unsur olarak öne çıkmaktadır (136).

4.3. Yaşlılıkta Yas

4.3.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda çeşitli değişimlerden geçtiği önemli yaşam dönemlerinden biridir (137). DSÖ tarafından yaygın olarak kabul gören tanıma göre, 65 yaş ve üzeri bireyler yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak bu tanım yalnızca genel bir referans noktasıdır; yaşlılık deneyimi kişiden kişiye farklılık gösterebilir. DSÖ'nün yaşlılık tanımı sadece bireyin kronolojik yaşıyla sınırlı kalmaz; aynı zamanda yaşam kalitesi, işlevsellik ve sağlık durumu gibi çeşitli değişkenleri de kapsar. Bu çerçevede yaşlılık, yalnızca belirli bir yaş aralığı değil, bireyin genel sağlık durumu, sosyal çevresi ve yaşam beklentileriyle etkileşim hâlinde şekillenen çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilebilir (138).

Yaşlılık genellikle durağan ve değişime kapalı bir dönem olarak düşünülse de yaşamın diğer evrelerinde olduğu gibi bu dönemde de çeşitli zorluklar ve gelişimsel fırsatlar bir arada yer alır. Özellikle merak ve hayret duygusunu koruyabilen yaşlı bireyler, yaşamla etkileşimlerini sürdüren, dinamik ve etkin kişilerdir. Bu evrede bireyler, yalnızlık hissi ve toplumsal rollerin kaybı gibi güçlüklerle başa çıkmaya çalışırken, aynı zamanda yaşamlarının anlamını kalıcı kılmanın yollarını ararlar. Bu yönüyle yaşlılık, değişim, keşif ve içsel dönüşümün sürdüğü aktif bir yaşam evresi olarak ifade edilebilir (139).

Türkiye, küresel ölçekte gözlemlenen demografik dönüşüm sürecinin bir parçası olarak, hızlı yaşlanan ülkeler arasında yer almaktadır. Bu süreçte, çocuk ve genç nüfus oranı istikrarlı biçimde azalmakta, buna karşılık 65 yaş ve üzerindeki bireylerin oranı hızla artmaktadır. Özellikle son on yılda doğurganlık oranlarındaki belirgin düşüş, Türkiye'yi "çok yaşlı ülkeler" kategorisine yaklaştırmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) resmî verilerine göre, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısı, 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 iken, 2024 itibarıyla %20,7 oranında artarak 9 milyon 112 bin 298'e ulaşmıştır. Aynı dönemde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9,1'den %10,6'ya yükselmiştir. TÜİK nüfus projeksiyonlarına göre, bu oranın 2030'da %13,5'e, 2040'ta %17,9'a, 2060'ta %27'ye ve 2080'de %33,4'e ulaşacağı, 2100 yılı itibarıyla ise %33,6 seviyesinde sabitleneceği öngörülmektedir. Bu veriler, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda yaşlılık odaklı sosyal, ekonomik ve sağlık politikalarını yeniden yapılandırma gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır (140).

4.3.2. Yaşlılıkta Kayıplar

Yaşlılık döneminde bireyler; eş, çocuk, kardeş, arkadaş gibi hayatında önem verdiği kişilerle ilgili ölümler başta olmak üzere, emeklilikle birlikte çalışma hayatındaki rollerin kaybı, sosyal statünün düşmesi, ek hastalıklar nedeniyle fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, işlevsellik kaybı ve bağımsızlığın yitimi gibi çok boyutlu kayıplarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kayıplar, bireyin hem psikolojik hem de sosyal uyumunu zorlaştırarak, yas tepkilerinin yoğun ve karmaşık bir şekilde deneyimlenmesine neden olmaktadır. Bu kapsamda en yaygın ve en çok araştırılmış kayıp türlerinden biri eş kaybıdır; çünkü bu durum, bireyin yaşamında karşılaşabileceği en stresli olaylardan biri olarak kabul edilmektedir (141). Yaşlı bireylerde eşini kaybetmiş kişilerle yürütülen en kapsamlı çalışmalardan biri olan Yaşlı Nüfusun Yaşamında Dönüşüm (CLOC) projesi, 65 yaş üzeri 1532 evli bireyi kapsamakta ve kayıp öncesi ilişki dinamikleri ile kayıp sonrası 6., 18. ve 48. aylardaki psikolojik tepkileri (anksiyete, depresyon, yas belirtileri şeklinde) değerlendirmektedir. CLOC verileriyle yapılan analizler, yaşlı grupta yas tepkilerinin cinsiyete göre farklılaştığını göstermektedir. Özellikle eşlerine duygusal ya da araç kullanımı açısından yüksek düzeyde bağımlı olan bireylerde, kayıp sonrasında daha yoğun anksiyete ve üzüntü yaşandığı, buna karşın ilişkilerinde çatışma yaşayan bireylerde yas tepkilerinin görece daha hafif olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, kadınların eşlerine araç kullanımı açısından daha fazla bağımlı olması, onların erkeklere kıyasla daha derin yas tepkileri göstermelerine yol açmaktadır (142). Türkiye'de eş kaybı sonrası yaşlı nüfusta ruh sağlığı sonuçlarını cinsiyete göre doğrudan karşılaştıran bir çalışma olmamakla birlikte kültürel bağlamda toplumsal cinsiyet rollerinin farklılığı göz önünde bulundurularak erkeklerin eş kaybı sonrası kadınlardan daha çok zorluk yaşayabileceği söylenebilir. Eş kaybının yaşlı bireyler üzerindeki psikolojik etkileri karmaşık ve çok yönlü olmakla birlikte, bu sürecin yalnızca yıkıma değil, aynı zamanda kişisel gelişime de zemin hazırlayabildiği gözlemlenmiştir. Aynı araştırmacı tarafından eş kaybı yaşamış 297 yaşlı bireyle yürütülen bir başka çalışmada, evlilik sürecinde eşlerine duygusal açıdan bağımlı olan kadınların, eşlerinin kaybı sonrasında kendilik değerlerinin arttığı yaşadıkları saptanmıştır. Benzer biçimde, eşine bağımlı olan yaşlı erkek bireylerin de kayıptan sonra kişisel gelişim gösterdikleri bildirilmiştir. Bu bulgular, eşine bağımlı bireylerin kayıp sonrasında bağımsızlık ve yeterlilik duygularını yeniden yapılandırarak, özsaygılarında olumlu değişim yaşayabildiklerine işaret etmektedir (143).

Richardson, CLOC çalışması kapsamında eş kaybı yaşamış yaşlı bireylerin, hem mezarlık ziyareti, ölen eşi hakkında konuşma, ölüm olayını anlatma gibi kayıp odaklı (*loss-oriented*) hem de arkadaşlarla görüşme, aile bireyleriyle bir araya gelme, sosyal etkinliklere katılma,

toparlanma odaklı (*restoration-oriented*) faaliyetlerini ve bu aktivitelerin ruhsal iyilik hâli üzerindeki etkilerini incelemiştir. Elde edilen bulgular, Stroebe ve Schut'un (2010) Yasın İkili Süreç Modeli'ni desteklemektedir. Bu modele göre, yas süreci doğrusal bir seyir izlemez; bireyler kayıp odaklı duygular ile toparlanmaya yönelik faaliyetler arasında dönüşümlü olarak ilerlerler (144, 145).

Eş kaybı yaşayan yaşlı bireylerde uzamış/komplike yas, depresyon ve intihar düşünceleri ile ilişkili çeşitli psikososyal değişkenler farklı çalışmalarda kapsamlı biçimde incelenmiştir. Stroebe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, eşini kaybetmiş yaşlı bireylerde intihar düşüncelerinin kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Bu durumun özellikle algılanan sosyal desteğin yetersizliği ve yalnızlık duygusunun yoğunluğu ile ilişkili olduğu bildirmiştir (146). Benzer şekilde, Danimarka'da gerçekleştiren başka bir araştırmada, dul ve çok ileri yaştaki erkek bireylerde intihar riskinin, orta yaşlı erkeklere göre yaklaşık 15 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (147). Bu bulgular, yaşlılıkta özellikle erkeklerde eş kaybı sonrası intihar riski açısından dikkatli bir değerlendirme yapılması gerektiğini göstermektedir.

Eş kaybı yaşamış yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada, komplike yas tanısı bulunanlar ile bulunmayanlar karşılaştırılmış ve komplike yasın yalnızca başlangıç düzeyindeki depresyon varlığıyla anlamlı şekilde ilişkili olduğu; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, iş durumu, bilişsel işlevler ve günlük yaşam aktiviteleri gibi diğer demografik ve işlevsel değişkenlerle anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (10). Benzer şekilde başka bir araştırmada, eş kaybı yaşayan yaşlı bireylerde depresyon ve komplike yas şiddetinin artması ile birlikte intihar düşüncelerinde de artış gözlendiğini ve bu durumun azalan sosyal destek algısıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (148). Ayrıca alanyazında sosyal etkinliklere katılımın eş kaybı sonrası azaldığını, bu nedenle başa çıkma sürecinde sosyal katılımın teşvik edilmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır (149).

4.3.3. Yaşlılık Döneminde Uzamış Yas Bozukluğu Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Hollanda'da yürütülen Rotterdam Çalışması kapsamında, 55 yaş ve üzeri 5741 kişilik örneklem üzerinde gerçekleştirilen araştırmada, komplike yas yaygınlığı %4,8 olarak saptanmıştır; bu oran kadınlarda %6, erkeklerde ise %3,2 olarak rapor edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden 1089'unun kayıp yaşadığı ve yas tuttuğunu bildirmiş, bu kişilerin 812'si doğal yas süreci olarak değerlendirilmiş, 277 kişiye ise komplike yas tanısı konulmuştur. Bulgular, komplike yas yaşayan bireylerin genellikle daha ileri yaşta, daha düşük eğitim seviyesine sahip ve bilişsel açıdan daha fazla bozulma gösteren kişiler olduğunu ortaya

koymuştur. Ayrıca, bu grupta anksiyete ve depresif belirtilerinin sık görüldüğü, ancak bu psikopatolojilere çoğunlukla başka ruhsal bozuklukların eşlik etmediği belirtilmiştir (9). Rotterdam kohortu verileri kullanılarak yapılan bir devam çalışmasında, 6 yıllık ileriye dönük izlemde başlangıçta ölçülen yas şiddeti, yasın sürmesiyle anlamlı ilişki gösteren tek yordayıcı değişken olarak bulunmuştur. Bu yeni çalışmadan elde edilen veriler, yas tepkisinin kalıcılığının, esasen başlangıç düzeyindeki yas şiddetiyle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (150). Eş kaybı yaşayan 141 yaşlı bireyin dahil edildiği bir boylamsal çalışmada, komplike yas yaygınlığı %17 olarak saptanmıştır. Araştırmacılar, bu grupta özgüven düzeyinin düşük, buna karşılık depresyon belirtilerinin, ani ölüm yaşantısının ve eşe duyulan bağımlılığın daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (151).

Ortalama 2,58 yıl (ss = 1,92) önce sevdiklerini kaybeden 72 yaşlı bireyden oluşan örneklemle yapılan bir çalışmada Prigerson'un tanı ölçütlerine göre 18 kişide UYB saptanmış ve yasın şiddeti ile kayıp zamanı, ilkel savunma mekanizmalarının kullanımı, sebat etme (*persistence*) ve yas tutan kişinin yaşı arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Öte yandan, kaybedilen kişinin yaşı ve iş birliği yasın şiddetiyle negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, UYB tanısını öngören değişkenler arasında cinsiyet, ölen kişiyle olan yakınlık, kayıptan sonra geçen süre, kendini yönetme (*self-directedness*) ve kendini aşma (*self-transcendence)* gibi mizaç ve karakter özellikleri yer alırken; ölen kişinin yaşı ve işbirliği düzeyinin de negatif yordayıcılar olduğu belirlenmiştir (152).

2865 yaşlı bireyin değerlendirildiği bir diğer çalışmada UYB'nin yaygınlık oranı, kullanılan tanı algoritması ve kesme puanına bağlı olarak %0,8 ile %5,2 arasında değişiklik göstermiştir. PG-13 ölçeği puanları ile depresif belirtiler, uyku bozuklukları, yaşam doyumunun azalması ve yaşam kalitesi düşmesi arasında ilişki bulunmuştur. UYB'yi öngören başlıca etmenler arasında kadın cinsiyet, kaybın üzerinden geçen sürenin az olması, birden fazla kayıp yaşanması, çocuk, eş ya da kardeş kaybı ve düşük sosyal destek düzeyi yer almaktadır. Bu çalışmanın bulguları da UYB'nin olumsuz ruh sağlığı sonuçlarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (153). 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde UYB yaygınlığını ele alan ilk derleme çalışması, mevcut araştırmaların metodolojik sınırlamalar taşımasına rağmen, bu yaş grubundaki bireylerin UYB yaşama oranının %10 olduğunu bularak, genel yaslı yetişkin nüfusuyla benzer düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (6).

Eş kaybı yaşayan bireylerde mortalite riskinin arttığı çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. 1046 evli bireyle yürütülen ileriye dönük bir izlem çalışmasında, eş kaybı sonrası

ilk altı ay içinde ölüm riskinin 65–74 yaş grubunda 1,69, 75 yaş ve üzerindeki grupta ise 1,79 kat arttığı saptanmış ve bu artış, eş kaybı öncesine ait demografik ve sağlıkla ilgili değişkenler kontrol edildiğinde dahi anlamlılığını korumuştur (154). Bu çalışmaya paralel olarak yürütülen bir başka ileriye dönük epidemiyolojik çalışmada, eş kaybı sonrası ilk altı ayda mortalite oranı kadınlarda %50, erkeklerde ise %40 olarak bildirilmiştir. Yaş gruplarına göre yapılan analizde, yaşlanma ile birlikte erkeklerdeki ölüm oranlarında azalma, kadınlarda ise bu oranın görece sabit kaldığı belirlenmiştir (155).

Yakın zamanlı yapılan çalışmalar da eş kaybı yaşayan bireylerde ölüm riskinin belirgin şekilde arttığını tutarlı biçimde ortaya koymuş ve bu riskin, özellikle erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (156-158). Bir kohort çalışmasında, eş kaybının hemen ardından yaşanan işlevsellik düzeyleri değerlendirildiğinde, dul kalmanın, kanser ve demans olgularında belirgin bir işlev kaybı ile ilişkili olduğu saptanmış; ayrıca, eş kaybının kanserli bireylerde ölüm riskinde %8, demanslı bireylerde ise %14 oranında artış ile ilişkilendirilmiştir (159). Tüm bu bulgular, yaşlı bireylerde kayıp deneyimlerinin yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik düzeyde yaşam süresini etkileyebilecek derecede ciddi bir risk etmeni olduğunu ortaya koymakta; bu nedenle, yas süreçlerinin multidisipliner bir yaklaşımla dikkatli ve bütüncül bir şekilde ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

4.3.4. Yaşlılıkta Uzamış Yas Bozukluğu Tedavisi

Yaşlı bireylerde komplike yas ve UYB tedavisine yönelik sınırlı sayıdaki araştırmada psikoterapi ve farmakoterapinin etkin olduğu gösterilmiştir. Bu kapsamda yürütülen bir çalışmada, 50 yaş ve üstü bireylerde uygulanan komplike yas terapisi, kişilerarası psikoterapiye kıyasla iki kat daha yüksek yanıt oranı göstermiştir (160). Benzer şekilde, bilişsel davranışçı yaklaşımların etkisini değerlendiren başka bir araştırmada, orta yaşlı 80 kişiye 10 haftalık grup bilişsel davranışçı terapi uygulanmış, ek olarak kişilere 4 seans bireysel maruziyet terapisi veya destekleyici danışmanlık verilmiştir. Maruziyet terapisi eklenen gruplar, depresif belirtilerde, işlev kaybında ve olumsuz düşüncelerde daha yüksek düzeyde iyileşme göstermiştir (161).

Psikolojik uyumu etkileyen etmenler açısından yapılan bir derlemede, 65 yaş ve üzeri bireylerde eş kaybına ilişkin beş temel değişken tanımlanmıştır: kayıp öncesindeki eşle olan ilişki, sosyal destek düzeyi, kayıptan sonra anlam bulma ve maneviyata yönelme, hayatta kalan eşin kişilik özellikleri ve ölümün özellikleri. Bu sonuçlar, psikolojik destek ve terapi süreçlerinde, özellikle anlam bulma ve sosyal destek yapılarını güçlendirme odaklarının önemli müdahale bileşenleri olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir (162).

Farmakoterapiye yönelik bulgular daha sınırlı olmakla birlikte, bazı çalışmalar ilginç sonuçlar sunmaktadır. Bir çalışmada nortriptilin tek başına plasebodan daha etkili bulunurken, kişilerarası psikoterapi yaşlılarda kayıp sonrası görülen depresyonda etkisiz kalmıştır (163). Sertralin ve nortriptilin kombinasyonuyla yürütülen başka bir çalışmada ise, bu ilaçlarla yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde belirgin düzelme sağlanmıştır (164). Ayrıca, yasa bağlı depresyon nedeniyle nortriptilin tedavisi görenlerde özellikle hızlı göz hareketi (REM) uykusunda iyileşme olduğu da saptanmıştır (165).

Güncel alanyazında, teknoloji destekli müdahalelerin yaşlı bireylerin yas sürecinde fayda sağlayabileceğine dair bulgular artmaktadır. Özellikle çevrimiçi kendine-yardım programları, yaşlı bireylerin kayıpla baş etme süreçlerinde erişilebilir, esnek ve kişiselleştirilebilir bir destek aracı olarak dikkat çekmektedir. Bu dijital müdahaleler, geleneksel yüz yüze terapilere ek olarak veya ulaşılması güç bireyler için alternatif bir yaklaşım olarak ümit vadeden tamamlayıcı seçenekler arasında değerlendirilmektedir (166).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Katılımcılar

Bu çalışma kesitsel nitelikte ve tek merkezli olarak planlanmış olup veriler görüşme/anket araçları yoluyla toplanmıştır. Ekim 2024 ile Haziran 2025 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatrik Psikiyatri Ünitesi polikliniği ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran hastalardan araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Altmış beş yaş üstü, en az ilkokul mezunu ve Standardize Mini Mental Test'ten en az 21 puan almış, her iki poliklinikten 105'er, toplamda 210 hastaya (120 kadın, 90 erkek) ulaşılmıştır.

Katılımcılar için dışlama ölçütleri:

1. Okur yazar olmamak
2. Majör Nörobilişsel Bozukluk (demans) tanısı olmak
3. Mental Retardasyon, Bipolar Afektif Bozukluk, Şizofreni veya Şizoafektif bozukluk tanısı olmak
4. Test yapmaya engel teşkil edebilecek düzeyde duyu kusuru olmak

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca 12.09.2024 tarih ve İ08-595-24 sayılı karar no ile onaylanan araştırmanın giderleri, araştırmacılar tarafından karşılanmış olup herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Bu çalışma "Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar ve Helsinki Bildirgesi" prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiş, hasta gruplarına planlanan araştırmanın amaçları ve yapılış biçimi anlatılarak yazılı onamları alınmıştır. Örnek onam formları ekte sunulmuştur (Ek-1).

5.2. Veri Toplama Uygulaması

Çalışmaya alınan tüm katılımcıların detaylı psikiyatrik muayenesi kıdemli uzman bir psikiyatrist tarafından yapılmıştır. Tüm katılımcılar için sosyodemografik ve klinik bilgileri

içeren veri toplama formu doldurulmuştur. Dahil edilme ölçütlerini karşılayan tüm gönüllü katılımcılara aşağıda ayrıntıları verilen Standardize Mini-Mental Test (SMMT), Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ), Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13), Holmes-Rahe Stres Ölçeği (HRSÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği-30 (GDÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır. Ölçeklerden SMMT ve CKİ araştırıcı tarafından uygulanmış, geri kalan ölçekler ise özbildirim ölçekleri olup katılımcılar tarafından uygulayıcı gözetiminde doldurulmuştur. Bahsedilen ölçekler kullanıma açık olduklarından yazarlarından izin alınmamıştır.

5.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Tüm katılımcılar için çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik ve klinik verileri içeren veri toplama formu kullanılmıştır. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu gibi sosyodemografik bilgileri; tanısı, hastalık süresi, aldığı tedaviler, fiziksel hastalık öyküsü, sigara-alkol kullanımı gibi klinik verileri ve tüm kayıplarına ilişkin ayrıntılı soruları içermektedir. Veri toplama formu ekte sunulmuştur (Ek-2).

5.2.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

SMMT oryantasyon, kayıt hafızası, bellek, dikkat ve lisan başta olmak üzere çeşitli bilişsel işlevleri değerlendirmeyi sağlayan bir testtir (166). Kolay ve kısa zamanda uygulanabilir bir test olan SMMT bilişsel bozuklukların tanısında ve takibinde yaygın olarak kullanılmaktadır, düşük puanlar düşük bilişsel kapasiteyi göstermektedir. Test oryantasyon, kayıt belleği, dikkat ve hesap yapma, lisan ve hatırlama alt bölümlerinden oluşmaktadır. SMMT'den alınabilecek en yüksek puan 30'dur, 24 ve puan altındaki skorlar ise bilişsel kapasitedeki kaybı gösterir. SMTT'in eğitimliler ve eğitimsizler için 2 formu bulunmakta olup, bu çalışmada eğitimliler için geliştirilen form kullanılmıştır. Eğitimliler için geliştirilen formun Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (167). Ölçek Ek-3'te sunulmuştur.

5.2.3. Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ)

CKİ çalışmalarda mortaliteyi yordayan komorbid hastalıkların sınıflandırılması amacıyla geliştirilmiştir (168). Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır, bazı hastalıklar için farklı derecelendirmeler ölçekte mevcuttur. Ölçeğin değerlendirilmesinde hastanın komorbid

hastalıklardan aldığı puanlar toplanarak toplam skor elde edilir. Bu toplam skora hastaların yaşı için de ayrıca bir yaş skoru eklenerek nihai ölçek skoru belirlenir. CKİ, uluslararası literatürde geçerliliği ve prognostik gücü yüksek bir indeks olarak kullanılmaktadır (169). Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliği test edilmemiş olsa da Türkiye'de yapılan klinik çalışmalar indeksin prognostik değerini vurgulamıştır (170, 171). Ölçek Ek-4'te sunulmuştur.

5.2.4. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13)

PG-13, Uzamış Yas Bozukluğunun belirtilerini değerlendirmek için Prigerson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiş bir özbildirim ölçeğidir. Ölçek, UYB'ye özgü ayrılık sıkıntısı ve bilişsel duygusal davranışları değerlendiren Likert tipi 11 adet soru ve 2 adet evet/hayır sorusundan oluşmaktadır. On bir Likert tipi soru UYB belirtilerini değerlendirme aracı olarak kullanırken, 2 adet "evet/ hayır" sorusu zaman ölçütünü ve mesleki işlevselliği değerlendirmek amaçlı kullanılmaktadır. Işıklı ve Keser'in (2022) çalışması PG-13'ün Türkçe formunun, Türk kültüründe yas yaşayan yetişkinlerde UYB şiddetini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuş (Cronbach $\alpha = 0.90$); ayrıca hem açımlayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizleri ile test edilmiştir. Her iki analizde de ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu doğrulanmıştır (172). Ölçek Ek-5'te sunulmuştur.

5.2.5. Holmes-Rahe Stres Ölçeği (HRSÖ)

HRSÖ, Holmes ve Richard tarafından stresli yaşam olaylarının psikiyatrik sorunlara yol açıp açmadığının belirlemek üzere geliştirilmiş bir ölçektir (141). Ülkemizde ilk olarak Birsöz tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve uygulanmış olup bir özbildirim ölçeği olarak kullanılmaya devam etmiştir (173). Bu ölçek, stresli yaşam olaylarının psikiyatrik bozukluk geliştirme riskini öngörmeyi amaçlar. Toplamda 150 ve altındaki puanlar 2 yıl içerisinde psikiyatrik bozukluk gelişme olasılığının düşük olduğunu (yaklaşık %30) gösterirken, 150 ile 300 arasındaki puanlar psikiyatrik bozukluk geliştirme riskinin orta şiddete (yaklaşık %50) olduğunu göstermektedir. Toplamda 300 ve üzerindeki puanlar ise 2 yıl içerisinde psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin yüksek (yaklaşık %80) olduğunu göstermektedir. Ölçek Ek-6'da sunulmuştur.

5.2.6. Geriatrik Depresyon Ölçeği-30 (GDÖ)

GDÖ'nün 30 maddelik uzun formu, Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilen, yaşlılarda tanısal değeri kısıtlı bedensel şikâyetleri ve potansiyel olarak karışıklığa neden olabilecek maddeleri dışlayarak depresyonu değerlendiren bir ölçektir. Ölçek özbildirim ölçeği olup, 30 adet "evet/ hayır" şeklinden cevaplanabilen sorudan oluşmaktadır. Depresyon lehine her yanıt 1 puan iken depresyon lehine olmayan her yanıt 0 puan olarak puanlandırılır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0-10 puan arası normal, 11-20 puan arası hafif depresyon iken, 21 puan ve üzeri ise şiddetli depresyon olarak kabul edilir. Ölçeğin kesme değeri 14 puan kabul edildiğinde ölçeğin duyarlılığı %90, özgüllüğü %94 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Ertan ve arkadaşları tarafından yapılmış ve iç tutarlılığı yüksek (Cronbach $\alpha = 0.92$); olarak saptanmıştır (174). Ölçek Ek-7'de sunulmuştur.

5.2.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

HADÖ, Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, ayaktan tedavi gören hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerinin değerlendiren bir ölçektir (175). HADÖ öz bildirim ölçeği olup tarama amaçlı olarak kullanılmaktadır. HADÖ toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 7 maddelik Depresyon alt ölçeğinden, 7 maddelik Anksiyete alt ölçeğinden oluşmaktadır. Her madde 4 sorudan oluşmaktadır, her maddeden 0 ile 3 puan arasında puan alınmaktadır. Her bir alt ölçekten 0 ile 21 puan arasında puan alınabilmektedir. Her bir alt ölçek için, 0-7 puan normal iken, 8-10 puan olası bir bozukluğu, 11 ve üzeri puan ise muhtemel bir bozukluğu göstermektedir (176). Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0.77 olarak bulunmuştur (177). Ölçek Ek-8'de sunulmuştur.

5.2.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen, sosyal desteği değerlendiren bir özbidirim ölçeğidir (178). Ölçek 12 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır, katılımcı her maddeden en az katıldığı cümleye 1, en çok katıldığı cümleye 7 puan verebilmektedir. ÇBASDÖ aile, arkadaş ve özel bir diğer insan olmak üzere üç farklı gruptan algılanan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirilmesini içerir. Alt ölçeklerin her birinden 4-28 puan alınabilirken, ölçekten toplamda 12-84 puan alınabilmektedir. Ölçekte puanın yüksek olması sosyal desteğin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Psikiyatri örneklemi için iç

tutarlılık Cronbach alfa yöntemi ile hesaplanmış; toplam ölçek puanı için 0.86, aile, arkadaş ve özel bir insan alt ölçekleri için sırasıyla 0.83, 0.84, 0.88 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç iç tutarlılığın kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermiştir (179). Ölçek Ek-9'da sunulmuştur.

5.3. İstatistiksel Analiz

Çalışma öncesinde örneklem sayısını belirlemek için G*Power v3.1 programı aracılığıyla güç analizi yapılmış, bağımsız örneklem t – testine göre %95 güven aralığı (1-α), %95 test gücü (1-β), için her bir grupta alınması gereken denek sayısı 105 olarak belirlenmiştir (180).

Kategorik veriler için gruplar arasında fark olup olmadığı ki-kare (χ^2) testi ile belirlenmiştir. Elde edilen sürekli verilerin dağılımının normal olup olmadığı Shapiro-Wilk testi, çarpıklık ve basıklık değeri, q-q plot grafiği ve boxplot grafiği kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli veriler için dağılımın normal olduğu durumlarda grupların karşılaştırmaları bağımsız örneklem t-testi ile yapılmıştır. Sürekli verilerin karşılaştırıldığı durumlarda dağılım normal ise bağımsız örneklem t-testi, dağılımın normal olmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizleri için veri dağılımının normal olduğu durumlarda Pearson korelasyon testi, veri dağılımının normal olmadığı durumlarda ise Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Tablolarda normal dağılım gösteren veriler ortalama ± standart sapma, normal olmayan dağılım gösterenler ortanca [minimum-maksimum], kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde ifade edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences-SPSS (versiyon 27) programı kullanılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tablo-2 ve Tablo-3'te katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından, Tablo-4'te kayıpla ilgili değişkenler açısından karşılaştırmaları verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 210 katılımcıdan 90'ı erkek (%42,9) ve 120'si kadındı (%57,1). İki grup arasında kadın-erkek dağılımı, ortalama yaş, çalışma durumu ve toplam kayıp sayısı açısından fark bulunmamaktaydı. İki grup arasında eğitim durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişi, yası tutulan kişi, yası tutulan kişinin ölüm şekli, kayıptan sonra psikolojik destek alma ve düzenli alkol kullanma durumu bakımından istatiksel olarak anlamlı fark saptandı. Geriatrik Psikiyatri grubunda toplam eğitim süresi Geriatri grubunda kıyasla istatiksel olarak anlamlı derecede düşüktü. Geriatrik Psikiyatri grubunda dul olan katılımcı sayısı, yalnız yaşama oranı, eş kaybı, ani/beklenmedik ölüm ve psikolojik destek alma oranı daha fazlaydı. Geriatri grubunda düzenli alkol kullanma oranı istatiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı. Her iki grupta en sık kayıp türü ebeveyn kaybı ve en sık ölüm nedeni yaşlılık/kronik hastalıklardı. Tüm katılımcıların 10'nunun yası tutulan kişinin ölümü üzerinden geçen süresi 0-6 ay iken, 10'unun 6-12 ay, 16'sının 1-2'yıl ve kalan 174'ünün ise 2 yıldan fazla idi.

Her iki grubun Charlson komorbidite indeksi skorları benzerdi. Geriatri polikliniğine başvuran olgular başvuru öncesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip değilken, Geriatrik Psikiyatri polikliniğine başvuran olguların 61'inde Anksiyete Bozukluğu, 37'sinde Majör Depresif Bozukluk, 3'ünde Uyku Bozukluğu saptandı. Geriatrik Psikiyatri polikliniğine başvuran olguların 4'ünde ise herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmadı. Sonuç olarak çalışmaya katılan 109 katılımcıda herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmadığı görüldü. Her iki grupta yapılan psikiyatrik muayene sonrasında Geriatrik Psikiyatri grubunda 16, Geriatri grubunda 8 kişi olmak üzere toplam 24 (%11,4, n=210) olguya UYB tanısı konuldu. Geriatrik Psikiyatri ve Geriatri örneklemlerinde UYB tanı sıklığı benzer bulundu.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin istatiksel olarak karşılaştırılması

		Geriatrik Psikiyatri grubu (n = 105)	**Kontrol (Geriatri) grubu** (n = 105)	**İstatiksel Analiz**
Yaş (Yıl) (ortalama ± standart sapma)		71,77 ± 4,93	71,93 ± 5,89	t = -0,216 *p* = 0,829
Cinsiyet (%)	Kadın Erkek	64(%61) 41 (%39)	56 (%53,3) 49 (%46,7)	χ2 = 1,244 *p* = 0,265
Eğitim durumu (%)	İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul ve üzeri	61 (%58,1) 14 (%13,3) 22 (%21) 8 (%7,6)	43 (%41) 10 (%9,5) 26 (%24,8) 26 (%24,8)	**χ2 = 13,645** ***p* = 0,003**
Toplam eğitim süresi (yıl) **(**ortalama ± standart sapma)		7,43 ± 3,13	8,89 ± 3,63	**t = -1,133** ***p* = 0,002**
Medeni Durum (%)	Bekar Evli Boşanmış Dul	3 (%2,9) 59 (56,2) 7 (%6,7) 36 (%34,3)	4 (%3,8) 80 (%76,2) 7 (%6,7) 14 (13,3)	***p* = 0,003**[a]
Birlikte yaşadığı kişi (%)	Eşi Yalnız Eşi ve çocuğu Çocuğu Diğer	38 (%36,2) 34 (%32,4) 20 (%19) 9 (%8,6) 4 (%3,8)	67 (%63,8) 17 (16,2) 9 (%8,6) 9 (%8,6) 3 (%2,9)	***p* < 0,001**[a]
Çalışma durumu (%)	Emekli Ev Hanımı Çalışıyor	59 (%56,2) 45 (%42,9) 1 (%1)	68 (%64,8) 33 (%31,4) 4 (%3,8)	*p* = 0,134[a]

t: bağımsız örneklem t testi, χ^2: Ki-kare testi, [a]: Fischer's exact testi, *p*: anlamlılık değeri

Tablo 3. Katılımcıların klinik özelliklerinin istatiksel olarak karşılaştırılması

		Geriatrik Psikiyatri grubu (n = 105)	**Kontrol (Geriatri) grubu** (n = 105)	**İstatiksel Analiz**
Charlson komorbidite indeksi skoru **(**ortalama ± standart sapma)		3,71 ± 1,25	3,57 ± 1,34	t = 208 *p* = 0,425
Düzenli alkol kullanma durumu (%)	Var Yok Sosyal Kullanım	6 (%5,7) 95 (%90,5) 4 (%3,8)	10 (%9,5) 80 (%76,2) 15 (%14,3)	**χ2 = 8,654** ***p* = 0,013**
Uzamış yas bozukluğu tanısı (%)	Var Yok	16 (%15,2) 89 (%84,8)	8 (%7,6) 97 (%92,4)	χ2 = 3,011 *p* = 0,128
Ek psikiyatrik tanı (%)	Anksiyete bozukluğu Major depresif bozukluk Uyku bozukluğu Bulunmayan	61 (%58,1) 37 (%35,2) 3 (%2,9) 4 (%3,8)	 105 (%100)	***p* < 0,001**[a]

t: bağımsız örneklem t testi, χ^2: Ki-kare testi, [a]: Fischer's exact testi, *p*: anlamlılık değeri

Tablo 4. Katılımcıların kayıpla ilgili değişkenlerinin istatiksel olarak karşılaştırılması

		Geriatrik Psikiyatri grubu (n = 105)	**Kontrol (Geriatri) grubu** (n = 105)	**İstatiksel Analiz**
Öznel dindarlık değeri (ortalama ± standart sapma)		6,13 ± 1,81	5,65 ± 2,60	t = 1,572 *p* = 0,117
Toplam kayıp sayısı (ortalama ± standart sapma)		4,03 ± 1,87	3,90 ± 1,98	t = 0,466 *p* = 0,642
Yası tutulan kişi (%)	Ebeveyn Eş Çocuk Kardeş Diğer	43 (%41) 22 (%21) 11 (%10,5) 13 (%12,4) 16 (%15,2)	47 (%44,8) 10 (%9,5) 8 (%7,6) 30 (%28,6) 10 (%9,5)	**$\chi 2 = 13,257$** ***p* = 0,009**
Yası tutulan kişinin ölümü üzerinden geçen süre (%)	0-6 ay 6-12 ay 1-2 yıl 2 yıldan fazla	4 (%3,8) 6 (%5,7) 12 (%11,4) 83 (%79)	6 (%5,7) 4 (%3,8) 4 (%3,8) 91 (%86,7)	*p* = 0,150[a]
Yası tutulan kişinin ölüm yaşı (yıl) (ortalama ± standart sapma)		63,48 ± 20,94	60,89 ± 23,16	t = 0,850 *p* = 0,396
Yası tutulan kişinin ölüm nedeni (%)	Yaşlılık/Kronik Hastalık Nedeni Bilinmeyen Kaza Cinayet İntihar Doğal Afet	66 (%62,9) 27 (%25,7) 7 (%6,7) 1 (%1) 2 (%1,9) 2 (%1,9)	65 (%61,9) 25 (%23,8) 12 (%11,4) 0 (%0) 2 (%1,9) 1 (%1)	*p* = 0,788[a]
Yası tutulan kişinin ölüm şekli (%)	Ani/ beklenmedik Beklenen	78 (%74,3) 27 (%25,7)	58 (%55,2) 47 (%44,8)	**$\chi 2 = 8,347$** ***p* = 0,006**
Yası tutulan kişinin cenaze törenine katılma durumu (%)	Katılmış Katılmamış	91 (%86,7) 14 (%13,3)	95 (%90,5) 10 (%9,5)	$\chi 2 = 0,753$ *p* = 0,386
Yası tutulan kişinin anma törenine katılma durumu (%)	Katılmış Katılmamış	87 (%82,9) 18 (%9,5)	93 (%87,6) 12 (%7,6)	$\chi 2 = 1,400$ *p* = 0,237
Yası tutulan kişinin mezarını ziyaret etme sıklığı (%)	Yılda 1-2 kez Yılda 3-4 kez Yılda 6-12 kez Yılda 1'den az Etmiyor	54 (%51,4) 9 (%8,6) 21 (%20) 6 (%5,7) 15 (%14,3)	53 (%50,5) 8 (%7,6) 15 (%14,3) 9 (%8,6) 19 (%18,1)	*p* = 0,782[a]
Yası tutulan kişinin ölümünden sonra psikolojik destek alma durumu (%)	Almamış Psikoterapi İlaç tedavisi Psikoterapi+ilaç tedavisi	76 (%72,4) 2 (%1,9) 19 (18,1) 8 (%7,6)	97 (%92,4) 1 (%1) 3 (%2,9) 4 (%3,8)	***p* < 0,001[a]**

t: bağımsız örneklem t testi, χ^2: Ki-kare testi, [a]: Fischer's exact testi, *p*: anlamlılık değeri

6.2. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Geriatrik Psikiyatri grubunun PG-13 ölçeği toplam puanı Geriatri grubuna kıyasla istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (t:3,798, *p* <0,001). Ayrıca erkek ve kadın cinsiyet grupları arasında PG-13 ölçeği toplam puanı bakımından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (*p*:0,122). Geriatrik Psikiyatri grubunun HADÖ depresyon alt ölçek toplam puanı Geriatri grubuna kıyasla istatiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (t:-2,131, *p*:0,034). Geriatri grubunun çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arkadaş alt puanı Geriatrik Psikiyatri grubuna kıyasla istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (t:-2,056, *p*:0,041). Geriatri grubunun çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı Geriatrik Psikiyatri grubuna göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (t:-2,121, *p*:0,035). Tablo-5'te katılımcıların ölçek puanları ve istatiksel karşılaştırmaları sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların ölçek puanları ve özellikleri ile bu özelliklerin istatiksel olarak karşılaştırılması

		Geriatrik Psikiyatri grubu (n = 105)	**Kontrol (Geriatri) grubu** (n = 105)	**İstatistiksel Analiz**
SMTT puanı (ortalama ± standart sapma)		26,47 ± 2,50	26,88 ± 2,73	t = -1,133 *p* = 0,258
GDÖ-30 (ortalama ± standart sapma)		9,79 ± 7,17	8 ± 6,50	t = -1,896 *p* = 0,059
GDÖ-30 kesme puanına göre (%)	**<14 puan** **≥14 puan**	74 (%70,5) 31 (%29,5)	83 (%79) 22 (%21)	χ2= 2,044 *p* = 0,153
HADÖ anksiyete alt ölçek puanı (ortalama ± standart sapma)		5,71 ± 4,53	4,92 ± 3,84	t = 1,363 *p* = 0,174
HADÖ anksiyete alt ölçeği kesme puanına göre (%)	**<10 puan** **≥10 puan**	84 (%80) 21 (%20)	93 (%88,6) 12 (%11,4)	χ2= 2,912 *p* = 0,088
HADÖ – depresyon alt ölçek puanı (ortalama ± standart sapma)		4,36 ± 3,86	5,51 ± 3,98	**t = -2,131** ***p* = 0,034**
HADÖ – depresyon alt ölçeği kesme puanına göre (%)	**<7 puan** **≥7 puan**	77 (%73,3) 28 (%26,7)	67 (%63,8) 38 (%36,2)	χ2= 2,210 *p* = 0,137
HRSÖ puanı (ortalama ± standart sapma)		51,97 ± 43,33	57,66 ± 48,93	t = -0,891 *p* = 0,374
ÇBASDÖ toplam puanı (ortalama ± standart sapma)		56,84 ± 14,31	61,38 ± 16,64	**t = -2,121** ***p* = 0,035**
ÇBASDÖ aile alt ölçek puanı (ortalama ± standart sapma)		23,06 ± 4,98	24,31 ± 5,18	t = -1,793 *p* = 0,074
ÇBASDÖ arkadaş alt ölçek puanı (ortalama ± standart sapma)		17,75 ± 6,96	19,80 ± 7,47	**t = -2,056** ***p* = 0,041**
ÇBASDÖ özel bir insan alt ölçek puanı (ortalama ± standart sapma)		15,93 ± 6,48	17,25 ± 8,50	t = -1,260 *p* = 0,209
PG-13 toplam puanı (ortalama ± standart sapma)		26,96 ± 8,88	22,46 ± 8,30	**t = 3,798** ***p* < 0,001**

t: bağımsız örneklem t testi, χ^2: Ki-kare testi, *p*: anlamlılık değeri, SMTT: Standardize Mini Mental Test, GDÖ-30: Geriatrik Depresyon Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HRSÖ: Holmes-Rahe Stres Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, PG-13: Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği

6.3. Sosyodemografik, Klinik Veriler ve Ölçek Puanları ile PG-13 Ölçeği Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Geriatrik Psikiyatri grubunda PG-13 ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek olsa da UYB tanısı alma bakımından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadığı için korelasyon analizlerine tüm grup dahil edildi (n=210). Sosyodemografik, klinik veriler ve ölçek puanları ile uzamış yas bozukluğu ölçeği toplam puanı arasındaki korelasyon analizi Tablo 6'te sunulmuştur. Tüm olgular dahilinde yapılan analiz sonucunda PG-13 Ölçeği toplam puanı ile öznel dindarlık değeri, toplam kayıp sayısı, HRSÖ, GDÖ-30, HADÖ anksiyete ve depresyon alt tipleri puanları arasında pozitif yönlü istatiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. PG-13 ölçeği toplam puanları ile diğer sosyodemografik, klinik veriler ve ölçek puanları arasında istatiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır ($p > 0,05$). PG-13 ölçeği toplam puanları ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan sosyodemografik, klinik veriler ve ölçek puanlarının kendi arasındaki korelasyon analizi Tablo 7'de sunulmuştur. Toplam kayıp sayısı ile öznel dindarlık değeri ve HRSÖ puanı arasında pozitif yönlü istatiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır. Ek analizlerde dindarlık kontrol edildiğinde (kovaryant), depresyon puanları ile toplam kayıp sayısı ilişkili bulunmamıştır.

Tablo 6. Sosyodemografik, klinik veriler ve ölçek puanları ile PG-13 Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=210)

	Korelasyon katsayısı (r)	**Anlamlılık düzeyi (*p*)**
Yaş (yıl)	r = -0,047	*p* = 0,502
Toplam eğitim süresi (yıl)	r = -0,109	*p* = 0,116
Öznel dindarlık değeri	**r = 0,199**	***p* = 0,004**
Toplam kayıp sayısı	**r = 0,198**	***p* = 0,004**
Charlson Komorbidite İndeksi skoru	r = -0,015	*p* = 0,834
Yası tutulan kişinin ölüm yaşı (yıl)	r = -0,037	*p* = 0,594
Holmes-Rahe Stres Ölçeği puanı	**r = 0,213**	***p* = 0,002**
Standardize Mini Mental Test puanı	r = -0,129	*p* = 0,062
Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı	**r = 0,426**	***p* < 0,001**
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete alt puanı	**r = 0,387**	***p* < 0,001**
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon alt puanı	**r = 0,276**	***p* < 0,001**
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam puanı	r = -0,082	*p* = 0,239
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt puanı	r = -0,067	*p* = 0,332
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaş alt puanı	r = -0,096	*p* = 0,166
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt puanı	r = -0,034	*p* = 0,628

r: Pearson korelasyon katsayısı, *p*: anlamlılık değeri

Tablo 7. PG-13 Ölçeği toplam puanı ve bu puanla anlamlı düzeyde ilişkili değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi (n=210)

	PG-13 Ölçeği toplam puanı	**Öznel dindarlık değeri**	**Toplam kayıp sayısı**	**HRSÖ puanı**	**GDÖ-30 puanı**	**HADÖ - Anksiyete alt puanı**	**HADÖ- Depresyon alt puanı**
PG-13 Ölçeği toplam puanı	r = 1.000						
Öznel dindarlık değeri	**r = 0,199** ***p* = 0,004**	r = 1.000					
Toplam kayıp sayısı	**r = 0,198** ***p* = 0,004**	**r = 0,139** ***p* = 0,043**	r = 1.000				
HRSÖ puanı	**r = 0,213** ***p* = 0,002**	r = 0,021 *p* = 0,765	**r = 0,237** ***p* < 0,001**	r = 1.000			
GDÖ-30 puanı	**r = 0,426** ***p* < 0,001**	r = 0,081 *p* = 0,245	r = 0,056 *p* = 0,419	r = 0.111 *p* = 0,108	r = 1.000		
HADÖ - Anksiyete alt puanı	**r = 0,387** ***p* < 0,001**	r = 0,051 *p* = 0,495	r = - 0,075 *p* = 0,277	r = -0.048 *p* = 0,490	**r = 0,615** ***p* < 0,001**	r = 1.000	
HADÖ- Depresyon alt puanı	**r = 0,276** ***p* < 0,001**	r = 0,037 *p* = 0,593	r = - 0,007 *p* = 0,918	r = 0.018 *p* = 0,797	**r = 0,685** ***p* < 0,001**	**r = 0,506** ***p* < 0,001**	r = 1.000

r: Pearson korelasyon katsayısı, *p*: anlamlılık değeri, GDÖ-30: Geriatrik Depresyon Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HRSÖ: Holmes-Rahe Stres Ölçeği

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada aynı üniversite hastanesinin Geriatrik Psikiyatri ve Geriatri polikliniklerine ayaktan başvuran ve demansı olmayan 65 yaş üstü gönüllü katılımcılarda UYB sıklığının ve ilişkili faktörlerin incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular UYB sıklığının %11 civarında olduğuna ve iki örneklemde benzer bulunduğuna işaret etmektedir. Elde edilen bu oran, alanyazında bildirilen genel toplumda UYB yaygınlığının aralığı (%3–13) ile tutarlıdır. Geriatrik Psikiyatri ve Geriatri grubunda fark bulunmaması nedenleri arasında örneklemin sınırlı olması olabilir. Öte yandan bu yaş grubunda kayıp yaşama olasılığı yüksek olduğundan psikiyatri ve psikiyatri dışı olgularda UYB sıklığı benzer çıkmış olabilir.

Toplum temelli çalışmalarda UYB yaygınlığının %3,7 ila %9,2 arasında değiştiği (53, 54), demanslı olguların veya HIV pozitif bireylerin bakımverenleri gibi yüksek risk gruplarında ise bu oranın %20'lerin hatta %50'lerin üzerine çıkabildiği alanyazında bildirilmektedir (55-57). Bu bağlamda, çalışmamız ulaşılan %11,4'lük yaygınlık oranı, meta-analiz ve derleme sonuçlarında bulunan %9,8 ve %13 oranları ile benzerlik göstermekte olup hem toplum temelli hem de klinik örneklem verileri arasında bir geçiş noktasına işaret etmektedir (5, 60). Her ne kadar iki grup arasında istatistiksel açıdan UYB sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmasa da Geriatrik Psikiyatriye başvuran hasta grubunun PG-13 toplam ölçek puanı Geriatriye başvuran hasta grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte, geriatrik grupta UYB sıklığına yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olması, kullanılan tanı ölçütlerindeki farklılıklar ve yöntemsel çeşitlilikler nedeniyle, bu sonuçlar dikkatle ele alınmalıdır. Bizim taramalarımıza göre araştırmamız bu yaş grubunda UYB belirtileri ve sıklığı üzerinde ülkemizde yapılan ilk araştırmadır.

7.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Geriatri grubunun toplam eğitim süresi Geriatrik Psikiyatri grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmakla birlikte her iki grubun eğitimi de ortaokul düzeyindedir. Bu bağlamda iki örneklem eğitim düzeyleri bakımından farklı olarak değerlendirilmeyebilir. Yine de Geriatrik Psikiyatri grubundaki bireylerin daha düşük eğitim almış olmaları, UYB dahil bazı psikiyatrik hastalıklar açısından daha kırılgan olabileceklerini göstermektedir. Bu sonuç düşük eğitim düzeyinin UYB riskini artırabildiğini öne süren alanyazınla da uyumludur (9, 181).

Medeni durum ve birlikte yaşanılan kişi gibi sosyal bağlam değişkenlerinde de iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Geriatrik Psikiyatri grubunda eşini kaybedenlerin oranı (%34,3), Geriatri grubuna göre (%13,3) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, eş kaybının geride kalan bireyi bu yaş grubunda belirgin düzeyde etkilediği, anksiyete ve depresif belirtileri arttırdığı, dolayısıyla bu kişilerin daha çok psikiyatriye baş vurduğu şeklinde yorumlanabilir. Bilindiği gibi bu belirtiler UYB gelişme riskini de arttırmaktadır.

Yalnız yaşayan bireylerin oranı Geriatrik Psikiyatri grubunda daha fazladır (Geriatrik Psikiyatri: 32,4%, Geriatri: %16,2). Yalnız yaşamanın tüm psikiyatrik hastalıklar için risk etmeni olduğu bilinmektedir; dolayısıyla yalnız yaşayanların Geriatrik Psikiyatriye daha sık başvurması bu bağlamda alanyazın ile uyumludur (182).

Kayıp sonrası psikiyatrik destek alma durumları da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Geriatrik Psikiyatri grubundaki bireylerin %27,6'sı bir tür psikolojik destek (psikoterapi, ilaç tedavisi veya her ikisi) alırken, bu oran Geriatri grubunda yalnızca %7,6'dır. İki grubun uzamış yas tanısı açısından benzer olduğu göz önüne alındığında bu bulgu, Geriatri grubundaki bireylerin uzamış yas belirtileri yaşasalar dahi ruhsal destek arayışının daha düşük olduğu ve UYB tanısı konma olasılıklarının azaldığını düşündürmektedir. Psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrik hastalıklar bakımından farkındalığının düşük olması ya da bu yaş grubunda yaşanan kayıpların sağlık çalışanları arasında normal karşılanması Geriatri grubunun daha az psikolojik destek almasına neden olmuş olabilir.

Geriatri grubunda alkol kullanımı anlamlı olarak daha yüksektir. Geriatri grubuna başvuran bireylerinin psikiyatriye erişim oranları daha düşük olduğundan bu gruptaki olguların kendini tedavi amaçlı alkol kullanımının arttığı düşünülebilir. Buna karşın Geriatrik Psikiyatri grubundaki olguların daha çok profesyonel ruh sağlığı desteği aldığı söylenebilir.

Kayıptan en fazla etkilenilen kişinin ölüm şeklinin ani ya da beklenmedik olması, Geriatrik Psikiyatri grubunda anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, travmatik ya da beklenmeyen kayıpların UYB belirti şiddetiyle ilişkisini gösteren alanyazındaki önceki çalışmalarla uyumludur (183, 184).

Gruplar arasında diğer sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmaması da gruplar arasındaki ölçek puanlarının karşılaştırılabilme gücünü artırmaktadır.

7.2. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Belirtildiği gibi Geriatri ve Geriatrik Psikiyatri gruplarına klinik görüşme ile konan UYB tanısı sıklığı açısından fark bulunmamaktadır. Ancak Geriatrik Psikiyatriye başvuran hasta grubunun PG-13 Ölçeği toplam puanı Geriatriye başvuran hasta grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bilindiği kadarıyla alanyazında daha önce bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmamakla beraber, bu sonuç Geriatrik Psikiyatri birimine başvuran bireylerin kontrollere göre daha derin bir yas süreci yaşadıkları, bu yasla başa çıkmada daha fazla zorlandıkları ve bu nedenle profesyonel ruh sağlığı hizmetlerine yöneldiklerini düşündürmektedir. Ayrıca Geriatrik Psikiyatriye başvuran hasta grubunda Geriatriye başvuran hasta grubuna kıyasla ÇBASDÖ toplam puanın düşük olması ve Geriatrik Psikiyatriye başvuran hasta grubunda yalnız yaşama oranın fazla olması uzamış yas belirtilerinin daha şiddetli olmasına neden oluyor olabilir. Bu sonuç, algılanan sosyal desteğin fazla olmasının UYB'den koruyucu olabileceğini belirten alanyazınla uyumludur (89, 185). Geriatrik Psikiyatriye başvuran hastaların daha fazla oranda yalnız yaşıyor olması ve eşini kaybetmesi bu gruptaki hastaların sosyal desteğinin az olmasına neden oluyor olabilir. Bu durum yalnız yaşamanın ve eş kaybının sosyal destek üzerindeki etkisine işaret ediyor olabilir. ÇBASDÖ Geriatri grubunda hem toplam ölçek puanı hem de arkadaş alt boyutunda Geriatrik Psikiyatri grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bilindiği kadarıyla alanyazında daha önce bu konuda bir çalışma bulunmamakla beraber, Geriatrik Psikiyatriye başvuran hastaların daha fazla oranda yalnız yaşaması ve eşini kaybetme oranının daha yüksek olması bu gruptaki hastaların sosyal desteğinin az olmasına neden oluyor olabilir. Bu durum yalnız yaşamanın ve eş kaybının sosyal destek üzerindeki olumsuz etkisini gösteriyor olabilir. Alanyazında da çeşitli çalışmalarda yalnız yaşamının sosyal desteğin azlığı ilişkili olduğu bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde gösterilmiştir (186, 187). 749 dul kişinin dahil edildiği bir Avusturalya çalışmasında bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak eş kaybının sosyal destekte azalma ile ilişikli olmadığı bulunmuştur. Bu durum iki çalışmanın yapıldığı toplumlar arasındaki kültürel farklar ve eşlere atfedilen sosyal önemin farklılığından kaynaklanıyor olabilir (188).

Geriatrik Psikiyatri grubunda ani/beklenmedik kayıpların daha fazla olması ve algılanan sosyal desteğin az olması UYB toplam ölçek puanının Geriatriye başvuran hasta grubuna kıyasla yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir. Bir sistematik derleme çalışmasında ölüme hazırlığın olmaması kompleks yas bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (70). Ayrıca ikincil olarak ani ve beklenmedik ölümler, beklenen ölümlerden daha yıkıcı biçimde sosyal desteğin

bozulmasına neden oluyor olabilir. Sonuç olarak çalışmadaki Geriatrik Psikiyatri grubunda UYB toplam ölçek puanının Geriatri grubuna kıyasla yüksek bulunması Geriatrik Psikiyatriye başvuran hastaların toplam eğitim süresinin düşük olması, daha fazla oranda yalnız yaşamaları, algılanan sosyal desteklerinin daha az olması ve daha fazla ani/beklenmedik kayıp yaşamaları ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada, Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken, HADÖ – depresyon alt ölçeği puanlarının Geriatri grubunda Geriatrik Psikiyatri grubuna kıyasla daha yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum, ölçeklerin yapısal özellikleriyle ilgili olabilir. HADÖ likert tipinde bir ölçekken GDÖ evet/hayır şeklinde puanlandığı için, HADÖ depresif belirtileri daha iyi ölçmüş olabilir. Alanyazında bu bulguyu doğrudan destekleyen ya da karşılaştırılabilir bir çalışma bulunmamakla birlikte, bu farklılık Geriatrik Psikiyatri grubundaki bireylerin daha önce psikiyatrik destek almış olmaları nedeniyle tedavi sürecinde belirtilerinin iyileşme göstermiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte, söz konusu farklılık örneklem büyüklüğünün sınırlı olması ve ölçeklerin iç geçerlilik düzeylerinin farklılığı gibi metodolojik unsurlar nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

7.3. Sosyodemografik, Klinik Veriler ve Ölçek Puanları ile PG-13 Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkisini İncelenmesi

Yapılan korelasyon analizleri, PG-13 ölçeği toplam puanlarının çeşitli psikososyal değişkenler ve klinik ölçeklerle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Özellikle öznel dindarlık düzeyi, toplam kayıp sayısı, HRSÖ, GDÖ ve HADÖ alt boyutlarıyla (anksiyete ve depresyon) PG-13 ölçeği puanları arasında istatiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Bu çalışmada GDÖ ve HADÖ alt boyutlarıyla (anksiyete ve depresyon) ile PG-13 ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde korelasyon bulunması, bu iki psikopatolojinin klinik olarak sıklıkla birlikte görülmesinin biyolojik ve psikodinamik açıklamalarla örtüştüğünü düşündürmektedir. Tanı sistemlerinde depresyonun UYB ile yüksek düzeyde örtüştüğü ve klinik ayrımın ancak belirtilerin odak noktası, süresi ve işlevsellik üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak yapılabileceği belirtilmiştir (52). Yirmi üç çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında UYB'nin %63 oranında depresyonun ve %54 oranında da anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği raporlanmıştır (189). Bu bakımdan bu çalışmadaki bulgular alanyazın ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, toplam kayıp sayısı ile HRSÖ toplam puanı arasında pozitif bir ilişki bulunmuş; ayrıca her iki değişkenin de PG-13 ölçeği toplam puanı ile ayrı ayrı pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. HRSÖ stresli yaşam olaylarını ölçen bir ölçek olduğundan toplam kayıp sayısı ile ilişkili olması beklenen bir bulgudur. Bir meta-analiz çalışmasında kayıp sayısının artışı UYB yaygınlığındaki artışla ilişkilendirilmiştir (190). Bizim çalışmamızda da toplam kayıp sayısı ile uzamış yas belirti şiddeti ilişkilidir. Hastaların yaşadığı toplam kayıp sayısı hem stresör yükünü artırmakta hem de hastanın sahip olduğu sosyal destek kaynaklarını azaltarak UYB'nin şiddetinin artmasına neden oluyor olabilir.

Öznel dindarlık değeri ile PG-13 ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu korelasyon inancın UYB için koruyucu olduğu gösteren çalışmaların aksine, bazı bireylerde inanç sistemlerinin yas sürecinde baş etme kaynağı olabileceği gibi (96, 97) inançla ilişkili suçluluk ve kadercilik gibi etmenlerin UYB belirtilerini güçlendirebileceğine işaret etmektedir (191, 192). Aynı zamanda öznel dindarlık değerinin toplam kayıp sayısıyla anlamlı düzeyde ilişkili olması, yaşanan kayıplarla baş edebilme adına dine veya manevi değerlere yönelmeye gibi bir baş etme stratejisi izlenmesine neden olmuş olabilir (3). Sonuç olarak bu bulgu, dindarlığın yas sürecindeki etkisinin çift yönlü olabileceği yönündeki alanyazın çalışmalarını destekler niteliktedir (95).

Bu çalışmada UYB ölçeği toplam puanı ile yaş, toplam eğitim süresi, CKİ skoru, SMMT skoru, yası tutulan kişinin ölüm yaşı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Ayrıca, UYB ölçeği toplam puanları açısından cinsiyet grupları arasında da anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu bulgular, mevcut alanyazında sıkça rapor edilen risk etmenleri olarak ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim süresi, kaybında etkilenin kişinin ölüm yaşının küçük olması, sosyal desteğin düşük olması ve düşük bilişsel kapasite ile UYB arasındaki ilişkilerle örtüşmemektedir (5, 9, 66, 83, 193). Bu farklılığın olası nedenleri arasında çalışmanın 65 yaş üzeri bireylerde yapılması ve UYB tanısı açısından örneklem büyüklüğünün sınırlılığı (n=24) yer almaktadır. Ayrıca, kesitsel tasarım, değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri belirlemede yetersiz kalmış olabilir. Bununla birlikte kullanılan ölçüm araçlarının kültürel geçerliliği, özellikle sosyal destek ve yas gibi kültürel olarak duyarlı kavramların değerlendirilmesinde etkili olmuş olabilir. Bu nedenle, UYB'nin bireysel, çevresel ve kültürel belirleyicilerini daha kapsamlı biçimde ortaya koyabilmek adına büyük örneklemlerle yürütülecek, kültürel değişkenleri dikkate alan çok merkezli ve uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın başlıca sınırlılıklarından biri, UYB tanısı alanlar açısından örneklemin küçük olmasıdır. Elde edilen bulguların genellenebilirliğini artırmak ve daha güçlü istatistiksel sonuçlara ulaşmak adına, benzer çalışmaların daha geniş örneklem gruplarıyla tekrarlanması önerilmektedir. Ayrıca, çalışmanın kesitsel tasarıma sahip olması, değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin ortaya konmasını sınırlandırmaktadır; bu nedenle, UYB'nin seyrini ve belirleyicilerini daha ayrıntılı biçimde ortaya koymak için boylamsal izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin büyük ölçüde öz-bildirim temelli olması bir başka sınırlılığı oluşturmaktadır. Katılımcıların yanıtları, bireysel farkındalık düzeyi, içgörü kapasitesi ve sosyal onay eğilimi gibi etkenlerden etkilenebileceği için, sonuçların güvenilirliği bu bağlamda dikkatle değerlendirilmelidir.

Katılımcıların sahip olduğu mevcut psikiyatrik ve fiziksel eş tanılar hem ölçek puanlarının hem de değişkenler arasındaki korelasyonların yorumlanmasında karıştırıcı değişken işlevi görmüş olabilir. Ayrıca alanyazında UYB tanısını öngören değişkenler arasında sayılan kişilik özellikleri, bağlanma stilleri ve sosyoekonomik düzey gibi önemli değişkenlerin bu çalışmada ele alınmamış olması, sonuçların kapsamlılığı açısından önemli bir eksikliktir (62, 66, 152). Son olarak, katılımcıların hâlihazırda psikiyatrik tedavi alıyor olmaları hem UYB belirti şiddetini hem de gruplar arası karşılaştırmaları etkileyebilecek bir diğer potansiyel sınırlılık olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılık döneminde Uzamış Yas Bozukluğu sık karşılaşılan bir psikiyatrik tablo olup, bireylerde anlamlı düzeyde işlevsellik kaybına, morbidite ve hatta mortalite artışına yol açabilmektedir. Bu yaş grubunda UYB'nin, öznel dindarlık düzeyi, toplam kayıp sayısı, maruz kalınan stresli yaşam olaylarının fazlalığı, depresif belirtiler ve kaygı belirtileri gibi çeşitli psikososyal etmenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. 65 yaş üstü bireylerde UYB'nin etyopatogenezini, risk etmenlerini ve yordayıcı değişkenlerini daha kapsamlı şekilde ortaya koymak amacıyla, daha büyük örneklemlerle yürütülecek boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu alanda gerçekleştirilecek ileri düzey çalışmalar, geriatrik grupta UYB'nin daha erken tanınmasına, etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılmasına önemli katkılar sunacaktır.

9. KAYNAKÇA

1. Şenelmiş H. Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yaş Olguları Üzerine Bir Çalışma. Kriz Dergisi. 2006;14(1):1-20.

2. Özel-Kızıl ET, Yürekte Kırk Mum: Bireysel ve Toplumsal Yas, in Komplike Yas. (İçinde), Özel-Kızıl, E.T., Baştuğ, G., Editor. 2017, Pinhan Yayıncılık: İstanbul. p. 29. İçinde..

3. Worden JW. Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. 4 ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.

4. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med. 2009;6(8):e1000121.

5. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2017;212:138-49.

6. Thiemann P, Street AN, Heath SE, Quince T, Kuhn I, Barclay S. Prolonged grief disorder prevalence in adults 65 years and over: a systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2023;13(e1):e30-e42.

7. Boelen PA, Smid GE. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. Bmj. 2017;357:j2016.

8. Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin MB. Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. J Pain Symptom Manage. 2017;53(3):540-50.

9. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. J Affect Disord. 2011;132(1-2):231-8.

10. Bruinsma SM, Tiemeier HW, Verkroost-van Heemst J, van der Heide A, Rietjens JA. Risk factors for complicated grief in older adults. J Palliat Med. 2015;18(5):438-46.

11. Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, Dryman MT, LeBlanc NJ, Shear MK. Informing the symptom profile of complicated grief. Depress Anxiety. 2011;28(2):118-26.

12. Morina N, Rudari V, Bleichhardt G, Prigerson HG. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. Int J Soc Psychiatry. 2010;56(3):288-97.

13. Tay AK, Rees S, Tam N, Kareth M, Silove D. Defining a combined constellation of complicated bereavement and PTSD and the psychosocial correlates associated with the pattern amongst refugees from West Papua. Psychol Med. 2019;49(9):1481-9.

14. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Compr Psychiatry. 2007;48(5):395-9.

15. Gesi C, Carmassi C, Shear KM, Schwartz T, Ghesquiere A, Khaler J, et al. Adult separation anxiety disorder in complicated grief: an exploratory study on frequency and correlates. Compr Psychiatry. 2017;72:6-12.

16. Chan C, Ho A. Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention edited by Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson, and Wolfgang Stroebe2009. 317-9 p.

17. James JW, & Friedman, R. (2014). The Grief Recovery Handbook, 20th Anniversary, Perennial. EEpH.

18. T B. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege Tıp Dergisi. 2013;52(4):223-9.

19. Malkinson R. Cognitive-behavioral therapy of grief: A review and application. Research on Social Work Practice. 2001;11(6):671-98.

20. Freud S. Mourning and melancholia. In: Strachey J, editor. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. 1. London: Hogarth Press; 1953. p. 124-40.

21. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. The International Journal of Psychoanalysis. 1940;21:125-53.

22. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944. Am J Psychiatry. 1994;151(6 Suppl):155-60.

23. Parkes CM. The first year of bereavement. A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. Psychiatry. 1970;33(4):444-67.

24. Bowlby J. Processes of mourning. Int J Psychoanal. 1961;42:317-40.

25. Parkes CM. Bereavement studied in the context of biographical change. British Journal of Psychiatry. 1998;173(4):343-6.

26. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the “five stages” model in a sampling of recent American textbooks. OMEGA - Journal of Death and Dying. 2020;82(2):294-322.

27. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. OMEGA - Journal of Death and Dying. 2017;74(4):455-73.

28. Volkan VD, Zintl E. Life after loss: The lessons of grief. New York: Routledge; 2018.

29. Volkan VD. Complicated mourning. The Annual of Psychoanalysis. 1984;12-13:323-48.

30. Volkan VD. The linking objects of pathological mourners. Arch Gen Psychiatry. 1972;27(2):215-21.

31. Volkan VD. Psikoterapideki Nesne İlişkileri. İstanbul: Şahmat Matbaacılık; 2007. 66-8 p.

32. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. Death Stud. 1999;23(3):197-224.

33. Bowlby J. Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression. London: Hogarth Press; 1980.

34. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004;59(1):20-8.

35. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. Clin Psychol Rev. 2001;21(5):705-34.

36. Stroebe W, Schut H. Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2001. p. 349-71.

37. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry. 2009;8(2):67-74.

38. Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW, Breitbart W, Kacel E, Jones EC, et al. Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. Psychiatr Serv. 2011;62(10):1225-9.

39. Jordan AH, Litz BT. Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. Professional Psychology: Research and Practice. 2014;45(3):180-7.

40. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry. 2013;12(3):198-206.

41. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Publishing; 2013.

42. Killikelly C, Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(Suppl 6):1476441.

43. World Health O. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Geneva: World Health Organization; 2018.

44. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG. An empirical examination of the stage theory of grief. Jama. 2007;297(7):716-23.

45. Stroebe M, van Son M, Stroebe W, Kleber R, Schut H, van den Bout J. On the classification and diagnosis of pathological grief. Clin Psychol Rev. 2000;20(1):57-75.

46. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. World Psychiatry. 2021;20(1):96-106.

47. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

48. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th, text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

49. World Health O. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1992.

50. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric A, American Psychiatric Association DSMTF, editors. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

51. World Health O. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision, ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2018.

52. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th, text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.

53. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: A cluster analysis. The British Journal of Psychiatry. 1996;169(2):167-71.

54. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. J Affect Disord. 2011;131(1-3):339-43.

55. Bonanno GA, Moskowitz JT, Papa A, Folkman S. Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. J Pers Soc Psychol. 2005;88(5):827-43.

56. Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. Am J Geriatr Psychiatry. 2006;14(8):650-8.

57. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. Death Stud. 2003;27(2):143-65.

58. Parro Jimenez E, Morán N, Gesteira C, Sanz J, Garcia-Vera MP. Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. Anales de Psicología. 2021;37:189-201.

59. Wilson DM, Cohen J, MacLeod R, Houttekier D. Bereavement grief: A population-based foundational evidence study. Death Stud. 2018;42(7):463-9.

60. Comtesse H, Smid GE, Rummel AM, Spreeuwenberg P, Lundorff M, Dückers MLA. Cross-national analysis of the prevalence of prolonged grief disorder. J Affect Disord. 2024;350:359-65.

61. Fraley RC, Bonanno GA. Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. Personality and Social Psychology Bulletin. 2004;30(7):878-90.

62. Johnson JG, Zhang B, Greer JA, Prigerson HG. Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. J Nerv Ment Dis. 2007;195(1):26-30.

63. Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people [press release]. Israel: Gefen Publishing House2001.

64. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. J Nerv Ment Dis. 2006;194(2):121-3.

65. Field NP, Sundin EC. Attachment style in adjustment to conjugal bereavement. Journal of Social and Personal Relationships. 2001;18(3):347-61.

66. Burke LA, Neimeyer RA. Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2013. p. 145-61.

67. Djelantik A, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. J Affect Disord. 2020;265:146-56.

68. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disord. 2010;127(1-3):352-8.

69. Holland JM, Currier JM, Neimeyer RA. Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. Omega: Journal of Death and Dying. 2006;53(3):175-91.

70. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GK, Davies A. Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. Death Stud. 2010;34(8):673-98.

71. Goldsmith B, Morrison RS, Vanderwerker LC, Prigerson HG. Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. Death Stud. 2008;32(4):352-65.

72. Boss P. The trauma and complicated grief of ambiguous loss. Pastoral Psychology. 2010;59(2):137-45.

73. McCarthy MC, Clarke NE, Ting CL, Conroy R, Anderson VA, Heath JA. Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of a child from cancer. J Palliat Med. 2010;13(11):1321-6.

74. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. Psychol Med. 2008;38(4):467-80.

75. Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. Am J Geriatr Psychiatry. 2002;10(4):447-57.

76. Herberman Mash HB, Fullerton CS, Ursano RJ. Complicated grief and bereavement in young adults following close friend and sibling loss. Depress Anxiety. 2013;30(12):1202-10.

77. Servaty-Seib HL, Pistole MC. Adolescent grief: Relationship category and emotional closeness. Omega: Journal of Death and Dying. 2006;54(2):147-67.

78. Zetumer S, Young I, Shear MK, Skritskaya N, Lebowitz B, Simon N, et al. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. J Affect Disord. 2015;170:15-21.

79. Denckla CA, Cicchetti D, Kubzansky LD, Seedat S, Teicher MH, Williams DR, et al. Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. Eur J Psychotraumatol. 2020;11(1):1822064.

80. Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KL. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. Behav Sleep Med. 2005;3(2):99-111.

81. Heeke C, Kampisiou C, Niemeyer H, Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. Eur J Psychotraumatol. 2019;10(1):1583524.

82. Mancini AD, Bonanno GA. Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. J Pers. 2009;77(6):1805-32.

83. Mash HB, Fullerton CS, Shear MK, Ursano RJ. Complicated grief and depression in young adults: personality and relationship quality. J Nerv Ment Dis. 2014;202(7):539-43.

84. Cesur G. Yetişkinlerde travmatik yasın ve travma sonrası büyümenin psikososyal belirleyicileri [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.

85. Johannesson KB, Lundin T, Hultman CM, Lindam A, Dyster-Aas J, Arnberg F, et al. The effect of traumatic bereavement on tsunami-exposed survivors. J Trauma Stress. 2009;22(6):497-504.

86. Kristensen P, Weisaeth L, Heir T. Predictors of complicated grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. Death Stud. 2010;34(2):137-50.

87. Fajgenbaum D, Chesson B, Lanzi RG. Building a network of grief support on college campuses: A national grassroots initiative. Journal of College Student Psychotherapy. 2012;26(2):99-120.

88. Johnsen I, Tømmeraas AM. Attachment and grief in young adults after the loss of a close friend: a qualitative study. BMC Psychology. 2022;10(1):10.

89. Wågø S, Byrkjedal I, Sinnes H, Hystad S, Dyregrov K. Social support and complicated grief: A longitudinal study on bereaved parents after the Utøya terror attack in Norway. Scandinavian Psychologist. 2017;4.

90. Williams JL, Rheingold AA. Barriers to care and service satisfaction following homicide loss: Associations with mental health outcomes. Death Studies. 2015;39(1):12-8.

91. N SL, O'Brien KM. Bereaved College Students: Social Support, Coping Style, Continuing Bonds, and Social Media Use as Predictors of Complicated Grief and Posttraumatic Growth. Omega (Westport). 2022;85(1):178-203.

92. Reime MA, O'Connor M, Hystad SW, Dyregrov K. Perceived social support and symptoms of prolonged grief after a drug-related death. Death Stud. 2024:1-10.

93. Rasouli O, Moksnes UK, Reinfjell T, Hjemdal O, Eilertsen M-EB. Impact of resilience and social support on long-term grief in cancer-bereaved siblings: an exploratory study. BMC Palliative Care. 2022;21(1):93.

94. Scott HR, Pitman A, Kozhuharova P, Lloyd-Evans B. A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. BMC Psychiatry. 2020;20(1):265.

95. Becker G, Xander CJ, Blum HE, Lutterbach J, Momm F, Gysels M, et al. Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. Palliat Med. 2007;21(3):207-17.

96. Murphy SA, Johnson LC. Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. Death Stud. 2003;27(5):381-404.

97. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. Bmj. 2002;324(7353):1551.

98. Christian KM, Aoun SM, Breen LJ. How religious and spiritual beliefs explain prolonged grief disorder symptoms. Death Stud. 2019;43(5):316-23.

99. Lee SA, Gibbons JA, Bottomley JS. Spirituality Influences Emotion Regulation During Grief Talk: The Moderating Role of Prolonged Grief Symptomatology. J Relig Health. 2022;61(6):4923-33.

100. Sbarra DA, Hazan C. Coregulation, dysregulation, self-regulation: an integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. Pers Soc Psychol Rev. 2008;12(2):141-67.

101. O'Connor MF. Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14(2):141-8.

102. Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. Annu Rev Clin Psychol. 2021;17:109-26.

103. O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL, Eisenberger NI, Irwin MR, Lieberman MD. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. Neuroimage. 2008;42(2):969-72.

104. Arizmendi B, Kaszniak AW, O'Connor MF. Disrupted prefrontal activity during emotion processing in complicated grief: An fMRI investigation. Neuroimage. 2016;124(Pt A):968-76.

105. Bryant RA, Andrew E, Korgaonkar MS. Distinct neural mechanisms of emotional processing in prolonged grief disorder. Psychol Med. 2021;51(4):587-95.

106. Schneck N, Haufe S, Tu T, Bonanno GA, Ochsner K, Sajda P, et al. Tracking Deceased-Related Thinking with Neural Pattern Decoding of a Cortical-Basal Ganglia Circuit. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 2017;2(5):421-9.

107. Schneck N, Tu T, Michel CA, Bonanno GA, Sajda P, Mann JJ. Attentional Bias to Reminders of the Deceased as Compared With a Living Attachment in Grieving. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 2018;3(2):107-15.

108. Najib A, Lorberbaum JP, Kose S, Bohning DE, George MS. Regional brain activity in women grieving a romantic relationship breakup. Am J Psychiatry. 2004;161(12):2245-56.

109. Gündel H, O'Connor MF, Littrell L, Fort C, Lane RD. Functional neuroanatomy of grief: an FMRI study. Am J Psychiatry. 2003;160(11):1946-53.

110. Kersting A, Ohrmann P, Pedersen A, Kroker K, Samberg D, Bauer J, et al. Neural activation underlying acute grief in women after the loss of an unborn child. Am J Psychiatry. 2009;166(12):1402-10.

111. Suckling J, Nestor LJ. The neurobiology of addiction: the perspective from magnetic resonance imaging present and future. Addiction. 2017;112(2):360-9.

112. Gang J, Kocsis J, Avery J, Maciejewski PK, Prigerson HG. Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. Trials. 2021;22(1):110.

113. Kakarala SE, Roberts KE, Rogers M, Coats T, Falzarano F, Gang J, et al. The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. Psychiatry Res Neuroimaging. 2020;303:111135.

114. Bosch OJ, Dabrowska J, Modi ME, Johnson ZV, Keebaugh AC, Barrett CE, et al. Oxytocin in the nucleus accumbens shell reverses CRFR2-evoked passive stress-coping after partner loss in monogamous male prairie voles. Psychoneuroendocrinology. 2016;64:66-78.

115. Malgaroli M, Maccallum F, Bonanno GA. Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. Psychol Med. 2018;48(14):2439-48.

116. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. Focus (Am Psychiatr Publ). 2021;19(2):161-72.

117. Kamp KS, Mulders AJ, Smid GE, Boelen PA. Bereavement hallucinations after the loss of a spouse: Associations with psychopathological measures, personality and coping style. Death Studies. 2019;43(4):260-9.

118. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. Psychiatr Serv. 2001;52(8):1069-74.

119. Bui E, Horenstein A, Shah R, Skritskaya NA, Mauro C, Wang Y, et al. Grief-related panic symptoms in Complicated Grief. J Affect Disord. 2015;170:213-6.

120. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. Am J Psychiatry. 1997;154(5):616-23.

121. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depress Anxiety. 2011;28(2):103-17.

122. Parisi A, Sharma A, Howard MO, Blank Wilson A. The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. J Subst Abuse Treat. 2019;103:43-57.

123. Frumkin MR, Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Ahmad Z, Bui E, Nock MK, et al. The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. J Clin Psychol. 2021;77(1):254-67.

124. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. Am J Public Health. 1987;77(3):283-7.

125. Killikelly C, Smith KV, Zhou N, Prigerson HG, O'Connor M-F, Kokou-Kpolou CK, et al. Prolonged grief disorder. The Lancet. 2025;405(10489):1621-32.

126. Guldin MB, Vedsted P, Jensen AB, Olesen F, Zachariae R. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. Fam Pract. 2013;30(2):134-41.

127. Nam IS. Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: a preliminary randomized controlled single-blind study. Psychol Med. 2016;46(1):189-95.

128. Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. N Engl J Med. 2015;372(2):153-60.

129. Doering BK, Eisma MC. Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward. Curr Opin Psychiatry. 2016;29(5):286-91.

130. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF, 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. Jama. 2005;293(21):2601-8.

131. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2011;31(1):69-78.

132. Eisma MC, Boelen PA, van den Bout J, Stroebe W, Schut HA, Lancee J, et al. Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. Behav Ther. 2015;46(6):729-48.

133. Papa A, Rummel C, Garrison-Diehn C, Sewell MT. Behavioral activation for pathological grief. Death Stud. 2013;37(10):913-36.

134. Shear MK, Reynolds CF, 3rd, Simon NM, Zisook S, Wang Y, Mauro C, et al. Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2016;73(7):685-94.

135. Escitalopram: An open-label study of bereavement-related depression and grief [press release]. Netherlands: Elsevier Science2009.

136. Pop-Jordanova N. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki). 2021;42(2):9-18.

137. Tümerdem Y. Gerçek yaş. Turkish Journal of Geriatrics. 2006;9(3):195-6.

138. World Health O. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 2015.

139. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 1. baskı ed. İstanbul: Metis Yayınları; 2000.

140. Türkiye İstatistik K. Aktif Yaşlanma Endeksi 2024. 2024.

141. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 1967;11(2):213-8.

142. Carr D, House JS, Kessler RC, Nesse RM, Sonnega J, Wortman C. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000;55(4):S197-207.

143. Carr D. Gender, preloss marital dependence, and older adults' adjustment to widowhood. National Council on Family Relations; 2004. p. 220-35.

144. Richardson VE. A dual process model of grief counseling: findings from the Changing Lives of Older Couples (CLOC) study. J Gerontol Soc Work. 2007;48(3-4):311-29.

145. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. Omega (Westport). 2010;61(4):273-89.

146. Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. The Broken Heart: Suicidal Ideation in Bereavement. The American Journal of Psychiatry. 2005;162(11):2178-80.

147. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. Age Ageing. 2004;33(4):378-83.

148. Szanto K, Prigerson H, Houck P, Ehrenpreis L, Reynolds Iii CF. Suicidal ideation in elderly bereaved: The role of complicated grief. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1997;27(2):194-207.

149. Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortman CB. The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. Gerontologist. 2002;42(4):522-33.

150. Milic J, Muka T, Ikram MA, Franco OH, Tiemeier H. Determinants and Predictors of Grief Severity and Persistence: The Rotterdam Study. J Aging Health. 2017;29(8):1288-307.

151. Ott CH, Lueger RJ, Kelber ST, Prigerson HG. Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. Journal of Nervous and Mental Disease. 2007;195(4):332-41.

152. Gana K, K'Delant P. The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. J Affect Disord. 2011;128(1-2):128-34.

153. Treml J, Linde K, Engel C, Glaesmer H, Hinz A, Luck T, et al. Loss and grief in elderly people: Results from the LIFE-Adult-Study. Death Stud. 2022;46(7):1621-30.

154. Mendes de Leon CF, Kasl SV, Jacobs S. Widowhood and mortality risk in a community sample of the elderly: a prospective study. J Clin Epidemiol. 1993;46(6):519-27.

155. Manor O, Eisenbach Z. Mortality after spousal loss: Are there socio-demographic differences? Social Science & Medicine. 2003;56(2):405-13.

156. Blanner C, Mejldal A, Prina AM, Munk-Jørgensen P, Ersbøll AK, Andersen K. Widowhood and mortality: a Danish nationwide register-based cohort study. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020;29:e149.

157. Jia H, Lubetkin EI. Life expectancy and active life expectancy by marital status among older U.S. adults: Results from the U.S. Medicare Health Outcome Survey (HOS). SSM Popul Health. 2020;12:100642.

158. Katsiferis A, Nielsen PY, Jensen MK, Westendorp RGJ. Dynamical indicators in time series of healthcare expenditures predict mortality risk of older adults following spousal bereavement. BMC Geriatr. 2022;22(1):301.

159. Rodin R, Smith AK, Espejo E, Gan S, Boscardin WJ, Hunt LJ, et al. Mortality and Function After Widowhood Among Older Adults With Dementia, Cancer, or Organ Failure. JAMA Netw Open. 2024;7(9):e2432979.

160. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014;71(11):1287-95.

161. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C, et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014;71(12):1332-9.

162. Purrington J. Psychological Adjustment to Spousal Bereavement in Older Adults: A Systematic Review. Omega (Westport). 2023;88(1):95-120.

163. Reynolds CF, 3rd, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. Am J Psychiatry. 1999;156(2):202-8.

164. Oakley F, Khin NA, Parks R, Bauer L, Sunderland T. Improvement in activities of daily living in elderly following treatment for post-bereavement depression. Acta Psychiatr Scand. 2002;105(3):231-4.

165. Taylor MP, Reynolds CF, 3rd, Frank E, Dew MA, Mazumdar S, Houck PR, et al. EEG sleep measures in later-life bereavement depression. A randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of nortriptyline. Am J Geriatr Psychiatry. 1999;7(1):41-7.

166. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.

167. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R. Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(4):273-81.

168. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.

169. Baldwin LM, Klabunde CN, Green P, Barlow W, Wright G. In search of the perfect comorbidity measure for use with administrative claims data: does it exist? Med Care. 2006;44(8):745-53.

170. Argun Barış S, Boyacı H, Akhan S, Mutlu B, Deniz M, Başyiğit İ. Charlson Comorbidity Index in Predicting Poor Clinical Outcomes and Mortality in Patients with COVID-19. Turk Thorac J. 2022;23(2):145-53.

171. Das M, Bardakcı O, Akdur G, kankaya i, Bakar C, Akdur O, et al. Prediction of mortality with Charlson Comorbidity Index in super-elderly patients admitted to a tertiary referral hospital. Çukurova Araştırmaları Dergisi. 2022;47:199-207.

172. Işıklı S, Keser E, Prigerson HG, Maciejewski PK. Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. Death Stud. 2022;46(3):628-38.

173. Sahin NH. Stresle başa çıkma yolları: olumlu bir yaklaşım1994.

174. ERTAN T, EKER E, ŞAR V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Nüfusunda Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 1997;34(2).

175. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.

176. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:29.

177. Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry. 1997;8:280-7.

178. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. J Clin Psychol. 1991;47(6):756-61.

179. Haluk A, Hülya Y. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(1):17-25.

180. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences: Taylor & Francis; 2013.

181. Buur C, Zachariae R, Komischke-Konnerup KB, Marello MM, Schierff LH, O'Connor M. Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2024;107:102375.

182. Chen TY, Geng JH, Chen SC, Lee JI. Living alone is associated with a higher prevalence of psychiatric morbidity in a population-based cross-sectional study. Front Public Health. 2022;10:1054615.

183. Fisher JE, Zhou J, Zuleta RF, Fullerton CS, Ursano RJ, Cozza SJ. Coping Strategies and Considering the Possibility of Death in Those Bereaved by Sudden and Violent Deaths: Grief Severity, Depression, and Posttraumatic Growth. Frontiers in Psychiatry. 2020;Volume 11 - 2020.

184. Krychiw JK, James R, Ward-Ciesielski EF. Suddenness of death as a determinant of differential grief experiences. Bereavement Care. 2018;37(3):92-100.

185. Hendryx M, Green CA, Perrin NA. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. J Behav Health Serv Res. 2009;36(3):320-9.

186. Chan E, Procter-Gray E, Churchill L, Cheng J, Siden R, Aguirre A, et al. Associations among living alone, social support and social activity in older adults. AIMS Public Health. 2020;7(3):521-34.

187. Czaja SJ, Moxley JH, Rogers WA. Social Support, Isolation, Loneliness, and Health Among Older Adults in the PRISM Randomized Controlled Trial. Front Psychol. 2021;12:728658.

188. Freak-Poli R, Kung CSJ, Ryan J, Shields MA. Social Isolation, Social Support, and Loneliness Profiles Before and After Spousal Death and the Buffering Role of Financial Resources. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2022;77(5):956-71.

189. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Johannsen M, Nielsen LD, O'Connor M. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders Reports. 2021;4:100140.

190. Zareiyan A, Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Mosaed R, Ozouni-Davaji RB. The prevalence of prolonged grief disorder (PGD) after the natural disasters: A systematic review and meta-analysis. Public Health Pract (Oxf). 2024;7:100508.

191. Exline JJ, Park CL, Smyth JM, Carey MP. Anger toward God: social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. J Pers Soc Psychol. 2011;100(1):129-48.

192. Stroebe MS. COMMENTARY: Religion in Coping With Bereavement: Confidence of Convictions or Scientific Scrutiny? The International Journal for the Psychology of Religion. 2004;14(1):23-36.

193. Cunningham J, Shevlin M, Cerda C, McElroy E. ICD-11 Prolonged Grief Disorder, Physical Health, and Somatic Problems: A Systematic Review. Clin Psychol Eur. 2025;7(1):e14351.

10. EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın adı: Yaşlılarda Uzamış Yas Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi
Araştırmanın Anlaşılır Adı: Geriatri ve Geriatrik Psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuran hastalarda Uzamış Yas Bozukluğu ile ilişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Araştırma Görevlisi Zeynep Rana Yıldız
Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD ve İbn-i Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Geriatri BD

Sayın gönüllü,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

- Bu çalışmamızda Geriatri ve Geriatrik Psikiyatri bölümlerine ayaktan başvuran hastalarda, Uzamış Yas Bozukluğu(UYB) ile ilişkili faktörleri belli başlı ölçekler aracılığıyla anlamayı amaçlamaktayız.

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size araştırmacılar tarafından Uzamış Yas Bozukluğu ile ilişkili belirtileri, eşlik edebilecek diğer psikiyatrik ve psikososyal durumları değerlendirecek anketler verilecektir. Doldurmanız istenen anketler şunlardır: araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik veri formu, Standardize Mini Mental Test(SMMT), Holmes-Rahe Stres Ölçeği(HRSÖ),Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği(PG-13), Geriatrik Depresyon Ölçeği-30(GDÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HADÖ), Charlson Komorbidite İndeksi(CKİ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ). Araştırmaya toplam 210 gönüllü dahil edilecektir. Bu ölçekleri doldurmanız yaklaşık 1 saat sürecektir. Ölçekleri doldurmanız tedavini sürecinizle ilgili herhangi bir riske sebep olmayacaktır. Bu ölçeklerin tanı koydurucu niteliği bulunmamaktadır. Ölçekler, UYB belirtileri ve eşlik edebilecek psikiyatrik durumları değerlendirmede araştırmacıya yol göstermektedir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışma size ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumunuza herhangi mali bir yük getirmeyecektir. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Araştırmadan çekilmeniz tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren toplam 1 (bir) sayfa metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını

düşündüğüm konularda sorularımı sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz …….. telefon numarasından veya ……. mail adresinden sorumlu araştırmacıya (Dr. Zeynep Yıldız) ulaşabilirsiniz.

Bu bilgiler ışığında elde edilen örneğimin;

□ Başka bilimsel çalışmalarda kullanılmamasını

□ Kimliğimin gizli tutularak bilimsel amaçlı diğer çalışmalarda da kullanılmasına izin veriyorum.

Hasta yakınının /Hastanın;	**Araştırmacının;**
Adı- soyadı:	**Adı- soyadı:**
İmza/Tarih:	**İmza/Tarih:**

Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı daha önce onaylamış olduğunuz Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam

Formunda anlatılmıştır. Vereceğiniz bilgiler Geriatri ve Geriatrik Psikiyatri bölümlerine ayaktan başvuran hastalarda yasın ne sıklıkla görüldüğünü ve yaşlılarda yasla ilişkili faktörleri anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Araştırmaya katılanların kişisel bilgileri gizli tutulacağından forma isminizi yazmanıza gerek yoktur. Soru gruplarından önce verilen açıklamaları dikkatlice okuyunuz ve bu açıklamalar temelinde ve samimiyetle işaretleme yapmaya özen gösteriniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz: () Bekâr () Evli () Boşanmış () Eşini kaybetmiş
4. Eğitim durumunuz: () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Yüksek okul/ Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora ()Diğer(Açıklayanız):……
5. Mesleğiniz:.....
6. Aktif çalışma durumunuz nedir:.....
7. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz:.....
8. Kronik bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı? () Evet () Hayır
Evet ise açıklayınız:…….
9. Düzenli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? () Evet () Hayır
Evet ise açıklayınız:…….
10. Sigara kullanıyor musunuz? Ya da geçmişte kullandınız mı? () Evet () Hayır
Evet ise ne sıklıkta olduğunu açıklayınız:.....

11. Alkol kullanıyor musunuz? Ya da geçmişte kullandınız mı? () Evet () Hayır
    Evet ise ne sıklıkta olduğunu açıklayınız:.....

12. Kendinizi ne ölçüde dindar olarak tanımlarsınız?
    (1 dine hiç bağlı değilim – 5 herkes kadar dindarım---10 dine aşırı bağlıyım): …….

Şimdi size yaşamda karşılaştığınız bazı kayıplar hakkında sorular soracağız.

13. Aşağıda yer alan listedeki kişilerden kaybettiklerininiz varsa lütfen işaretleyiniz.

() Anne () Baba () Eş

() Çocuk (birden çok ise sayısını belirtiniz):….

() Kardeş (birden çok ise sayısını belirtiniz):….

() Yakın Arkadaş (birden çok ise sayısını belirtiniz):….

() Diğer (lütfen belirtiniz):…….

14. Kaybettiğiniz yakınınız haricinde hayatınıza önemli derecede etkileyen başka bir kayıp yaşadınız mı? Evet ise aşağıdaki listeden kaybınızı işaretleyiniz:
    () İş () Sağlık ()Özgürlük ()Maddiyat ()Sosyal Statü() Ev ()Evcil hayvan
    ()Diğer (lütfen açıklayınız):……..

Şimdiye kadar kaybettiğiniz kişi birden fazla ise kaybı sizi en fazla etkileyen kişiyi düşünerek sonraki soruları cevaplayınız.

15. Sizi en fazla etkileyen kayıp hangisidir?
    () Anne () Baba () Eş () Çocuk () Kardeş () Yakın Arkadaş () Diğer (lütfen belirtiniz):
    ….

16. Bu kaybın üzerinden geçen süre ne kadardır?
    () 0-6 ay () 6-12 ay () 1-2 yıl. () 2 yıldan fazla

17. Kaybedilen kişinin ölüm yaşı:.....

18. Kaybedilen kişinin ölüm nedeni:
    () Yaşlılık ()Kronik hastalık ()Ani ölümle sonuçlanan hastalık
    () Kaza ()Cinayet () İntihar ()Doğal afet () Diğer (lütfen belirtiniz): …..

19. Kaybedilen kişinin ölüm şekli:
    () Ani / Beklenmedik oldu. () Beklendik şekilde oldu.

20. Kaybedilen kişinin cenaze törenine katıldınız mı?
    () Evet () Hayır () Cenaze Töreni olmadı.

21. Cenaze sonrasında önemli günleri/anmalarına katıldınız mı? (yedisi, kırkı gibi)
    () Evet () Hayır () Anma olmadı

22. Ziyaret etme sıklığınız nedir?.....

23. Kaybınızla ilgili ruh sağlığı çalışanlarından profesyonel bir yardım aldınız mı?
    () Yardım almadım () Psikoterapi () İlaç tedavisi () Psikoterapi + ilaç tedavisi

Kaybettiğiniz diğer kişiler için de soruların cevapları aşağıdaki tabloya yazmanızı rica ederiz.

	Anne	Baba	Eş	Kardeş	Çocuk	Arkadaş	Diğer
Kaç ay/yıl önce kaybettiniz?							
Kaç yaşında vefat etti?							
Ölüm nedeni neydi?							
Ölüm şekli nasıldı(ani/beklenen)?							
Cenaze törenine katıldınız mı?							
Anma törenlerine katıldınız mı?							
Mezarını ne sıklıkla ziyaret edersiniz?							

Ek-3. Standardize Mini Mental Test

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içerisindeyiz?	_____	Hangi ülkede yaşıyoruz?	_____
Hangi mevsimdeyiz?	_____	Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?	_____
Hangi aydayız?	_____	Şu an bulunduğunuz semt neresidir?	_____
Bu gün ayın kaçı?	_____	Şu an bulunduğunuz bina neresidir?	_____
Hangi gündeyiz?	_____	Şu an bu binanın kaçıncı katındasınız?	_____

Kayıt Hafizası (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız:
Masa, bayrak, elbise. (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan. _____

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)

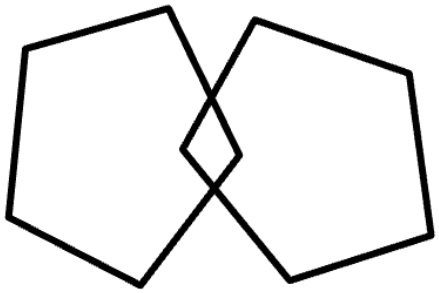
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidiniz. Dur deyinceye kadar devam ediniz. _____
100, 93, 86, 79, 72, 65. Her doğru işlem 1 puan.

Hatırlama (Toplam 3 puan)

Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin. _____
Masa, bayrak, elbise. Her doğru isim 1 puan.

Lisan (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğünüz nesneleri isimleri nedir? _____
  Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan.
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin. _____
  Eğer ve fakat istemiyorum. (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. _____
  "Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
  (20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan.
- Şimdi size bir cümle göstereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. _____
  Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin. Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. Doğru yanıt 1 puan _____
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; _____
  (Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan



Toplam Puan : _____

Ek-4. Charlson Komorbidite İndeksi

KOMORBİDİTE	PUAN
Miyokard enfarktüsü	+1
Konjestif Kalp Yetmezliği	+1
Periferik Damar Hastalığı	+1
Serebrovasküler Hastalık	+1
Demans	+1
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	+1
Konnektif Doku Hastalığı	+1
Ülser	+1
Hafif Karaciğer Hasarı	+1
Uç Organ Hasarı Olmayan Diyabet	+1
Hemipleji	+2
Kronik Böbrek Yetmezliği	+2
Uç Organ Hasarı Olan Diyabet	+2
Tumor	+2
Lösemi	+2
Lenfoma	+2
İleri Karaciğer Yetmezliği	+3
Metastatik Solid Tumor	+6
AIDS	+6
Yaş 50 >	+0
Yaş 50 - 59	+1
Yaş 60 - 69	+2
Yaş 70 - 79	+3
Yaş 80 - 89	+4

Ek-5. Uzamış Yas Bozukluğu Ölçeği (PG-13)

Lütfen sizi en çok etkileyen kaybınızı düşünerek aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

BÖLÜM 1: Aşağıdaki her bir madde için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

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

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

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

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

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

() Evet () Hayır

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

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

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

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

BÖLÜM 2: Aşağıdaki soruları şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.

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

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

7. Kaybınızı kabullenmekte güçlük çektiniz mi?

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

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

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

9. Kaybınız nedeniyle buruk hissediyor musunuz?

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

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

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

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

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

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

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

BÖLÜM 3: Aşağıdaki maddeyi size uygun seçeneğe işaret koyarak cevaplayınız.

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

() Evet () Hayır

Ek-6. Holmes-Rahe Stres Ölçeği

Geçtiğimiz yıl içerisinden aşağıdaki yaşam olaylarından başınıza gelenleri işaretleyiniz.

Yaşam Olayı

1- Eşin ölümü (100 puan)

2- Boşanmak (73 puan)

3- Eşle ayrı yaşamak (65 puan)

4- Hapsedilmek (63 puan)

5- Aileden yakın birinin ölümü (63 puan)

6- Önemli bir kişisel yaralanma ve hastalık (53 puan)

7- Evlilik (50 puan)

8- İşten atılma (47 puan)

9- Eş ile barışmak (45 puan)

10- Emekli olma (45 puan)

11- Bir aile üyesinin sağlığında veya davranışlarında önemli bir değişiklik (44 puan)

12- Hamilelik (40 puan)

13- Cinsel problemler (39 puan)

14- Aileye yeni birinin katılması (doğum, evlat edinme, büyüklerin eve yerleşmesi (39 puan)

15- İş açısından önemli bir yeniden uyum dönemi (işi yönetenlerin değişmesi, bir başka kurum veya işletmeyle birleşme, yeni bir organizasyon, iflas) (39 puan)

16- Ekonomik durumda önemli bir değişiklik (süregelenden çok daha kötü veya çok daha iyi) (38 puan)

17- Yakın bir arkadaşın ölümü (37 puan)

18- İşte farklı bir bölüme geçmek (36 puan)

19- Eşle olan tartışmalarda bir artış (Çocuk yetiştirme, kişisel alışkanlıklar gibi konularda alışılmıştan daha farklı yaklaşımlar) (35 puan)

20- Büyük miktarda borçlanmak (ev almak, iş kurmak vb. sebeplerle) (31 puan)

21- İpotek veya ikrazda mala veya paraya el konulması) (30 puan)

22- İş sorumluluklarında önemli değişiklikler (terfi, statü kaybı, bir başka servise geçiş) (29 puan)

23- Erkek veya kız çocuğun evden ayrılması (evlilik, yüksek tahsil, yatılı okul vb. sebep) (29 puan)

24- Polis veya kanunla ilgili problemler (29 puan)

25- Önemli bir kişisel başarı (28 puan)

26- Kadının ev dışında çalışmaya başlaması veya işten ayrılması (26 puan)

27- Resmi olarak eğitime başlamak veya bitirmek (26 puan)

28- Yaşama şartlarında büyük değişiklik (yeni bir ev kurmak yeniden döşemek, daha kötü bir ev veya semte taşınmak) (25 puan)

29- Kişisel alışkanlıklarda değişiklikler (giyim, tarz, ilişkiler vb.) (24 puan)

30- Patron veya amirle problem (23 puan)

31- İş saatleri veya şartlarında büyük değişiklikler (20 puan)

32- Başka bir yere taşınmak (20 puan)

33- Yeni bir okula başlamak (20 puan)

34- Alışılmış tipinizde büyük bir değişiklik (19 puan)

35- Dini alışkanlık ve uygulamalarda önemli bir değişiklik (19 puan)

36- Sosyal faaliyetlerde önemli bir değişiklik (kulüp, kahve, sinema, ziyaret vb.) (18 puan)

37- Çok büyük olmayan miktarlarda borçlanmak (araba, renkli TV, video veya ev eşyaları almak için) (17 puan)

38- Uyku alışkanlığında önemli bir değişiklik (daha çok veya daha az uyumak veya uyku saatinde bir değişiklik) (16 puan)

39- Aile bireylerinin bir araya geliş sıklığında önemli bir değişiklik (alışılmıştan daha çok veya daha az) (15 puan)

40- Yemek yeme alışkanlığında önemli değişiklik (15 puan)

41- Tatil (13 puan)

42- Yılbaşı / Bayram (12 puan)

43- Yasalara karşı işlenmiş küçük suçlar (trafik cezaları vb) (11 puan)

Ek-7. Geriatrik Depresyon Ölçeği-30

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekten umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekten endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözümsüz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐

Ek-8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.
- Çoğu zaman ◯
- Birçok zaman ◯
- Zaman zaman, bazen ◯
- Hiçbir zaman ◯

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
- Aynı eskisi kadar ◯
- Pek eskisi kadar değil ◯
- Yalnızca biraz eskisi kadar ◯
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil ◯

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ◯
- Evet, ama çok da şiddetli değil ◯
- Biraz, ama beni endişelendiriyor ◯
- Hayır, hiç de öyle değil ◯

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
- Her zaman olduğu kadar ◯
- Şimdi pek o kadar değil ◯
- Şimdi kesinlikle o kadar değil ◯
- Artık hiç değil ◯

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
- Çoğu zaman ◯
- Birçok zaman ◯
- Zaman zaman, ama çok sık değil ◯
- Yalnızca bazen ◯

6) Kendimi neşeli hissediyorum.
- Hiçbir zaman ◯
- Sık değil ◯
- Bazen ◯
- Çoğu zaman ◯

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
- Kesinlikle ◯
- Genellikle ◯
- Sık değil ◯
- Hiçbir zaman ◯

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- Hemen hemen her zaman ◯
- Çok sık ◯
- Bazen ◯
- Hiçbir zaman ◯

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
- Hiçbir zaman ◯
- Bazen ◯
- Oldukça sık ◯
- Çok sık ◯

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- Kesinlikle ◯
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum ◯
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim ◯
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum ◯

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- Gerçekten de çok fazla ◯
- Oldukça fazla ◯
- Çok fazla değil ◯
- Hiç değil ◯

12) Olacakları zevkle bekliyorum.
- Her zaman olduğu kadar ◯
- Her zamankinden biraz daha az ◯
- Her zamankinden kesinlikle daha az ◯
- Hemen hemen hiç ◯

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.
- Gerçekten de çok sık ◯
- Oldukça sık ◯
- Çok sık değil ◯
- Hiçbir zaman ◯

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.
- Sıklıkla ◯
- Bazen ◯
- Pek sık değil ◯
- Çok seyrek ◯

Ek-9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu belirten rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin; annem,babam,eşim,çocuklarım,kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemdenalırım.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 ------ 2 ------ 3 ------ 4 ------ 5 ------ 6 ------ 7 Kesinlikle evet